Zeitschrift: Générations : aînés
Herausgeber: Société coopérative générations
Band: 36 (2006)
Heft: 9

Rubrik: Assurances

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 09.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Assurances

Des changements dans l'assurance maladie

Un certain nombre de changements ont eu lieu ou vont avoir lieu dans l'assurance maladie. Nous vous les présentons ci-après dans l'ordre de leur entrée en vigueur.

Depuis le 10 mai 2006

Prix des médicaments. Pour être admis sur la liste des médicaments remboursés, les médicaments doivent satisfaire aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Jusqu'à la date précitée, le caractère économique des médicaments était systématiquement réexaminé, sur la base d'une comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger, 15 ans après leur admission sur la liste. Dorénavant, les prix seront réexaminés de la manière suivante:

- Dans les 24 mois après l'admission sur la liste.
- A l'expiration du brevet du médicament, mais au plus tard 15 ans après l'admission sur la liste.
- Deux ans après l'expiration du brevet ou 17 ans après l'admission sur la liste.

Ce réexamen plus précoce et plus fréquent devrait permettre une baisse du prix plus rapide de certains médicaments.

Projets pilotes pour la prise en charge de prestations à l'étranger. En Suisse, l'assurance obligatoire des soins est soumise au principe de territorialité. Ainsi, sauf urgence ou cas de nécessité médicale (aucun traitement médical équivalent n'est possible en Suisse), seules sont prises en charge les prestations fournies par des prestataires autorisés en Suisse.

Dès la date précitée, et à titre d'expérience pour pouvoir en évaluer les incidences sur les coûts, le Département fédéral de l'Intérieur (DFI) peut autoriser des projets pilotes prévoyant la prise en charge par des assureurs de prestations fournies à l'étranger, dans des zones frontières, à des personnes résidant en Suisse. La demande d'autorisation doit être déposée quatre mois avant le début envisagé de la mise en application du projet pilote. Le projet pilote doit remplir les exigences suivantes:

- Sa durée de validité s'étend jusqu'au 31 décembre 2009.
- Il est présenté conjointement par un ou plusieurs cantons et un ou plusieurs assureurs.
- Il est ouvert aux personnes qui sont assurées auprès des assureurs participant au projet pilote et qui ont leur résidence habituelle dans un canton participant au projet.
- Il établit la liste des prestations fournies à l'étranger qui seront prises en charge.
- Il établit la liste des fournisseurs de prestations étrangers qui sont admis à pratiquer dans le cadre du projet pilote.
- Les tarifs ou les prix des prestations fournies à l'étranger: sont convenus entre les assureurs et les fournisseurs de prestation étrangers et se situent entre les tarifs usuellement applicables pour l'assurance maladie sociale étrangère et les tarifs applicables en Suisse.
- Les tarifs ou les prix convenus entre les assureurs et les fournisseurs de prestations étrangers doivent être respectés par les fournisseurs, qui ne peuvent exiger de rémunération plus élevée.
- Il contient un concept du suivi scientifique mené par un expert indépendant et règle la répartition des coûts entre les cantons et les assureurs pour ce suivi scientifique.
  Les assureurs peuvent renoncer, pour les prestations fournies à l'étranger, en tout ou en partie au prélèvement de la quote-part (10%), de la franchise et de la contribution aux frais de séjour hospitalier.

Depuis le 1er août 2006

Dès cette date, l'assurance maladie obligatoire des soins prend en charge, dans les zones à risque, la vaccination contre la méningo-encéphalite transmise par les tiques.

Dès le 1er janvier 2007

Traitements psychiatriques. Une nouvelle réglementation entrera en vigueur qui se définit en trois points:

- La psychothérapie est définie dans une ordonnance.
- S'il est probable qu'une thérapie se prolonge au-delà de dix séances, le médecin traitant est tenu d'en informer le médecin-conseil de l'assureur, après six séances. Sur la base de l'évaluation du médecin-conseil, l'assureur accorde alors une garantie de prise en charge des frais, provisoirement limitée à 30 séances supplémentaires.
- Lorsqu'une thérapie est appelée à dépasser 40 séances, un rapport du médecin traitant est exigé, en même temps qu'une demande de prise en charge des frais. Actuellement, une telle mesure n'est prévue qu'au bout de 60 séances d'une heure.

La durée de validité de la nouvelle règlementation est provisoirement limitée à quatre ans, soit jusqu'à la fin de 2010. Elle sera soumise à évaluation pendant cette période.

Réserves financières des caisses maladie

Actuellement, dans l'assurance maladie obligatoire des soins, les réserves doivent atteindre selon le nombre d'assurés, pour l'exercice annuel, au moins le pourcentage suivant des primes à recevoir.

Jusqu'à fin 2006, les réserves sont les suivantes: jusqu'à 25 000 assurés, 20% de réserves. Plus de 25 000 assurés, 15% de réserves.

En 2007 et 2008, les dispositions transitoires feront varier les réserves de la façon suivante: entre 50 000 et 150 000 assurés, 18% de réserves en 2007, 16% en 2008. Entre 150 000 et 250 000 assurés, 16% de réserves en 2007, 12% en 2008. Plus de 250 000 assurés, 13% de réserves en 2007, 11% en 2008.

Dès 2009, ces normes seront modifiées de la façon suivante: jusqu'à 50 000 assurés, 20% de réserves. De 50 000 à 150 000 assurés, 15% de réserves. Plus de 150 assurés, 10% de réserves.

On espère par cette mesure atténuer la hausse des primes.

Guy Métrailler