Managed care et assurance-invalidité à la session d'hiver

La session d'hiver au Parlement a traité deux thèmes importants pour la politique de santé: au Conseil des Etats (CdE) les «Soins intégrés» et au Conseil national (CN) la révision de l'AI.

Pour la LAMal, le CdE a essentiellement confirmé les décisions du CN de juin 2010. Les points importants ont été préservés: l'amélioration de la compensation des risques, la participation différentiée aux coûts, son montant maximal annuel (500 francs dans les réseaux et 1000 francs en dehors), et la définition de «réseaux de soins intégrés». Le réseau est une organisation de fournisseurs de prestations qui s'assemble pour coordonner la couverture des soins médicaux et qui pilote les patients tout au long de la chaîne thérapeutique. Cette organisation négocie un contrat spécifique avec les assureurs, doit expliciter la gestion de la qualité, et assume une coresponsabilité budgétaire. Le Conseil fédéral a la possibilité (mais pas l'obligation, comme le voulait le CN) de fixer des exigences sur la qualité des soins. Le CdE a biffé l'obligation pour les réseaux d'être des organisations indépendantes (des assureurs par ex.), ce qui était pourtant fortement désiré par les médecins de famille. Par rapport aux exigences de la FMH, le CdE a amélioré le texte en biffant l'obligation formelle pour les assureurs de fournir des assurances de soins intégrés et en réduisant le quote-part de la participation aux coûts de 20 à 15% hors réseaux et de 10 à 5% dans les réseaux. Par contre, il a maintenu l'obligation de la coresponsabilité budgétaire. Le CN décidera en mars une nouvelle version. Si à ce moment-là la loi est définitivement votée, les opposants auront la possibilité de lancer un référendum.

Le Conseil des Etats a aussi soutenu la réforme des soins intégrés et accepté l'essentiel du Conseil national. Il faut maintenant corriger les dernières divergences pour le vote final prévu en mars.

Le premier volet (6a) de la 6e révision de la loi sur l'assurance-invalidité a été approuvé par le CN le 16 décembre par 116 voix contre 63. Comme la situation financière de l'AI n'a cessé de se détériorer depuis 1990 et qu'elle présente une dette de 14 milliards, le Conseil fédéral a mis en place une manœuvre globale en trois parties. Premièrement, les 4e et 5e révisions, entrées en vigueur en 2004 et 2008, ont stabilisé le déficit annuel: le nombre de nouvelles rentes a été réduit de 40%. Deuxièmement, ce 1er janvier 2011 et pour 7 ans a démarré le financement additionnel fondé sur le relèvement de la TVA, et un Fonds AI propre a été créé de manière a séparer les comptes de l'AVS et les dettes de l'AI. Ces deux mesures permettront de mettre fin aux déficits et à l'accroissement de la dette, mais elles n'équilibreront pas l'AI de manière durable. Sans le troisième paquet (révision 6a et 6b), l'AI connaîtra à nouveau dès 2018 des déficits annuels de 1,1 milliard de francs et son existence ne pourra pas être garantie pour les générations futures.

Ce premier volet de la 6e révision comprends quatre points: les deux premiers (la révision des rentes axée sur la réadaptation et la baisse des prix dans le domaine des moyens auxiliaires) permettront des économies significatives, le troisième (le nouveau mécanisme de financement) est essentiellement une épargne pour l'AI grâce à des dépenses supplémentaires de la Confédération, alors que le quatrième (la contribution d'assistance) vise à aider les personnes avec un handicap à mener une existence autonome chez eux.

Une diminution de 5% du nombre des rentes est prévue: 17000 personnes seront aidées à trouver un emploi adapté. En l'absence de preuves d'efficacité pour les systèmes de quotas, le CN a introduit des incitations – mais pas d'obligation – pour les employeurs. En outre, par 111 voix contre 69 il a décidé – contre l'avis de la FMH – que les rentes attribuées avant 2008 en raison de troubles psychiques peu clairs (par ex. les troubles somatoformes douloureux ou la fibromyalgie) devront être réexaminées prioritairement dans les trois ans. Depuis la 5e révision, ces diagnostics ne donnent en règle générale plus droit à une nouvelle rente, mais il fallait introduire une mesure pour les rentes plus anciennes (exception faite des bénéficiaires d'une rente depuis > 15 ans ou âgés de > 55 ans). Une fois de plus il s'agissait de trouver le meilleur équilibre possible entre les bénéficiaires d'une prestation et les payeurs, entre ceux qui reçoivent et ceux qui donnent. Un enjeu politique majeur!

Dr Ignazio Cassis
Vice-président de la FMH et Conseiller national