



DOCUMENTATION CONCERNANT
LA NOUVELLE LOI
SUR L'ASSURANCE-MALADIE

Berne, le 5 septembre 1994

Groupe de Travail du DFI. Nouvelle loi sur l'assurance-maladie (GT-LAMal)

Sommaire

- A Les 5 principales nouveautés de la loi sur l'assurance-maladie
- B Résumé de l'argumentation
- C Argumentaire détaillé: 45 questions - 45 réponses à propos de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie
- D Rapport complémentaire: Réductions individuelles des primes

Annexes:

- Annexe 1: La révision de la LAMA: une "longue et douloureuse histoire"
- Annexe 2: Modèle d'exposé
- Annexe 3: Bref exposé

Exposés:

- La cheffe du département fédéral de l'intérieur
Ruth Dreifuss
- Walter Seiler, directeur de l'Office fédéral des assurances sociales
- Markus Moser, Sous-directeur, chef de la division principale assurance-maladie et accidents,
Office fédéral des assurances sociales
- Claude Voegeli, Chef de la division assurance-maladie,
Office fédéral des assurances sociales

Renseignements:

Markus Moser, Sous-directeur, chef de la
division principale assurance-maladie et
accidents (d)
Office fédéral des assurances sociales (OFAS)
Tél 031/322 90 04

Claude Voegeli, Chef de la division assurance-
maladie (f)
Office fédéral des assurances sociales (OFAS)
Tél 031/322 91 44

Alfred Flessenkämper, Chef de la section
économie de la santé (d)
Office fédéral des assurances sociales (OFAS)
Tél. 031/322.90.25

Claudine Marcuard, adjointe scientifique (f/i)
Office fédéral des assurances sociales (OFAS)
Tél. 031/322.90.17

D'autres exemplaires de cette documentation auprès de

Monika Bill,
Office fédéral des assurances sociales (OFAS),
Effingerstrasse 33
3003 Berne
Tél 031/322 91 87 (le matin).

A Les 5 principales nouveautés de la loi sur l'assurance-maladie

1. Libre passage intégral

Les assurés peuvent changer de caisse à tout moment, même à un âge avancé, sans préjudice pour leur couverture d'assurance. Le libre passage intégral implique que l'assurance soit obligatoire. L'obligation restaure aussi la solidarité entre jeunes et vieux et entre malades et bien-portants, indispensable à une assurance sociale.

2. Extension du catalogue des prestations

La nouvelle loi fait une séparation nette entre l'assurance de base obligatoire et assurance complémentaire facultative, en élargissant le catalogue des prestations. Elle comble les lacunes de l'assurance de base qui devaient, jusqu'à présent, être couvertes par une assurance complémentaire:

- Les frais de traitement et de soins à domicile seront remboursés entièrement par les caisses-maladie.
- Les prestations des caisses-maladie en cas d'hospitalisation ne seront plus limitées dans le temps.
- L'assurance-maladie financera des mesures de prévention.
- L'assurance-maladie couvrira des prestations de médecine dite alternative.
- Les personnes sans activité professionnelle, soit les rentiers, les femmes au foyer et les enfants seront dorénavant aussi couverts contre les accidents.

3. Favoriser la concurrence pour maîtriser les coûts

La nouvelle loi offre pour la première fois les conditions d'une réelle concurrence entre assureurs et entre fournisseurs de prestations, soit les médecins et les hôpitaux. Cette concurrence accrue aura pour effet de maîtriser les frais et astreindra en particulier les caisses-maladie à une gestion plus économique.

4. Réduction individuelle des primes

Jusqu'à présent, tous les assurés, quel que soit leur revenu, ont profité des subventions de l'Etat. Avec la nouvelle loi, seules les primes des personnes et des familles à revenu modeste bénéficieront de réduction. L'argent des contribuables sera ainsi mieux utilisé, en faveur de ceux qui en ont réellement besoin.

5. Egalité entre hommes et femmes

La nouvelle loi introduit l'égalité entre hommes et femmes dans l'assurance-maladie. Les femmes ne paieront plus des primes plus élevées que les hommes pour l'assurance de base.

B Résumé de l'argumentation: pourquoi une nouvelle loi sur l'assurance-maladie?

La loi actuelle sur l'assurance-maladie date de 1911! Elle ne permet plus de résoudre les problèmes:

- La croissance exagérée des coûts de la santé grève les finances publiques et le budget des ménages. Toujours plus nombreux sont ceux qui n'arrivent plus à payer les primes, en particulier parmi les familles avec enfants et les bas revenus.
- Ces coûts élevés et l'absence du libre passage entre les caisses minent la solidarité.
- L'assurance médico-pharmaceutique actuelle a des lacunes qui pénalisent les personnes âgées et les malades chroniques.

Cette situation toujours plus intolérable a poussé le Conseil fédéral et le Parlement à prendre des mesures d'urgence en 1991. Elles sont cependant provisoires et ne permettent pas, contrairement à la nouvelle loi, de s'attaquer aux causes des problèmes actuels.

Les trois principaux objectifs de la loi:

- Comblent les lacunes de l'assurance de base et garantissent à tous des soins médicaux de qualité, financièrement supportables.
- Introduire plus de concurrence sur le marché de la santé, ce qui contribue à maîtriser les coûts.
- Restaurer la solidarité en accordant des réductions individuelles de primes et en assurant une répartition mieux équilibrée de la charge de l'assurance de base.

Les avantages de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie

Sociale et conforme aux lois du marché

La nouvelle loi introduit plus de concurrence et renforce la solidarité. Autant de concurrence que possible, autant de solidarité que nécessaire!

Liberté et libéralisme

Les assurés peuvent choisir librement leur caisse-maladie et le modèle d'assurance qui leur convient. Le libre choix du médecin et de l'hôpital est garanti. L'autonomie des caisses demeure entière. Elles sont seulement soumises à plus de concurrence.

Une médecine de qualité pour tous

Les prestations de l'assurance de base sont plus complètes. L'obligation d'assurance et le libre passage intégral garantissent à tous l'accès à une médecine de qualité à un coût supportable.

Un juste rapport prix/prestation

Une saine concurrence entre les fournisseurs de prestations (les médecins et les hôpitaux) exercera une pression bénéfique sur les prix et améliorera la relation prix/prestation.

Des assurés plus responsables

Les assurés pourront exercer une influence déterminante sur les coûts des soins médicaux par un comportement plus responsable et en choisissant librement le modèle d'assurance qui leur convient le mieux.

La solidarité restaurée

La prime unique par caisse et par région met fin à un régime pénalisant les plus âgés et développe la solidarité entre jeunes et vieux. Les réductions de primes individuelles accordées aux économiquement faibles assure la solidarité entre riches et pauvres.

Le fédéralisme respecté

L'autonomie des cantons en matière de santé est préservée. Ils choisissent eux-mêmes les modalités des réductions individuelles de primes, selon leur conception et leurs besoins.

**○ Argumentaire détaillé: 45 questions/45 réponses
pour la nouvelle loi sur l'assurance-maladie**

1. En général	p. 9
2. Maîtrise des coûts	p. 23
3. Primes et réduction des primes	p. 42
4. Prestations	p. 61
5. Assureurs	p. 75
6. Cantons	p. 83
Listes:	
Liste alphabétique des mots-clés	p. 91
Liste selon les catégories ciblées	p. 93
Liste selon les articles de loi	p. 94

1. En général

1.1. Une nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal)¹ est-elle vraiment nécessaire?

Catégories ciblées: toutes

Une loi presque centenaire ne permet pas de résoudre les problèmes actuels de l'assurance-maladie, en particulier l'explosion des coûts et le manque de solidarité.

- Avec la loi en vigueur actuellement, nous savons par expérience qu'il faut compter sur une progression des coûts annuels de la santé nettement supérieure à celle des prix et des salaires!

Evolution des salaires 1966-1992	+5,8% / an
Evolution des prix 1966-1992	+4,1% / an
Evolution des coûts médico-pharmaceutiques	
- Assurance de base incl. assurance complémentaire 1966-1992	+9,8% / an
- Assurance de base uniquement 1985-1992 ¹	+7,0% / an

¹ La distinction n'est faite que depuis 1985

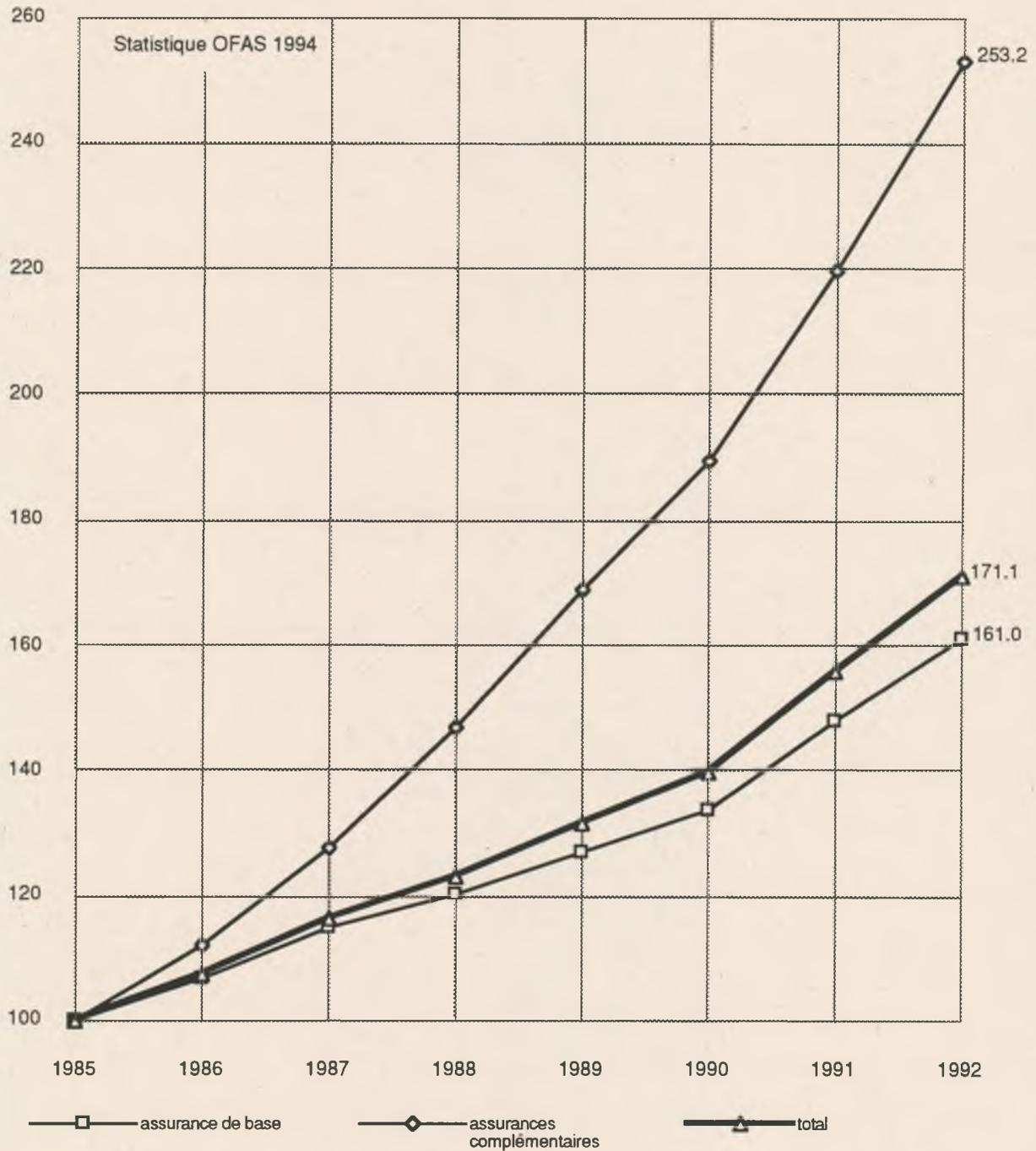
- La loi actuelle qui date de 1911 ne laisse aucune autre possibilité pour maîtriser les coûts que le droit d'urgence et les interventions de l'Etat. Si la nouvelle loi n'entre pas en vigueur, nous serons contraints de continuer dans cette voie.
- La nouvelle loi nous permet de lever les mesures d'urgence. Le libre passage intégral obligera les caisses à exercer un contrôle très strict sur les coûts. Ce sera en effet le seul moyen pour elles d'offrir des prix plus avantageux que la concurrence.

¹Dans cet argumentaire, nous désignons aussi la nouvelle loi, objet du référendum, par le sigle LAMal (loi sur l'assurance-maladie, et l'ancienne loi par le sigle LAMA (loi sur l'assurance maladie et accidents)

- L'ancienne loi profite aux caisses dites "bon marché", dans la mesure où seuls les assurés jeunes et en bonne santé peuvent changer de caisse sans subir de préjudices. Elles imposent en effet aux assurés âgés qui veulent adhérer des primes plus élevées et des réserves quant aux affections existantes.
- Le libre passage intégral constitue l'un des principaux avantages de la nouvelle loi: il empêche la "chasse aux bons risques" et décharge les caisses traditionnelles du poids des assurés âgés et malades.
- Dans l'ancienne loi, l'absence de libre passage intégral crée une situation de concurrence déloyale qui ne favorise pas la maîtrise des coûts. Offrir des primes avantageuses en attirant les jeunes assurés (concurrence déloyale) est plus facile que de réduire les coûts par une gestion économique (concurrence loyale).
- C'est avoir une vision totalement fautive de la situation ou en vouloir au libéralisme et au fédéralisme de notre système de santé que de prétendre qu'il est possible de maîtriser les coûts dans le cadre de l'ancienne loi.

Indices (1985=100) des frais médico-pharmaceutiques des caisses-maladie par assuré, depuis 1985: Assurance de base et assurances complémentaires

Indices



Source: Recettes, dépenses et frais médico-pharmaceutiques 1966-1992, OFAS, 1994, p. 20

1.2. La loi a été conçue en période de haute conjoncture. Est-elle encore adaptée à la situation actuelle?

Catégories ciblées: toutes

La nouvelle loi n'est pas influencée par des considérations conjoncturelles mais répond aux besoins des assurés.

- Loin d'être un produit de la haute conjoncture, la nouvelle loi est plutôt une "loi de la récession": Pour la première fois, l'aide est répartie en fonction du besoin, en particulier dans le cadre des mesures suivantes:
 - Les subventions destinées à réduire les primes ne sont plus distribuées selon le principe de l'arrosoir, mais en fonction des besoins;
 - La participation aux coûts hôteliers de l'hospitalisation prend en considération la situation sociale des patients.
- Il s'agit moins, dans la nouvelle loi, d'étendre le nombre des prestations couvertes par l'assurance que de redistribuer les coûts. Les prestations qui échappent aujourd'hui à l'assurance de base sont couvertes par les assurances complémentaires, par les patients ou par l'assistance sociale (cantonale ou communale). Les lacunes de l'assurance de base étant comblées, les personnes malades et âgées ne seront plus contraintes de prélever sur leurs économies ou de recourir à l'aide sociale. Ceci est vrai également dans les cas où les soins doivent durer longtemps.
- La nouvelle loi introduit la concurrence dans l'assurance-maladie et définit les règles qui permettront aux lois du marché de s'exercer sur les prix et aux innovations de se développer.

1.3. La loi actuelle est un compromis. Est-ce dire qu'il faudra bientôt recommencer?

Catégories ciblées: toutes

Les longues péripéties de la révision de la loi sur l'assurance-maladie montrent que sans compromis on ne peut pas avancer.

- Dans l'assurance sociale, les lois sont forcément des compromis, dans la mesure où il faut toujours trouver un équilibre entre des intérêts divergents. Pour l'assurance-maladie, il s'agit de l'intérêt des bien-portants et des malades, des jeunes et des vieux, des riches et des pauvres, des payeurs et des prestataires de services, etc.
- La vraie question est de savoir si les solutions proposées reposent sur une base solide. C'est manifestement le cas de la nouvelle loi, contrairement à l'ancienne qui ne peut se maintenir que par des mesures d'urgence. On pourrait penser qu'il suffit de corriger les défauts de l'ancienne loi et au premier abord, un tel "rafistoiage" pourrait sembler plus avantageux qu'une révision totale. Mais quand la maison tombe en ruine, on ne peut se contenter longtemps de boucher les trous. Il vaut mieux reconstruire sur du neuf. La nouvelle loi nous fournit les bases qui permettront de faire évoluer l'assurance-maladie au cours de ces prochaines décennies.
- Sans compromis aucune loi n'est possible et les problèmes qu'il serait urgent de résoudre demeurent. L'échec des nombreuses tentatives de réformes de la loi sur l'assurance-maladie le prouve (cf. annexe 1). Il n'y a pas d'alternative, seule la nouvelle loi nous permettra de lutter contre la croissance des coûts et le manque de solidarité.

**1.4. Quelles sont les autres propositions pour réformer l'assurance-maladie?
L'initiative du PS est la seule proposition actuellement pendante.**

Catégories ciblées: toutes

Aucune alternative sur le plan législatif n'est en vue.

- L'initiative du parti socialiste "pour une saine assurance-maladie" constitue actuellement **la seule proposition concrète** sur l'assurance-maladie. Elle demande l'introduction dans la constitution fédérale d'une assurance obligatoire pour les soins médico-pharmaceutiques et d'une assurance perte de gain (indemnité journalière) pour tous les travailleurs. **Si cette initiative était acceptée, il faudrait élaborer une loi d'application.**
- Le financement de l'assurance-maladie proposée par l'initiative serait notamment assuré par un pourcentage prélevé sur les salaires. Comme pour l'AVS, les employeurs assureraient le paiement de la moitié des primes de leurs employés. A l'exception des jeunes jusqu'à l'âge de 20 ans, la totalité de la population devrait cotiser, y compris les personnes n'exerçant aucune activité lucrative telles que les rentiers et les femmes au foyer.
- L'initiative présente certains avantages. Elle renforcerait la solidarité. Elle a aussi des inconvénients. Le système de financement, qui prévoit une augmentation automatique des ressources quand la masse salariale augmente, ne contribuerait pas à maîtriser les coûts. Il n'inciterait pas les caisses-maladie à surveiller les frais et les innovations en matière d'assurance, telles que les caisses de santé, perdraient de leur attrait. L'acceptation de l'initiative remettrait fondamentalement en cause le système d'assurance-maladie actuel. La position des caisses-maladie et des cantons s'en trouverait affaiblie.

-
- Le coût des prestations de l'assurance médico-pharmaceutique de base couvertes par la nouvelle loi est estimé à 18 milliards de francs pour 1996. Selon l'initiative, la **Confédération** devrait prendre en charge un quart de ces frais, soit 4.5 milliards de francs. Les primes et la participation des assurés (y compris la part versée par l'employeur) devraient donc financer 13.5 milliards de francs. La participation aux coûts des assurés ne devant pas excéder 20 pour cent de leur contribution, elle devrait s'élever à environ 1.4 milliards de francs. Le pourcentage à prélever sur les salaires devrait donc se monter à environ **4 pour cent de la masse salariale AVS**.
 - L'extension des prestations prévue par la nouvelle loi répond aux exigences de l'initiative en la matière (couverture non limitée dans le temps des frais de traitement, remboursement des soins à domicile et de certaines mesures de prévention).

1.5. Pourrions-nous encore vivre deux ou trois ans sous le régime du droit d'urgence et préparer entre temps une meilleure loi?

Catégories ciblées: toutes

Il est illusoire de songer à se mettre d'accord rapidement sur des propositions émanant d'un groupe d'intérêts particulier.

- L'échec des diverses tentatives de réformes de l'assurance-maladie (cf. annexe 1) montre qu'il ne sera jamais possible d'obtenir en deux ans, ni même en cinq, une nouvelle loi qui, de plus, soit meilleure et satisfasse tout le monde.
- Les discussions sur une réforme de l'assurance-maladie ont commencé dès l'entrée en vigueur de la loi de 1911. Depuis 25 ans, les projets de réforme se succèdent sans succès. En 1969, le Conseil fédéral a nommé une commission d'experts "pour la révision de l'assurance-maladie". Un an plus tard, le parti socialiste a déposé une initiative populaire "pour une meilleure assurance-maladie". Comme l'initiative actuellement pendante, elle demandait l'introduction d'une assurance-maladie obligatoire, financée par un pourcentage prélevé sur les salaires. En 1974, le peuple et les cantons ont rejeté aussi bien l'initiative populaire que le contre-projet du parlement qui prévoyait un financement par un pourcentage prélevé sur les salaires pour les traitements hospitaliers et les soins à domicile. Il fallut attendre 13 ans pour que le parlement adopte en 1987 un programme d'urgence relatif à la révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie qui fut, lui aussi, refusé par le peuple. Il est possible que ce refus soit dû aux dispositions concernant l'assurance-maternité. En 1992, le peuple et les cantons rejetèrent une fois de plus une initiative des caisses-maladie qui voulait augmenter les subventions tout en maintenant le principe de l'arrosage en ce qui concerne leur répartition. Depuis le refus de la révision de la loi sur l'assurance-maladie en 1987, il fallut 7 ans au parlement pour adopter une nouvelle loi (les débats parlementaires ne prirent que deux ans et demi, ce qui est très peu pour un sujet complexe et contesté).

Aperçu de l'historique des tentatives de réforme:

Projet	Durée de préparation	Scrutin populaire
- Initiative populaire "pour une meilleure assurance-maladie" avec contre-projet du Conseil fédéral	5 ans (1969-74)	Rejet
- LAMM du 20 mars 1987	13 ans (1974-87)	Rejet
- LAMal du 18 mars 1994	7 ans (1987-94)	?

1.6. **Qu'est-ce qui pousse l'Artisana à lancer un référendum? Que peut-elle bien craindre de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie?**

Catégories ciblées: toutes

La caisse-maladie Artisana profite des défauts de l'ancienne loi.

- Grâce à la chasse aux bons risques qu'elle a pratiqué agressivement ces dernières années, l'Artisana a acquis une **structure d'âge favorable**. Elle doit craindre les conditions de concurrence que la nouvelle loi introduit, notamment par le système de compensation des risques qui élimine les avantages d'une structure d'âges favorable et fait jouer la concurrence sur la qualité des prestations.
- C'est faire peu de cas des électeurs que de leur demander de rejeter la nouvelle loi, sans exposer en détail au préalable ses idées pour la remplacer. L'Artisana veut sans doute éviter ainsi qu'ils ne remarquent trop vite que ses propositions chargeraient plus les assurés, sans leur apporter d'amélioration par rapport à la situation actuelle.
- En gros, les idées de l'Artisana sont cependant connues. Elle les a déjà publiées en 1991. Selon elle, les assurés les plus âgés devraient contribuer plus largement à l'assainissement financier de l'assurance-maladie. Les primes devraient être échelonnées en fonction de l'âge des assurés. Il en résulterait des augmentations de primes de 25 pour cent pour tous les assurés de plus de 40 ans, pouvant même atteindre 50 pour cent pour les personnes de plus de 55 ans. De telles propositions sont indécentes, si l'on songe qu'elles ne seraient assorties d'aucune amélioration des prestations.

1.7. La nouvelle loi n'est-elle pas un premier pas vers l'étatisation de la médecine?

Catégories ciblées: toutes

**C'est plutôt l'ancienne loi qui nous conduit vers une médecine étatisée.
Seule la nouvelle loi nous en préservera.**

- La nouvelle loi, tout en rendant l'assurance de base obligatoire pour tous, donne aussi une **liberté d'action beaucoup plus grande à tous les partenaires.**
- Avec la nouvelle loi, les assurés peuvent choisir librement leur assureur et, contrairement à ce qui se passe actuellement, ils ont la possibilité d'exercer effectivement ce droit. Il n'est plus possible de mettre une limite d'âge à l'admission dans une caisse-maladie, ni de formuler des réserves en fonction de l'état de santé du candidat. L'échelonnement des primes par tranche d'âge d'entrée dans la caisse est également supprimé. Le libre passage intégral est ainsi garanti. Ces dispositions permettent une concurrence loyale entre les assureurs et suppriment la chasse aux bons risques que l'on connaît actuellement. Elles ouvrent le marché de l'assurance-maladie à la concurrence non seulement des caisses-maladie, mais également les **assureurs privés**. C'est donc tout le contraire d'une médecine étatisée.
- La nouvelle loi renforce la liberté contractuelle des partenaires tarifaires et leur permet de multiplier les conventions. Ils ont le choix entre différents systèmes de tarification: au temps consacré, au forfait, etc. Ils peuvent également convenir d'autres systèmes de rétribution, comme, par exemple, un budget global. Les assureurs ont également la possibilité d'offrir d'autres modèles d'assurance, comme, par exemple, les caisses de santé (HMO), le recours au généraliste pour décider de consulter un spécialiste, des bonus ou des assurances incluant une franchise plus élevée. L'**interdiction explicite de toute entente cartellaire** est le principal pilier de la liberté contractuelle en matière de tarif. S'agit-il là d'une médecine étatisée? Certainement pas.

- La nouvelle loi garantit aussi la **liberté thérapeutique des médecins**. Elle est fondée sur la bonne foi. Elle part de l'idée que les médecins exercent leur activité efficacement et selon des critères économiques. Les dispositions de la nouvelle loi ne s'appliquent que si l'on vient à en douter. Elles contribuent à protéger les patients et à mieux prendre en considération les aspects financiers de l'assurance-maladie. Ici non plus, il ne saurait être question de développer une forme quelconque de médecine d'Etat. Bien au contraire, l'autonomie des médecins est renforcée et on en appelle davantage à leur sens des responsabilités.

Exemples illustrant les différents systèmes de tarification

A. Facturation à l'acte dans le canton X

Exemple 1:	Consultation simple: 11 points Valeur du point des prestations médicales: Fr. 2.20 Rétribution du médecin pour une consultation simple: $11 \times \text{Fr. } 2.20 = \text{Fr. } 24.20$ Revenu horaire du médecin s'il donne cinq consultations en une heure: $5 \times \text{Fr. } 24.20 = \text{Fr. } 121.--$
Exemple 2:	Examens IRM (environ 1 heure) région colonne vertébrale: 156 points Valeur du point pour les examens IRM: Fr. 3.50 Rétribution du fournisseur de prestations: $156 \times$ $\text{Fr. } 3.50 = \text{Fr. } 546.--$
<p>Conséquences:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La tarification est correcte dans la mesure où les éléments ont été correctement définis. • Risque de multiplication des prestations, puisqu'il en découle un revenu supplémentaire pour le médecin. • Le système ne limite aucunement le nombre des prestations possibles. 	

B. Facturation au temps dans le canton Y

Rétribution horaire: Fr. 150

- Il n'existe pas d'encouragement à multiplier les prestations, puisque le gain ne dépend pas du nombre de patients reçus ni des prestations fournies.

C. Facturation au forfait dans le canton Z

Exemple 1:

- Budget global

Budget de l'ensemble des hôpitaux: Fr. 60 millions.

-Budget des établissements de soins aigus: Fr. 50 millions.

-Budget des cliniques psychiatriques: Fr.10 millions.

Budget de l'hôpital A (soins aigus): Fr. 10 millions.

Dépenses de l'hôpital A: Fr. 9 millions. (Bénéfice: Fr. 1million en faveur de l'hôpital A)

Conséquences:

- L'hôpital n'est pas poussé à garder les malades trop longtemps ou à multiplier les prestations.
- Il faut introduire des mesures pour prévenir tout risque de sélection des patients et pour garantir la qualité.

Exemple 2:

- Forfait journalier de l'hôpital C

Forfait journalier: Fr. 300.--

Nombre de journées d'hospitalisation du patient NN: 7

Montant payé par la caisse-maladie pour ce patient: Fr. $300 \times 7 = \text{Fr. } 2100.--$

Conséquences:

- Risque de prolonger indûment le séjour.
- Le forfait journalier sera d'autant plus intéressant pour l'hôpital que le malade restera longtemps, car les frais de traitement et de soins sont plus importants en début de séjour, ils diminuent avec le temps.

2. Maîtrise des coûts

2.1. En quoi la nouvelle loi contribue-t-elle à maîtriser les coûts? Les instruments qu'elle prévoit dans ce domaine sont-ils suffisants?

Catégories ciblées: assurés, fournisseurs de prestations, hôpitaux, assureurs, employeurs

Les grandes caisses-maladie estiment pouvoir réaliser 8 à 10 pour cent d'économies grâce à la nouvelle loi

La nouvelle loi prévoit tout un éventail de mesures dont les effets réunis doivent assurer une meilleure maîtrise des coûts. **Le sens des responsabilités et la concurrence sont largement encouragés.** De plus, les dispositions de surveillance des tarifs ont été renforcées. Si cela ne devait pas suffir, les autorités pourraient recourir à des mesures d'urgence extraordinaires. La nouvelle loi offre les possibilités suivantes:

• Pour les partenaires tarifaires

- Interdiction des cartels;
- Multiplicité des conventions tarifaires (conventions au niveau des fédérations, conventions particulières);
- Grande liberté dans l'élaboration de conventions tarifaires (tarifs à la prestation, forfaits, tarifs au temps).

• Pour les assurés

- Participation des assurés aux coûts de toutes les prestations à l'exception de la maternité;
- Possibilité d'une participation aux coûts volontairement plus élevée en contrepartie d'une réduction des primes;
- Possibilité de choisir une assurance avec bonus sur les primes;
- Possibilité de choisir d'autres formes d'assurance moins coûteuses;
- Facturation détaillée et transparente; l'assuré doit pouvoir vérifier la facture;
- Libre choix de l'assureur et libre passage intégral; pour un ensemble de prestations donné, l'assuré doit pouvoir choisir l'offre dont les primes sont les plus avantageuses.

- **Pour les fournisseurs de prestations**

- Approbation des conventions tarifaires par les autorités cantonales (examen du caractère économique des tarifs en coopération avec le surveillant des prix; refus en cas de tarifs excessifs);
- Possibilité de recourir au Conseil fédéral en matière de tarifs;
- Tarifs des analyses et des médicaments fixés par le Département fédéral de l'Intérieur (par l'OFAS pour la liste des spécialités);
- Renforcement du rôle des médecins conseils (ils peuvent analyser le caractère économique des prestations d'un fournisseur);
- Si le traitement ne répond pas aux critères économiques, le paiement peut être refusé ou son remboursement exigé;
- L'autorisation de pratiquer dans le cadre de l'assurance-maladie peut être retirée aux prestataires de services qui, notamment, ne respectent pas les critères économiques.

- **En cas d'augmentations exagérées des coûts**

Si les mesures ordinaires de maîtrise des coûts ne suffisent pas, l'autorité compétente pour approuver les tarifs peut bloquer temporairement les tarifs et les prix. Dans le secteur hospitalier, elle peut également introduire des budgets globaux.

2.2. La Commission des cartels a fait des propositions pour renforcer la concurrence. En est-il tenu compte dans la nouvelle loi?

Catégories ciblées: fournisseurs de prestations, assureurs

Dispositions LAMal touchées: art. 46 al. 1-3

La nouvelle loi introduit plus de concurrence, elle interdit expressément les ententes cartellaires.

- Se fondant sur les propositions de la Commission des cartels, la nouvelle loi interdit expressément de telles ententes cartellaires. La concurrence est ainsi rétablie.
- Afin que la concurrence contribue à la maîtrise des coûts, la nouvelle loi encourage la **multiplicité des conventions** et donne plus de **liberté pour conclure des accords tarifaires**. Cela ne peut cependant marcher que si les partenaires jouent le jeu.
- Sous l'ancienne loi, les ententes cartellaires n'autorisaient que les conventions tarifaires conclues au niveau des fédérations de caisses-maladie. Elles étaient contraignantes pour tous les membres de la fédération (clause d'exclusivité). Les assureurs et fournisseurs de prestations n'avaient pas la possibilité de conclure individuellement des accords qui s'en écartaient (interdiction des conventions particulières).
- Sous l'ancienne loi, il était également d'usage que les fournisseurs de prestations s'engagent à ne pas accorder à un assureur un tarif plus avantageux que celui fixé dans la convention passée au niveau des fédérations. Les assureurs s'engageaient, quant à eux, à ne pas accorder un tarif plus élevé (clause interdisant tout traitement de faveur).

- Finalement les fournisseurs de prestations et les assureurs pouvaient, sous l'ancienne loi, convenir de renoncer à conclure des accords tarifaires individuels. Toutes ces dispositions ont eu pour conséquence d'empêcher la multiplicité des conventions, pourtant autorisée et encouragée par la loi, et de supprimer la concurrence qu'elles auraient dû favoriser.

Son efficacité pour maîtriser les coûts dépendra du comportement des partenaires tarifaires. Par rapport à la situation actuelle, d'autres facteurs pourraient aussi contribuer à ce que la concurrence joue mieux dans l'avenir. Le libre-passage intégral est essentiel en la matière. Il permettra aux assurés de changer de caisse-maladie et de choisir l'assureur qui leur convient le mieux. Les assureurs devraient donc être incités à conclure des accords tarifaires fondés sur des critères de rentabilité économique, mais qui soient également supportables du point de vue macro-économique. Il en résultera alors des prestations financièrement avantageuses.

2.3. Pourquoi rendre l'assurance-maladie obligatoire? Pratiquement tout le monde est déjà assuré!

Catégories ciblées: personnes âgées, assureurs, cantons
Dispositions LAMal touchées: art. 3 ss.

L'obligation est essentielle pour assurer la solidarité et libéraliser le marché de la santé.

- Les défauts **d'une assurance-maladie facultative** sont aujourd'hui évidents. Une assurance facultative permet l'application de **réserves** aux maladies déclarées avant la demande d'affiliation et rend impossible ou très coûteuse l'entrée dans une caisse à un âge déjà avancé, puisqu'il faudra payer pour le reste de sa vie une prime plus élevée que les assurés du même âge, qui sont membres de la caisse depuis plus longtemps.
- Cette disposition fausse la concurrence, du fait que seuls les assurés jeunes et en bonne santé peuvent changer de caisses-maladie sans subir de préjudices. Cette forme de **concurrence déloyale** entraîne une **désolidarisation** dans l'assurance-maladie. Les assurés jeunes et en bonne santé se retrouvent dans les caisses avantageuses, alors que les assurés âgés et malades restent dans les caisses traditionnelles dont les primes augmentent, puisque ces assurés ont atteint les classes d'âges où les prestations médicales sont les plus nombreuses. Les petites caisses-maladie qui ne sont plus en mesure d'être compétitives disparaissent. Leurs assurés les plus âgés en font les frais. Ils ont bien la possibilité d'entrer sans réserve dans une autre caisse-maladie, mais ils doivent payer une prime plus élevée correspondant à leur âge au moment de leur changement de caisse. Dans des cas extrêmes, il arrive que leur prime soit deux fois plus élevée que celle des anciens assurés. Seule l'assurance-maladie obligatoire permet de corriger ces défauts et d'augmenter la solidarité dans l'assurance de base!

- Avec le processus de concentration des caisses-maladie en cours actuellement, un nombre croissant d'assurés âgés subira ces augmentations injustes, du fait de l'absorption des petites caisses par les grandes. Dans l'assurance-maladie, on est "âgé" dès 45 ans et les caisses avantageuses ne vous accueillent plus volontiers.
- **L'assurance obligatoire corrige ces défauts:** les réserves et l'échelonnement des primes en fonction de l'âge d'adhésion sont supprimés. Elle permet aussi d'abolir le système de répartition des subventions fédérales dit "de l'arrosoir" au profit d'une distribution visant ceux qui en ont le plus besoin.
- L'obligation est le moyen le plus simple et le plus efficace de créer la solidarité et de rendre possible le libre passage intégral. Elle sert donc à atteindre les deux objectifs principaux de la nouvelle loi, soit renforcer la solidarité et maîtriser les coûts. L'obligation est la pierre angulaire de la nouvelle assurance-maladie.
- L'application du principe d'obligation peut être déferée aux institutions existantes (p. ex. aux autorités communales) et ne nécessite que peu de frais administratifs. Seuls les nouveaux-nés et les migrants devront être enregistrés. Une fois assuré, on le restera. Selon les estimations des directeurs cantonaux des affaires sanitaires et des finances, la nouvelle loi occasionnera globalement des frais administratifs supplémentaires (obligation, réduction de primes etc.) d'environ 40 millions de francs, ce qui correspond à 0.2 pour cent du coût total de l'assurance de base. Le jeu en vaut la chandelle!

2.4. Qui garantit que les assurés, même âgés, pourront effectivement changer de caisse-maladie sans subir de préjudices?

Catégories ciblées: personnes âgées, assureurs

Disposition LAMal touchée: art. 7

La Confédération exerce une haute surveillance sur les caisses-maladie et garantit à tous le libre passage intégral dans le cadre de l'assurance de base, quel que soit l'âge de l'assuré.

- Les caisses-maladie sont soumises à la surveillance de l'Office fédéral des assurances sociales. L'ancienne loi ne lui permet toutefois pas d'empêcher les caisses d'introduire des réserves et d'échelonner les primes, au détriment des assurés les plus âgés, ce qui rend pratiquement impossible le changement de caisse-maladie à partir de 45 ans, ou même avant, en cas de maladie. Les caisses peuvent profiter de cette situation. Elles ne sont tenues à aucun ménagement envers les personnes âgées et les malades.
- Seule la nouvelle loi garantit le **libre passage** intégral dans le domaine de l'assurance de base concerné par la LAMal. Le libre passage intégral n'est possible que si les prestations couvertes sont bien définies, comme c'est le cas pour l'assurance de base dans la nouvelle loi. Les assurances complémentaires qui complètent les prestations couvertes par l'assurance de base répondent aux désirs particuliers des assurés et reposent, par conséquent, sur des principes différents. Le libre passage n'a donc un sens que dans le cadre de la couverture de base.

2.5. La nouvelle loi parle de caractère économique et de qualité des traitements. Qui doit les contrôler et comment?

Catégories ciblées: assurés, fournisseurs de prestations, assureurs
Dispositions LAMal touchées: art. 56,58

La nouvelle loi favorise les prestations économiques et de haute qualité.

- Le remboursement des prestations par les assureurs est subordonné à des conditions garantissant que le traitement vise l'intérêt de l'assuré et qu'il soit efficace (principe de l'économicité). Si tel n'est pas le cas, l'assurance-maladie n'est pas tenue de payer. Assureurs et assurés peuvent contrôler les factures, refuser de payer ou exiger le remboursement des prestations injustifiées. Le médecin-conseil, dont le rôle est renforcé par la nouvelle loi, peut revoir sans autre les frais facturés pour des prestations fournies. De plus, la nouvelle loi prévoit l'introduction dans les accords tarifaires de mesures destinées à garantir le caractère économique des prestations. Le caractère économique n'est pas seulement examiné au moment du règlement des factures, mais également lors de la fixation des tarifs. Pour être admis dans le catalogue des prestations remboursées par l'assurance de base, un traitement doit être efficace, approprié et économique. Le catalogue des prestations est revu périodiquement en fonction de ces critères.
- Les exigences concernant le caractère économique du traitement sont assorties de dispositions visant à **garantir la qualité** de ce dernier. Le Conseil fédéral a la possibilité de confier aux associations professionnelles ou à d'autres institutions l'application des mesures propres à garantir la qualité. Les normes et les mesures d'assurance de qualité seront définies dans l'ordonnance d'application. Les instruments envisagés pour garantir la qualité sont, d'une part, les mécanismes incitatifs (meilleure rétribution des prestations de qualité, renforcement de la concurrence, promotion de la qualité) et, d'autre part, les contrôles de qualité.

On entend par contrôles de qualité les vérifications des infrastructures, des procédures et des résultats des prestations effectuées par des services internes ou externes. Ces contrôles de qualité supposent la définition préalable de normes et de standards. Le respect des normes de qualité ainsi que les écarts éventuels sont périodiquement analysés. La norme peut être modifiée, selon les causes de l'écart constaté.

- Il faut distinguer trois éléments dans la garantie de la qualité. La **qualité des structures** se rapporte à la définition de conditions-cadre et concerne les équipements techniques et les ressources en personnel. On peut citer comme illustration les exigences de formation des prestataires ou les prescriptions pour les équipements techniques. **La qualité des procédures** examine le déroulement du traitement. Est ainsi analysé l'ensemble des activités entre les fournisseurs de prestations, le personnel et les patients. **La qualité du résultat** se rapporte à l'effet du traitement sur l'état de santé du patient.
- En Suisse, de nombreux exemples montrent comment le contrôle de la qualité est mis en oeuvre. Les mesures de contrôle de la qualité dans les laboratoires sont particulièrement intéressantes. La qualité des résultats est contrôlée par la participation à des tests regroupant plusieurs laboratoires. Les réglementations existantes définissent la formation continue et permanente que doit suivre le responsable du laboratoire et son personnel et elles prévoient aussi que les autorisations d'exploitation sont revues périodiquement. Les mesures de contrôle de la qualité sont aussi connues dans les hôpitaux. Dans les cliniques chirurgicales, on effectue des contrôles internes de la contamination bactériologique des vêtements de travail du personnel. En radiologie, il faut signaler le contrôle des radiographies et la comparaison des travaux par le chef du service de radiologie. Des contrôles externes ont lieu en faisant des comparaisons entre les taux d'infection des opérations semblables effectuées par d'autres centres hospitaliers.
Une autre mesure de contrôle de la qualité externe est constituée par le contrôle et la comparaison des diagnostics radiologiques posés dans un hôpital par un groupe d'experts en radiologie.

2.6. Les pressions exercées sur les tarifs ne risquent-elles pas surtout de pousser les prestataires de services à multiplier les prestations pour compenser le manque à gagner?

Catégories ciblées: assurés, fournisseurs de prestations, assureurs

Dispositions LAMal touchées: art. 42 al. 3, 43, 49

La nouvelle loi prévoit des dispositions pour empêcher une multiplication abusive des prestations, en particulier par le biais des accords tarifaires et de mesures de contrôle.

- La croissance des prestations est due en partie à l'évolution démographique, en particulier au vieillissement de la population et aux progrès de la médecine. Dans ce cas, il n'est pas question de vouloir la freiner.
- En revanche, les prestataires de services pourraient être tentés de multiplier indûment les prestations pour compenser le manque à gagner provoqué par les restrictions tarifaires. La nouvelle loi permet aux assureurs de s'y opposer. Ils ont en effet maintenant la possibilité de choisir les fournisseurs et de passer des accords uniquement avec les plus avantageux. En cas de doute quant à la nécessité de multiplier des prestations, il est en outre possible d'appliquer d'autres systèmes de rétribution, par exemple un tarif horaire. Les assurés ont également la possibilité de choisir des systèmes d'assurance avantageux pour ceux qui s'efforcent de freiner les dépenses (franchise annuelle importante, caisse de santé, deuxième avis médical). Il est donc possible de lutter contre la multiplication abusive des prestations. La nouvelle loi prévoit en outre d'autres mesures contre les "moutons noirs", par exemple le contrôle des factures, les comparaisons entre praticiens, le remboursement des prestations abusives.
Ces dispositions peuvent empêcher toute multiplication abusive des prestations.

2.7. On dit souvent que les exigences croissantes des assurés et des patients sont à l'origine de l'augmentation des coûts de la santé. La nouvelle loi apporte-t-elle un remède à cette tendance?

Catégories ciblées: assurés

Différentes mesures prévues dans la nouvelle loi incitent les assurés à prendre conscience du coût des traitements.

- La nouvelle loi agit, sur le plan *strictement financier*, en maintenant une participation aux frais du traitement ambulatoire en plus d'une franchise. A cela s'ajoute une participation aux frais de traitement et de séjour hospitalier, la participation aux frais de séjour étant définie en fonction de la situation familiale de la personne hospitalisée.
- Les réactions face à la maladie ou au risque de maladie sont individuelles et souvent irrationnelles. Elles sont aussi d'ordre culturel et dépendent largement du niveau d'information des assurés et de l'offre de soins à disposition. Il est difficile à une loi d'influencer ces nombreux facteurs dont le poids varie considérablement d'un individu à l'autre.
- La nouvelle loi cherche cependant à **responsabiliser** les différents partenaires, en particulier **l'assuré**:
Elle prescrit qu'il doit être *informé du coût du traitement* (factures détaillées et compréhensibles).
- Elle prévoit la participation de *représentants des assurés* aux négociations tarifaires de niveau fédéral, ce qui prouve le rôle que ces organisations sont appelées à jouer dans l'information de leurs membres.

- Elle renforce le rôle des assureurs dans la **promotion de la santé**, en faisant de cette mission d'information générale, jusqu'ici volontaire, une obligation légale et en y affectant des moyens financiers.
- Elle insiste sur l'importance de la **prévention individuelle** en prévoyant le remboursement d'une partie des mesures de prévention effectuées sur ordre médical.
- En autorisant des **formes nouvelles d'assurance**, (HMO, PPO², assurance avec bonus) elle fait preuve d'un souci de développer *un rapport aux soins différent*, introduisant un certain contrôle sur les traitements prodigués.

²PPO= Preferred provider Organisation

2.8. Dans la nouvelle loi, il est question de primes réduites dans le cadre des nouveaux modèles d'assurance. Cela signifie-t-il que les primes des assurés des caisses de santé de type HMO seront plus avantageuses que celles de l'assurance de base?

Catégories ciblées: assurés, fournisseurs de prestations, caisses
Disposition LAMal touchée: art. 62

La nouvelle loi permet de multiples formes d'assurance mais jamais au détriment de la communauté des assurés.

- Depuis 1990, le système actuel autorise, à titre expérimental, les caisses de santé de type HMO, avec l'obligation, pour les caisses qui le pratiquent, de collaborer à une étude scientifique d'évaluation de ce modèle. Le nouveau droit continuera à autoriser ce système comme celui du bonus.
- Les primes payées dans le cadre des HMO sont meilleur marché. La raison en est simple: L'assuré qui choisit ce type d'assurance doit recourir aux services des prestataires de la caisse. Il est obligé de consulter le médecin employé par la HMO. Cette restriction est compensée par une prime moins élevée que celle de l'assurance traditionnelle et par la suppression de la participation aux coûts.
- Plusieurs caisses proposent ce genre de contrats en Suisse, à Zürich, Bâle, Winterthur, Lucerne et Genève. Le nombre de leurs assurés est d'environ 18'200 personnes. D'autres projets sont à l'étude au Tessin et dans le canton de Vaud.
- C'est une **particularité originale** du système d'assurance-maladie obligatoire proposé par la nouvelle loi. Contrairement à la plupart des pays connaissant un régime d'assurance obligatoire, la Suisse n'impose pas un seul modèle d'assurance. Elle mise au contraire sur la **pluralité** des modèles d'assurances. Toute une gamme de contrats peut ainsi être offerte aux assurés, qui ont la possibilité de choisir celui qui leur convient le mieux.

2.9. Qu'attend-on de l'introduction du budget global dans les hôpitaux?

Catégories ciblées: assurés, hôpitaux, cantons

Disposition LAMal touchée: art. 51

La santé publique n'a peut-être pas de prix mais elle a un budget

- La nouvelle loi prévoit que les cantons peuvent introduire le budget global comme instrument de gestion. Certains le pratiquent déjà, comme le canton de Vaud, beaucoup l'étudient. L'enveloppe budgétaire est un système de financement établi en fonction des prestations fournies dans le passé et des besoins futurs estimés. L'ancien système, encore largement appliqué, finance à posteriori les dépenses, sur la base de prestations ou de journées d'hospitalisation déjà délivrées. Le budget global inverse la logique, puisqu'il est défini à priori entre l'Etat, les assureurs et les fournisseurs de prestations. Dans une première phase, on fixe le budget d'un canton ou d'une région. Dans une deuxième phase, ce budget global est réparti entre les différents secteurs de soins et finalement entre les différents fournisseurs de prestations (p.ex. les hôpitaux). La répartition se fait par concertation entre les partenaires sur la base de la planification hospitalière cantonale et des missions qui en découlent, des informations statistiques et de l'évolution des autres conditions cadres. Une fois le budget fixé le prestataire de service, par exemple l'hôpital, jouit d'une autonomie de gestion et assume tant les pertes que les bénéfices.

- 2.10. La notion de planification introduite dans la nouvelle loi est-elle efficace? Il ne s'agit en effet que de recommandations de la Confédération, les décisions en la matière sont du seul ressort des cantons.

Catégories ciblées: assurés, hôpitaux, cantons, caisses
Disposition LAMal touchée: art. 39 al. 1 let. d

La nouvelle loi récompense une bonne planification hospitalière et empêche ainsi les surcapacités, sans intervention autoritaire de la Confédération.

- La planification sanitaire, donc hospitalière, est bien de la compétence des cantons: les hôpitaux ne sont autorisés à pratiquer dans le cadre de l'assurance-maladie de base que si leurs activités s'inscrivent dans la planification hospitalière conforme aux besoins définis *par un ou plusieurs cantons conjointement*. Ceci ne signifie cependant pas que l'assurance-maladie doit payer tout ce qu'un canton autorise. Les assureurs ne doivent par exemple pas prendre en charge les coûts dûs à des surcapacités. En cas de désaccord sur l'existence de ces surcapacités, il appartiendra au Conseil fédéral de trancher. En agréant ou refusant des hôpitaux, l'assurance-maladie peut aussi exercer une influence indirecte mais sensible sur la planification hospitalière d'un canton.

2.11. Les arrêtés fédéraux urgents ont introduit une participation aux coûts hospitaliers et la nouvelle loi la maintient. C'est injuste; personne ne choisit d'entrer à l'hôpital.

Catégorie ciblée: assurés

Disposition LAMal touchée: art. 64

La participation aux coûts réduit la consommation médicale et la durée des séjours hospitaliers.

- La participation incite les assurés à mieux **prendre conscience des coûts** et à réduire la consommation médicale. Pour cette raison, la nouvelle loi prévoit par exemple une participation aussi bien aux coûts des prestations ambulatoires que semi-ambulatoires et hospitalières. On met ainsi tous les fournisseurs de prestations sur le même pied. En supprimant toute participation aux coûts des traitements hospitaliers, comme c'était le cas avant l'entrée en vigueur des arrêtés fédéraux urgents, on encourage l'hospitalisation pour des traitements qui pourraient être aussi bien pratiqués ambulatoirement ou semi-ambulatoirement. Le coût du traitement hospitalier étant nettement plus élevé, il est clair que cette absence de participation a des effets négatifs sur les coûts de la santé en général. Il est donc justifié de prévoir également une participation des assurés aux coûts des prestations hospitalières. Pour que cette participation ne soit pas trop lourde pour les assurés, l'ordonnance d'application fixera un plafond annuel (il est de 500 francs dans le droit en vigueur).

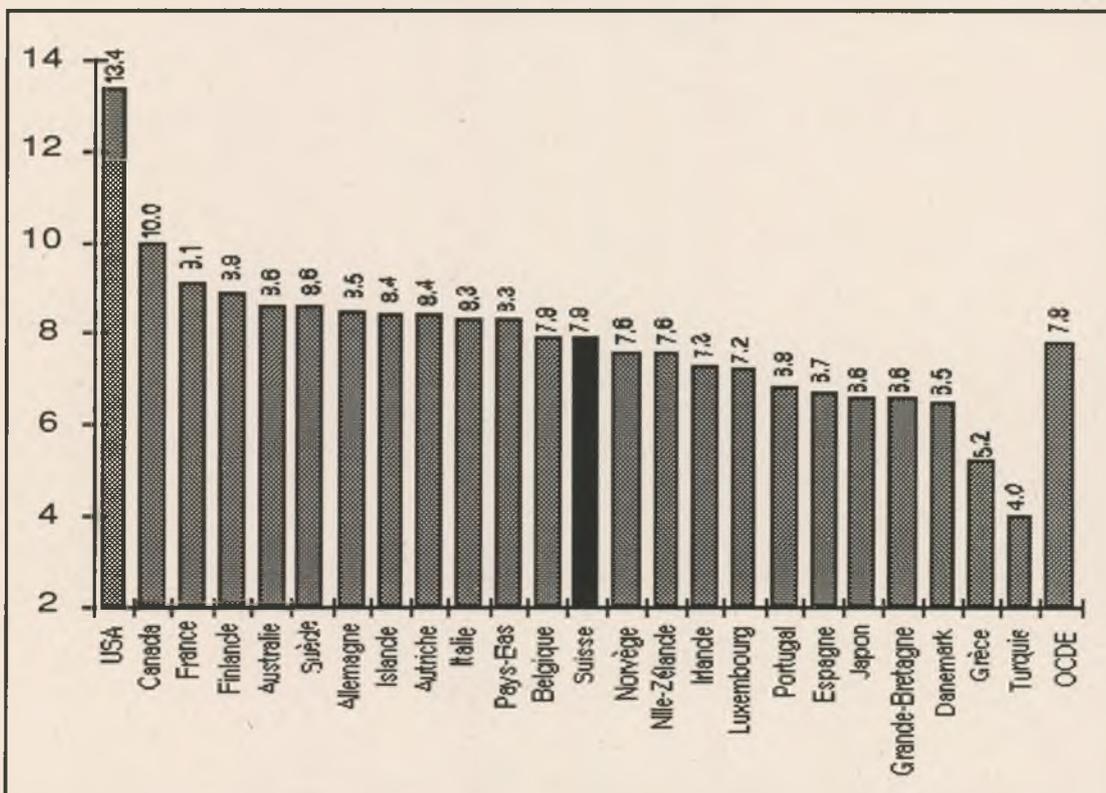
2.12. Les coûts de la santé ont atteint, en Suisse, 30 milliards de francs environ en 1991. Est-ce plus que dans les autres pays en proportion du PIB?

Catégories ciblées: toutes

Malgré un niveau de vie plus élevé, la part des dépenses de santé de la Suisse par rapport au PIB se situe dans la moyenne des pays industrialisés.

- Les dépenses de santé en Suisse se sont élevées, en 1991, à 30 milliards de francs. En fonction du PIB, cela place la Suisse légèrement au dessus de la moyenne des pays de l'OCDE (cf. figure ci-dessous). Il n'est pas possible d'établir une comparaison internationale pour l'année 1996, du fait qu'il est difficile d'estimer l'évolution des dépenses de santé et de la production des différents pays.

Dépenses de santé en pour-cent du PIB (données 1991)



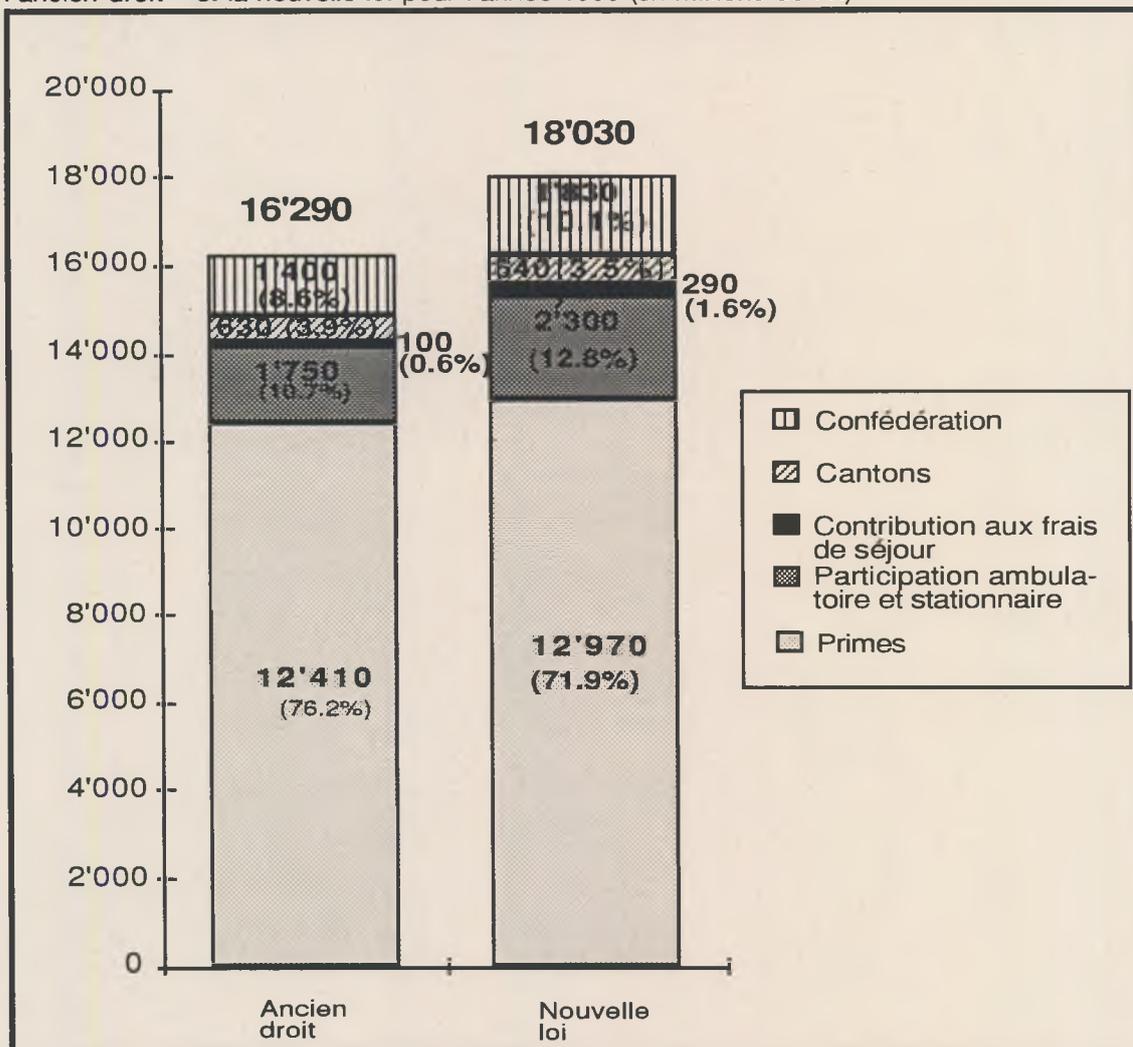
Source: OCDE; Dernières données de l'OCDE relatives aux dépenses de santé en 1991; Communiqué de presse OCDE; 1er mars 1993

2.13. Comment se répartit le financement de l'assurance-maladie en vigueur actuellement et qu'est-ce qui change avec la nouvelle loi?

Catégories ciblées: toutes

Les nouvelles prestations introduites dans la LAMal seront principalement financées par les pouvoirs publics et par l'augmentation de la participation des assurés

Financement de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques: comparaison entre l'ancien droit³ et la nouvelle loi pour l'année 1996 (en millions de Fr.)



³Observation du droit d'urgence dans la version valable au 1.1.1994. La réduction supplémentaire des primes prévue pour les personnes de condition économique modeste sur la base de l'introduction de l'impôt sur la valeur ajoutée pour 1995 (art. 8 al. 4 des dispositions transitoires de la Constitution fédérale) n'a par conséquent pas été prise en compte dans les calculs.

3. Primes / Réductions de primes

3.1. Pourquoi la nouvelle loi garde-t-elle le système de la prime individuelle qui n'est pas social?

Catégories ciblées: assurés

Disposition LAMal touchée: art. 61

Grâce aux réductions individuelles accordées sur les primes, le système est supportable même pour les assurés les moins favorisés.

- Il est possible de confier l'assurance-maladie à des caisses autonomes et indépendantes de l'Etat avec un système de primes individuelles, s'il est assorti d'une réduction de prime également individuelle à composante sociale. Si l'on finance l'assurance-maladie uniquement par la fiscalité ou par un prélèvement sur les salaires, il n'y a plus de différences de primes possibles selon les assureurs, les cantons ou les genres d'assurance et donc plus de concurrence. Il en résulterait une caisse-maladie nationale, comme la CNA pour l'assurance-accidents. Il n'est possible de décentraliser la santé publique qu'avec une assurance-maladie décentralisée.
- Une organisation décentralisée offre beaucoup d'avantages. La santé publique répond mieux aux besoins de la population. L'influence des exigences sur les coûts apparaît mieux aux assurés. La loi prévoit par conséquent également que les primes peuvent varier selon les cantons.
- Il ne faut par ailleurs pas oublier que les paiements de l'assurance-maladie sont financés par les primes payées par les assurés "seulement" à raison d'environ 70 pour cent. Outre les subventions pour la réduction des primes qui s'élèveront à 2471 millions de francs pour 1996 (Confédération 1830 millions, cantons 641 millions), une part importante des coûts hospitaliers est financée par les cantons - en particulier par des garanties de déficit - et par conséquent par les recettes fiscales. Pour l'assurance de base, ce sont environ 5,7 milliards de francs qui viennent décharger l'assurance-maladie.

3.2. Pourquoi une prime unique?

Catégories ciblées: assurés

Disposition LAMal touchée: art. 61

La prime unique est le seul moyen d'instituer une concurrence loyale dans l'assurance de base.

- Les adultes d'une même caisse et d'une même région payeront à l'avenir la même prime, contrairement à ce qui se passe actuellement, où il est possible d'échelonner le montant des primes en fonction de l'âge et du sexe.
- Avec une offre de prestations unifiée et une prime unique pour tous les adultes, par assureur et par région, le rapport prix / prestations des différents assureurs est plus transparent. Les assurés sont ainsi en mesure de savoir quel est l'assureur le plus avantageux. Le libre passage intégral leur permet de choisir cet assureur, sans subir de préjudice.

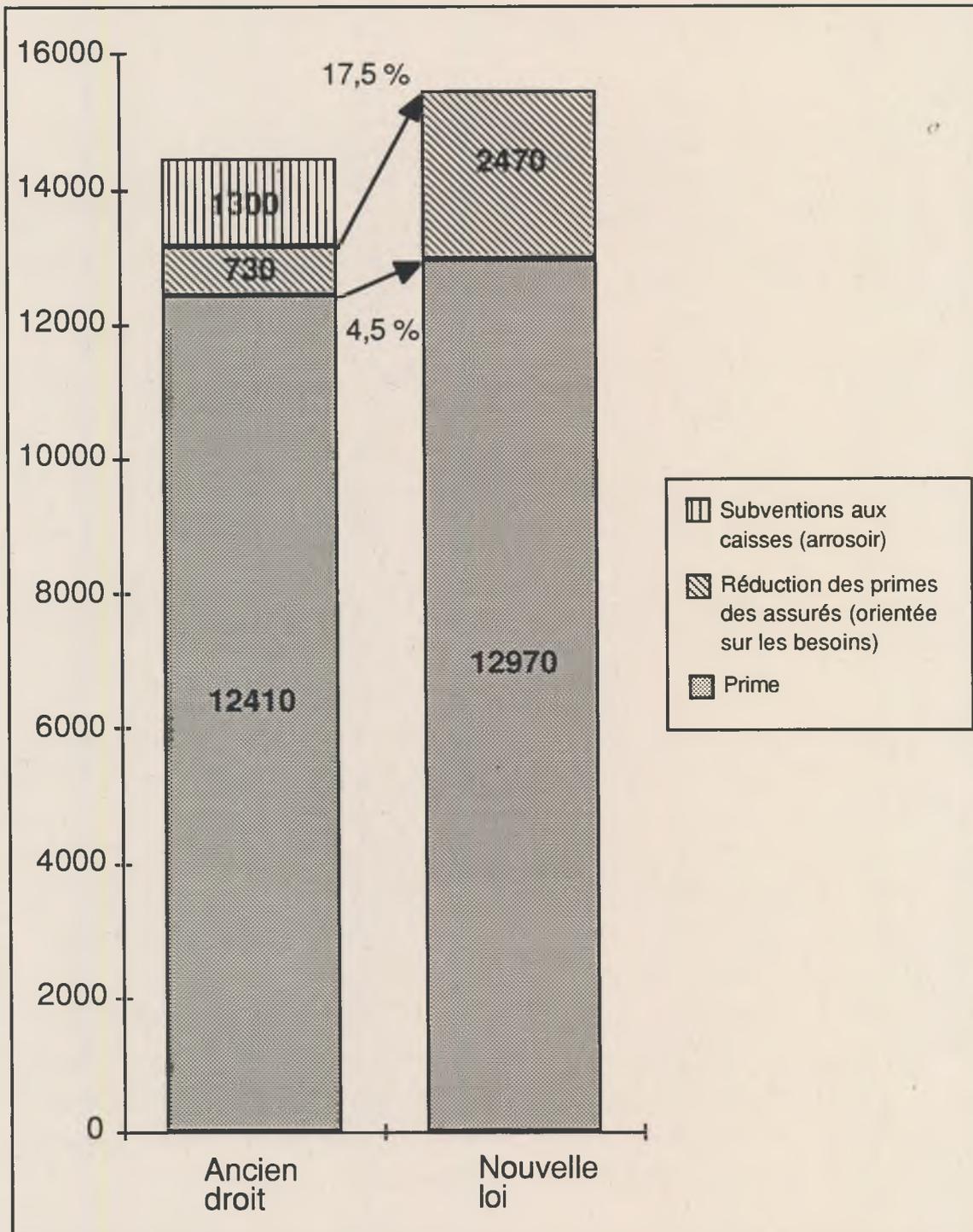
3.3 L'extension du catalogue des prestations ne va-t-elle pas entraîner des augmentations massives de primes?

Catégories ciblées: assurés

Dispositions LAMal touchées: art. 24-31

**La nouvelle loi implique une augmentation modérée des primes
mais comble les lacunes de l'assurance de base.**

- L'extension du catalogue des prestations permet de combler certaines lacunes de l'assurance de base:
 - Plus de réserves;
 - Plus de limite en cas d'hospitalisation prolongée;
 - Couverture des soins médico-pharmaceutiques à domicile et dans les homes médicalisés;
 - Couverture de certains traitements dentaires en cas de maladie grave;
 - Couverture de certaines prestations de prévention médicale.
- Des frais couverts actuellement autrement (p.ex. par des assurances complémentaires, par les patients eux-mêmes, par l'aide sociale) seront pris en charge, à l'avenir, par l'assurance des soins médico-pharmaceutiques obligatoire. L'augmentation **unique** des coûts qui en résultera pour l'assurance de base est estimée à environ **10 pour cent**. Cette augmentation ne sera pas complètement financée par les primes du fait que des réductions de primes individuelles seront introduites et que la participation aux coûts sera également étendue à l'avenir au secteur hospitalier. **Le niveau des primes augmentera ainsi seulement de 4,5%**. On ne saurait donc parler d'augmentation massive des primes. En revanche, l'assurance de base couvrira à l'avenir sans lacune les besoins médicaux fondamentaux de l'ensemble de la population.

Augmentation effective moyenne du volume des primes (en millions de Fr.)

Financement de l'assurance de base des soins médico-pharmaceutiques (1996)

Tableau 1

	Ancien droit en millions de Fr.	Nouvelle loi en millions de Fr.	Modification en millions de Fr.	Modification en pour-cent
Pouvoirs publics	2'030	2'470	440	21.7%
Charge supplémentaire des ménages (participation aux coûts et primes)	14'260	15'560	1'300	9.1%
Dépense de l'assurance de base (total)	16'290	18'030	1740	10.7%

Tableau 2

	Ancien droit en millions de Fr.	Nouvelle loi en millions de Fr.	Modification en millions de Fr.	Modification en pour-cent
Pouvoirs publics	2'030	2'470	440	21.7%
Participation aux coûts	1'850	2'590	740	40.0%
Primes	12'410	12'970	560	4.5%
Dépense de l'assurance de base (total)	16'290	18'030	1740	10.7%

L'extension du catalogue des prestations entraîne une augmentation des dépenses de l'assurance de base des soins médico-pharmaceutiques de 10,7%. Elle ne correspond pas à l'augmentation des primes de 4,5%. Cela signifie que les pouvoirs publics et la participation aux coûts des assurés financent la part la plus importante des nouvelles prestations de l'assurance de base. Pour les pouvoirs publics, la charge supplémentaire est de 21,7%. La forte progression de la participation des patients (40%) est due à son application au secteur hospitalier. On assure, d'une part, une égalité de traitement entre les différents fournisseurs de prestations et, d'autre part, on responsabilise davantage les assurés, en mettant sur un pied d'égalité les soins ambulatoires, semi-ambulatoires et hospitaliers. Ces mesures contribuent à la maîtrise des coûts.

3.4. Quelles sont les nouveautés de la nouvelle loi en matière de primes, en particulier avec l'introduction de réductions individuelles de primes?

Catégories ciblées: assurés, cantons

Dispositions LAMal touchées: art. 65 ss.

Les subventions de la Confédération et des cantons permettent d'abaisser d'environ 90 francs par mois les primes d'un tiers de la population.

Répercussions générales de la nouvelle loi sur le niveau des primes:

- La situation de chaque assuré dépend du niveau actuel des primes de sa caisse-maladie. On sait qu'il existe de grandes différences en ce domaine. Les assurés ne peuvent toutefois souvent pas en profiter, car ils ne peuvent pas changer de caisse sans subir certains préjudices (réserves, primes définies en fonction de l'âge de l'assuré au moment de son affiliation). Même s'ils n'entrent pas dans la catégorie susceptible de recevoir des contributions au paiement des primes, ces assurés peuvent être favorisés par le nouveau droit, puisque la prime des personnes se trouvant actuellement dans la classe d'âge d'affiliation la plus élevée pourra diminuer jusqu'à 40 pour cent. Le niveau des primes dépend en outre du mode de subventionnement de chaque canton, ainsi que de la politique tarifaire et de la gestion des coûts des différentes caisses. Avec le nouveau droit, il y aura également des primes différentes selon les caisses.
- La nouvelle loi met plus fortement à contribution les assurés aisés, mais leur offre aussi des possibilités d'économie. L'assurance de base garantira en effet à l'avenir une couverture complète et un niveau de qualité élevé. Les assurances complémentaires ne seront nécessaires que pour répondre à des exigences particulières des assurés. En plus des nouveautés qui toucheront les assurés dès l'entrée en vigueur de la nouvelle loi (extension des prestations, participation aux coûts, réductions de primes), les nouveaux instruments offerts aux assureurs, aux fournisseurs de

prestations et aux cantons pour maîtriser les coûts devraient avoir des effets à moyen terme déjà. Il faudra bien sûr un certain temps pour que les efforts en ce domaine se répercutent sur le niveau des primes d'assurance. Entre 1985 et 1992, l'augmentation des coûts de l'assurance de base a été en moyenne de 7 pour cent, soit largement au-dessus de l'augmentation générale des salaires (voir question 1.1). L'évolution démographique et les progrès de la médecine entraîneront aussi à l'avenir une augmentation des coûts de l'assurance-maladie plus forte que celle des salaires. Pourtant, à terme, les nouveaux instruments mis en place pour maîtriser les coûts, en particulier la plus forte concurrence entre les caisses-maladie et entre les fournisseurs de prestations **permettront de mieux de maîtriser les coûts qu'on ne peut le faire avec l'ancienne loi.**

Répercussions de la réduction individuelle des primes:

- La nouvelle loi maintient le système des primes individuelles. Il est prévu une compensation de caractère social, pour aider les assurés les moins favorisés économiquement à payer les primes. C'est la première fois que l'on introduit dans l'assurance-maladie l'idée de subventionner les primes en fonction des besoins des assurés. La nouvelle loi permet ainsi en particulier d'alléger la charge financière que constitue le paiement des primes pour les familles.
- Le message du Conseil fédéral sur la révision de la loi sur l'assurance-maladie du 6 novembre 1991 a proposé un système de réduction individuelle des primes fondé sur le **principe de la limite de subventionnement**: selon ce modèle, la charge financière des primes ne peut dépasser un certain pourcentage du revenu (fixé à 8 pour cent dans le message). Les montants excédentaires devaient être pris en charge par les pouvoirs publics.
- Selon la version définitive de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie, les cantons doivent accorder des réductions de primes aux assurés de condition économique modeste. Aucune procédure particulière d'application ne leur est imposée.

3.5. Où la Confédération prendra-t-elle l'argent pour augmenter les subsides destinés à l'assurance-maladie? Est-ce le contribuable qui passera une nouvelle fois à la caisse?

Catégories ciblées: assurés

Disposition LAMal touchée: art. 106 al. 1

Les subventions étant mieux ciblées et conçues pour répondre mieux aux besoins, la caisse fédérale n'aura pas à supporter des charges supplémentaires importantes.

- Les subsides versés par la Confédération se chiffreront à près de 2 milliards de francs par an, soit une augmentation de 600 millions de francs par année, par rapport à l'ancienne loi. La Confédération verse déjà chaque année 1,3 milliard de francs aux caisses-maladie et 100 millions de francs aux cantons dans le cadre des arrêtés urgents, pour assurer une réduction individuelle des primes. La majeure partie de ces subsides, la plupart des subventions cantonales et fédérales, profitait donc à tous les assurés quelle que soit leur situation financière, au rentier AI comme au président directeur général.
- L'essentiel des dépenses supplémentaires pourra être financé par la part de la TVA liée à des objectifs précis: la Constitution fédérale prévoit en effet que 5% du produit de la TVA doit être affecté à la réduction individuelle des primes d'assurance-maladie. Selon des estimations prudentes, ceci devrait correspondre à un montant d'environ 500 millions de francs par année.
- Aux 2 milliards de francs fournis par la Confédération devra s'ajouter un milliard de francs versé par l'ensemble des cantons qui, avec les communes, paient aujourd'hui déjà près de 600 millions de francs, dont la moitié environ au titre de subventions générales et l'autre au titre de la réduction individuelle des cotisations.

3.6. Parmi les assurés, qui gagne et qui perd avec la nouvelle loi?

Catégorie ciblée: assurés

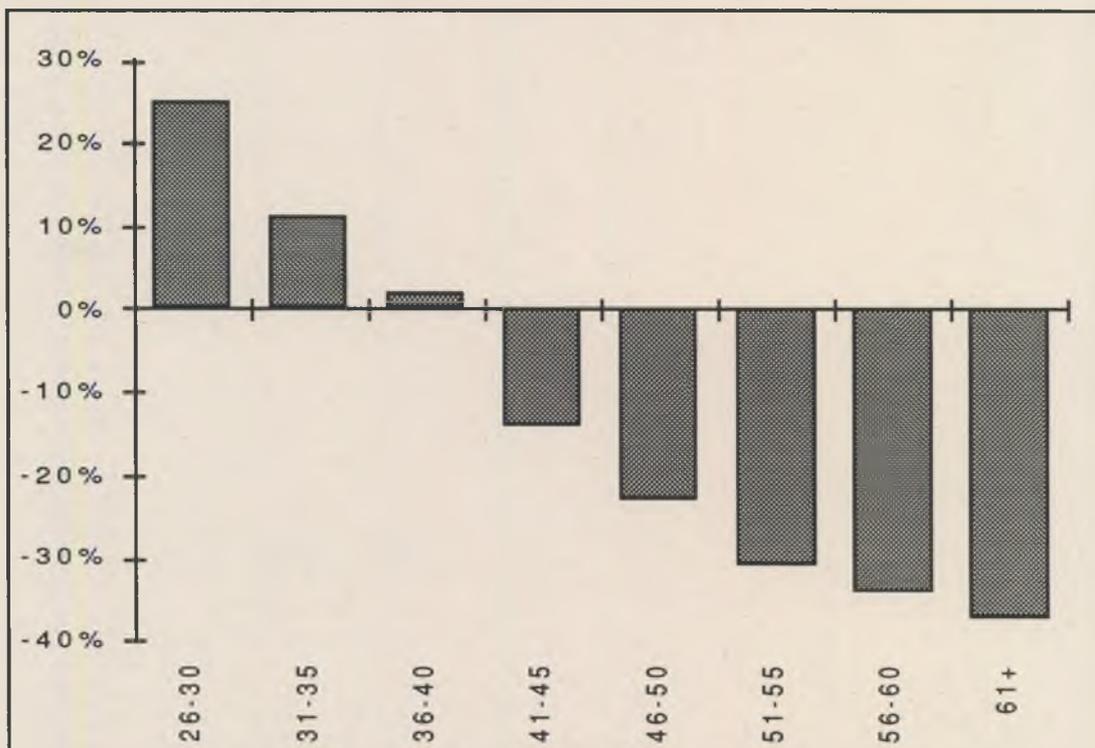
La nouvelle loi présente des avantages pour tous les assurés, mais surtout pour les "perdants" de l'ancienne loi, à savoir les familles, les malades et les personnes âgées.

- Il est difficile de dire qui profite et qui perd avec l'introduction de la nouvelle loi, du fait que cela dépend largement des prestations de la caisse de chaque assuré. On peut toutefois dégager les tendances suivantes:

Mesure	Gagnants	Perdants
Libre passage intégral	Assurés plus âgés Malades	Aucun
Suppression de la prime selon l'âge d'entrée	Assurés dans des groupes d'âge d'entrée plus élevés, assurés dont les caisses ont fusionné	Assurés dans les groupes d'âge d'entrée les plus bas
Réduction individuelle des primes	Ménages avec enfants, ménages économiquement faibles	Ménages de deux personnes à revenu élevé
Prime unique	Femmes / assurés plus âgés	Aucun
Suppression de l'assurance collective	Assurés individuels	Membres des assurances collectives

- **Les membres des caisses dont l'âge d'entrée des assurés est élevé profiteront** massivement de la prime unique (cf figure ci-dessous). Elle profitera en particulier aux assurés qui ont été intégrés dans un groupe d'âge d'entrée plus élevé à la suite d'une fusion ou du passage de l'assurance collective à l'assurance individuelle. Le libre passage intégral permettra également aux membres de ces caisses de rejoindre des caisses plus avantageuses. Il est pratiquement impossible aujourd'hui à une personne de plus de 50 ans de changer de caisse.

Modification de la prime selon l'âge d'entrée (en %)



- Une réduction de prime individuelle, en fonction des besoins (suppression des subventions aux caisses-maladie selon le principe de l'arrosoir), accordée directement aux assurés, profitera avant tout aux **ménages économiquement faibles ainsi qu'aux familles avec enfants dont les primes diminueront.**

-
- Les assurés collectifs seront perdants dans la mesure où ils n'ont que peu contribué à la solidarité et payaient jusqu'à présent des primes en moyenne plus avantageuses de 20 pour cent. Une structure de risques avantageuse dans l'assurance collective pouvait expliquer cette différence (beaucoup d'hommes jeunes et actifs). **Les assurés sous contrat collectif subissent toutefois aujourd'hui déjà des inconvénients, lors du passage de l'assurance collective à l'assurance individuelle (p.ex. lors d'un changement d'employeur ou en cas de chômage).**
 - Les membres des "caisses bon marché" seront plutôt "perdants", alors que ceux des caisses de familles y gagneront. Les différences de primes entre caisses sont atténuées par la compensation des risques.

3.7. Quelle est la situation des femmes?

Catégories ciblées: femmes

Dispositions LAMal touchées: art. 7; art. 12 al. 2 et 3; art. 29; art. 61

Comme tous les autres assurés, les femmes profitent de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie.

- La révision profite à l'ensemble de la population, car l'assurance-maladie reposera sur des bases plus saines et plus justes.
L'assurance sociale obligatoire fournit à tous une bonne assurance de base, qui couvre aussi des mesures de prévention. Elle inclut des prestations de maternité et accorde un plus grand nombre d'examens de contrôle en cours de grossesse.
- Ces prestations nouvelles ne sont pas à la charge des seules femmes, **le principe de l'égalité des primes entre hommes et femmes est ancré dans la nouvelle loi**. Cette égalité n'est imposée aux caisses que depuis l'entrée en vigueur des arrêtés urgents de 1993.
Le principe de l'égalité des primes **favorise les femmes**; car s'il n'existait pas, les techniques de calcul des assurances leur imposeraient des primes plus élevées que celles des hommes.

3.8. Qu'apporte la nouvelle loi aux personnes âgées et aux malades?

Catégorie ciblée: assurés âgés

La nouvelle loi améliore surtout les conditions des assurés âgés et malades.

- **Personnes âgées:**

L'introduction de la *prime unique par caisse* et la suppression des primes échelonnées selon l'âge d'entrée dans la caisse-maladie les favorisera. On peut même s'attendre à une réduction des primes des personnes âgées qui avaient été mises dans des classes d'âge supérieures lors de la dissolution de leur caisse-maladie ou qui sont affiliées à des caisses dont les membres sont en majorité âgés. Elles bénéficieront, une bonne partie d'entre elles du moins, des *réductions individuelles de primes* accordées en fonction de la situation économique. L'extension du catalogue des prestations profitera avant tout aux assurés âgés (suppression de la limitation dans le temps de la couverture des frais d'hospitalisation, suppression des réserves, couverture des soins à domicile, etc.).

- **Les malades:**

La principale innovation favorable aux personnes malades, en plus des nouvelles prestations couvertes, est l'*obligation d'assurance* qui permet le libre passage intégral d'un assureur à l'autre. Les personnes malades pourront ainsi changer de caisse sans risquer de se voir imposer des réserves.

3.9. Pourquoi n'est-il pas réaliste de prévoir l'échelonnement des primes en fonction de l'âge, comme le propose la caisse-maladie "Artisana"?

Catégories ciblées: personnes âgées, jeunes

Le risque d'être malade qui augmente avec l'âge concerne tous les assurés.

- Augmenter les primes de 50 pour cent pour tous les assurés dès 56 ans, comme le prévoyait l'Artisana dans sa proposition de 1991 (25 pour cent, "seulement", dans sa dernière proposition) est injuste. Cela impliquerait des contributions à la réduction individuelle des primes plus importantes pour les assurés plus âgés, en particulier pour les rentiers.
- Il existe différentes possibilités d'échelonner les primes entre les deux variantes que sont la "prime unique pour tous" et la "prime fixée en fonction du risque". La nouvelle loi prévoit une prime unique afin de garantir la solidarité entre les assurés. La prime unique peut toutefois varier selon le canton et la région. La proposition de l'Artisana prévoit un échelonnement selon 4 groupes d'âge avec des fourchettes de 25 pour cent. La définition de ces groupes d'âge ne va toutefois pas sans poser certains problèmes: le risque de maladie est certainement plus élevé quand on vieillit, mais le risque de devenir vieux est le même pour tous. Cet effort de solidarité demandé aux jeunes à l'égard des plus âgés, ils en profiteront également quand ils seront vieux. Les jeunes qui ne sont pas en mesure de fournir cet effort de solidarité, pour qui la prime unique est trop élevée en fonction de leur revenu, en seront déchargés par les réductions individuelles de primes qui leur seront accordées dans le cadre de la nouvelle loi.
- L'Artisana elle-même ne parle d'ailleurs pas de primes définies en fonction des risques mais d'un échelonnement des primes selon l'âge. **Une prime tenant compte des risques signifierait qu'une personne âgée de 75 ans devrait payer une prime environ cinq fois plus élevée qu'une personne de 25 ans.**

3.10. Quelle est la situation des jeunes et des bien-portants? Devront-ils payer pour que les vieillards (même les plus riches) puissent vivre sans soucis financiers?

Catégorie ciblée: jeunes

Les jeunes, qui paient aujourd'hui plus qu'ils ne coûtent bénéficieront, dans leurs vieux jours, de primes inférieures aux frais engendrés par leur âge.

- Le risque de maladie augmente avec l'âge et les coûts de la maladie progressent fortement avec le vieillissement. En 1996, il faudra compter en moyenne sur une dépense d'environ Fr. 900 pour un assuré de 20 ans, de Fr. 2'500 pour un assuré de 60 ans et de Fr. 5'000 pour un assuré de 80 ans. On peut toutefois tomber gravement malade à 20 ans et être en pleine forme à 80. L'assurance-maladie couvre un risque qui existe à tous les âges de la vie. Ce sont finalement toujours les primes des bien-portants qui paient les coûts de la maladie.
- La nouvelle loi prévoit donc qu'il n'est plus possible d'échelonner les primes dès l'âge de 25 ans, au plus tard. La solidarité existe ainsi non seulement entre les personnes en bonne santé et les malades mais également entre les jeunes et les vieux.
- Il serait naturellement possible d'échelonner les primes en fonction des coûts et de l'âge, c'est-à-dire d'introduire des primes définies en fonction des risques. Lorsque l'on connaît la progression des coûts de la maladie avec l'âge des assurés, on peut imaginer ce que serait le niveau de leurs primes. Il est non seulement dans l'intérêt des personnes âgées de renoncer à ce système, mais également des jeunes, indépendamment du fait qu'ils seront vieux à leur tour un jour. Il serait en effet toujours plus difficile à un nombre toujours plus grand de personnes âgées de s'acquitter de ces primes et l'Etat devrait intervenir, par exemple en augmentant l'AVS, les prestations complémentaires et l'aide sociale. Qui paierait ces charges supplémentaires? Forcément les personnes actives, donc les jeunes. La prime unique résoud le problème de façon bien plus satisfaisante.

- Bien sûr, il est réjouissant pour un jeune de payer des primes d'assurance moins importantes et il pourrait être tenté de donner la préférence à un système où le montant de la prime est lié au risque encouru. En fait, c'est oublier qu'un jour, il devra à son tour compter sur la solidarité des plus jeunes. S'il est prudent, il prendra de toutes façons les précautions nécessaires pour pouvoir supporter les primes importantes qui l'attendent dans sa vieillesse. Et ces précautions ne seront autres que les mesures que la nouvelle loi prévoit pour tous. A savoir payer plus quand le risque est moindre, pour payer moins quand il sera important.
- La prime unique quel que soit l'âge est donc également dans l'intérêt des jeunes. Elle leur donne la garantie que leur prime n'augmentera pas de manière insupportable avec l'âge. Cette vision à long terme est indispensable pour apprécier la portée de la nouvelle loi. Il serait absurde de la rejeter pour la simple raison qu'on appartient aujourd'hui à la catégorie des gens qu'elle sollicite plus. Cette situation ne dure pas et un jour, on se retrouve dans la catégorie des bénéficiaires, que ce soit que l'âge vienne ou que l'on tombe malade.

3.11. Est-il exact que les primes vont augmenter massivement - jusqu'à 80 pour cent - pour les assurés des contrats collectifs ?

Catégories ciblées: assurés collectifs, femmes

Les assurances collectives resteront possibles et financièrement supportables. Mais elles ne pourront plus réserver des primes avantageuses aux "bons risques".

- Les primes des assurés collectifs sont actuellement en moyenne de 20 pour cent environ plus avantageuses que celles de l'assurance individuelle. On ne saurait exclure la possibilité d'une augmentation de primes pouvant aller jusqu'à 80 pour cent dans de très rares cas. Ces pourcentages ne mettent pas en évidence le fait que les primes collectives sont aujourd'hui très basses en chiffre absolu. En 1992, la prime collective s'élevait en moyenne à 80 francs, mais il faut relever que ce bas niveau de cotisation a provoqué des déficits dans plusieurs caisses-maladie.
- Les faveurs accordées actuellement aux assurés des contrats collectifs ne sont pas justifiées, dans la mesure où **les assurances collectives sont réservées à des groupes de personnes bien définis**. Les assurés jeunes peuvent y adhérer, alors que les personnes âgées doivent rester assurées individuellement.
- Il faut savoir aussi qu'aujourd'hui déjà l'assurance collective n'a pas que des avantages: le passage de l'assurance collective à l'assurance individuelle qui peut se produire lors de changement d'employeur ou de chômage présente souvent des inconvénients.
- Comme tout le monde, l'assuré sous contrat collectif peut, avec la nouvelle loi, bénéficier de la réduction individuelle de primes, s'il satisfait aux conditions de revenu et de fortune qui seront fixées par son canton de domicile.

3.12. La nouvelle loi est-elle moins avantageuse pour les habitants des montagnes? Le subside aux montagnards est apparemment supprimé.

Catégorie ciblée: population de montagne

Les réductions individuelles de primes prévues par la nouvelle loi compensent la suppression du subside accordé aux populations de montagne.

- La nouvelle loi modifie profondément le subventionnement de l'assurance-maladie.
- Elle met fin au système tant critiqué dit "**de l'arrosoir**" et aux subventions versées directement aux caisses-maladie, qui, étant donné le caractère non obligatoire de l'assurance-maladie, garantissaient la solidarité entre malades et bien-portants.
- L'**obligation d'assurance** permet de cibler le subventionnement en octroyant des réductions individuelles de primes aux assurés de condition financière modeste. Ces subventions seront versées par les cantons et financées conjointement par eux et par la Confédération (environ 3 milliards de francs par année). Les subventions fédérales versées aux caisses, parmi lesquelles figure le subside de montagne, seront supprimées.
- Il ne faut pas surestimer l'importance de l'actuel subside supplémentaire de montagne. Il représente, dans les régions de montagne, un allègement d'environ 2 francs par assuré et par mois! (22 millions de francs au total).

4. Prestations

4.1. Dans la nouvelle loi, le catalogue des prestations couvertes par l'assurance de base est plus étendu que dans l'ancienne, ce qui ne pourra qu'augmenter les coûts. N'est-ce pas contraire à l'objectif de la loi de maîtriser les coûts de la santé?

Catégories ciblées: personnes âgées, fournisseurs de prestations, hôpitaux, caisses-maladies

Dispositions LAMal touchées: art. 24-31

L'extension du catalogue des prestations prévue dans la nouvelle loi comble uniquement des lacunes difficilement admissibles du point de vue de la politique sociale.

- On entend et lit régulièrement que la nouvelle loi prévoit le remboursement de nouvelles prestations, soit une extension du catalogue des prestations couvertes. Il serait plus exact de dire que certaines **lacunes** actuelles de l'assurance de base seront **comblées**. Ces nouveautés visent deux objectifs:
 - L'assurance-maladie obligatoire permet à tous d'accéder à une gamme complète de soins médicaux modernes (**évite une médecine à deux ou plusieurs vitesses**);
 - Tous les assureurs sont tenus d'offrir le même catalogue de prestations; les assurés peuvent ainsi mieux comparer leurs performances en matière de rapport prix/prestations. Grâce au libre passage intégral, ils peuvent choisir l'assureur qui offre les primes les plus avantageuses. La pression concurrentielle favorise la maîtrise des coûts.

- Avec ce complément du catalogue des prestations, l'assurance-maladie obligatoire couvrira les besoins essentiels de l'ensemble de la population. Des lacunes socialement inadmissibles seront comblées. On peut mentionner plus particulièrement les améliorations suivantes:
 - Plus de réserves d'assurance à l'entrée dans une caisse-maladie ou lors d'un changement de caisse;
 - Plus de limite à la durée des traitements hospitaliers;
 - Couverture des frais de séjour dans un home médicalisé, des traitements semi-ambulatoires et des soins à domicile;

- Couverture de certains traitements dentaires en cas de maladies graves;
 - Couverture de certaines prestations médicales préventives.
- On ne peut pas parler ici d'augmentation des coûts de la santé, car ces prestations existent déjà et sont à la charge soit:
 - des assurances complémentaires (p.ex. pour les coûts médico-dentaires),
 - des patients eux-mêmes (p.ex. soins à domicile)
 - des pouvoirs publics (p.ex. durée de traitement illimitée à l'hôpital).

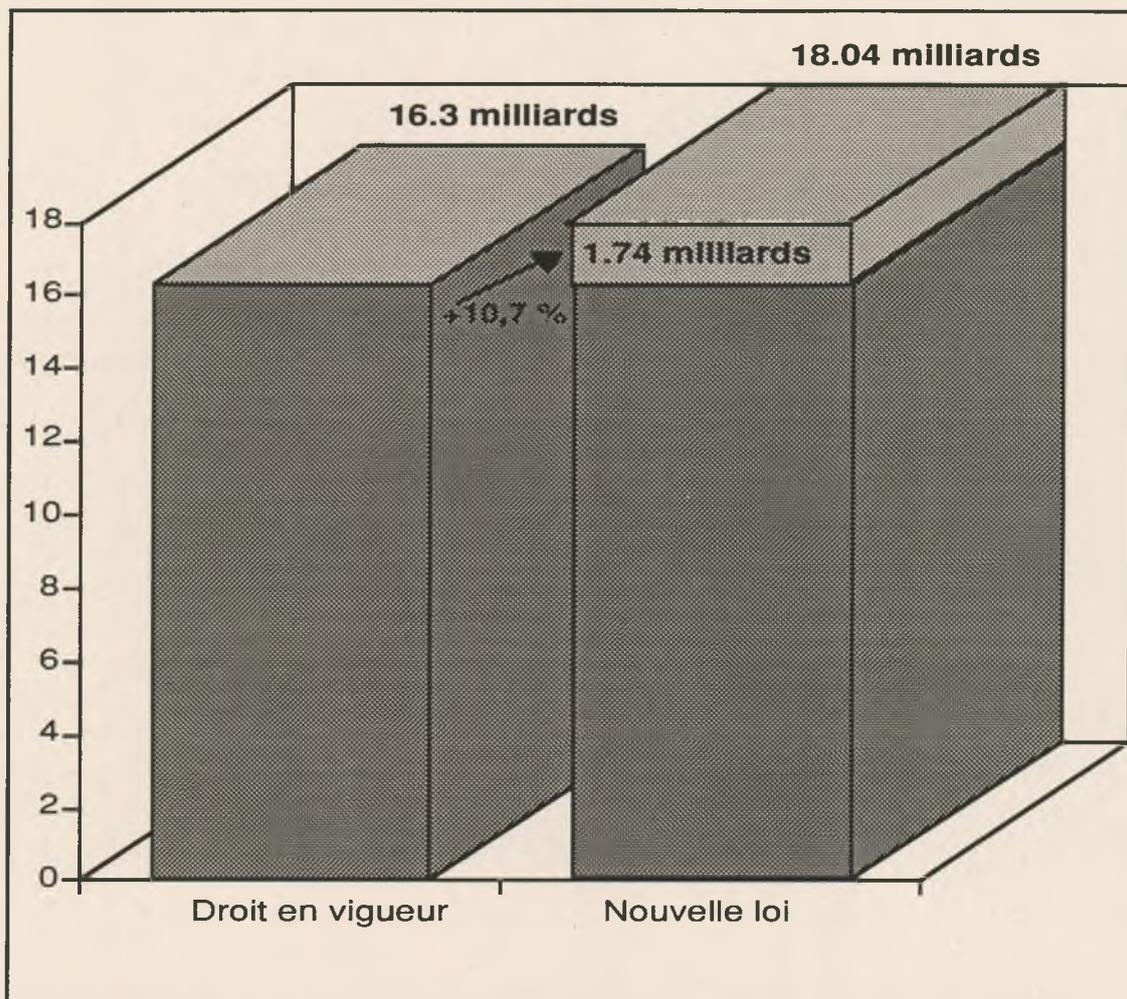
La couverture de ces coûts par l'assurance-maladie de base ne sera pas totalement financée par les primes. En 1996, l'augmentation due à ces frais supplémentaires sera de 10.7 pour cent ou 1.74 milliards de francs. Des réductions individuelles de primes seront accordées par les pouvoirs publics et une participation de l'assuré sera demandée également en cas d'hospitalisation.

- Il ne s'agit là que d'une partie des répercussions de l'extension du catalogue des prestations. Le fait de combler ces lacunes dans le cadre de l'assurance de base contribue aussi à maîtriser les coûts.

1er exemple: La couverture des traitements semi-ambulatoires, à domicile et dans les homes médicalisés, ainsi que la participation de l'assuré aux frais du séjour hospitalier, diminueront le taux d'occupation des hôpitaux de soins aigus. Il sera alors possible de réaliser des économies en supprimant des lits de soins aigus.

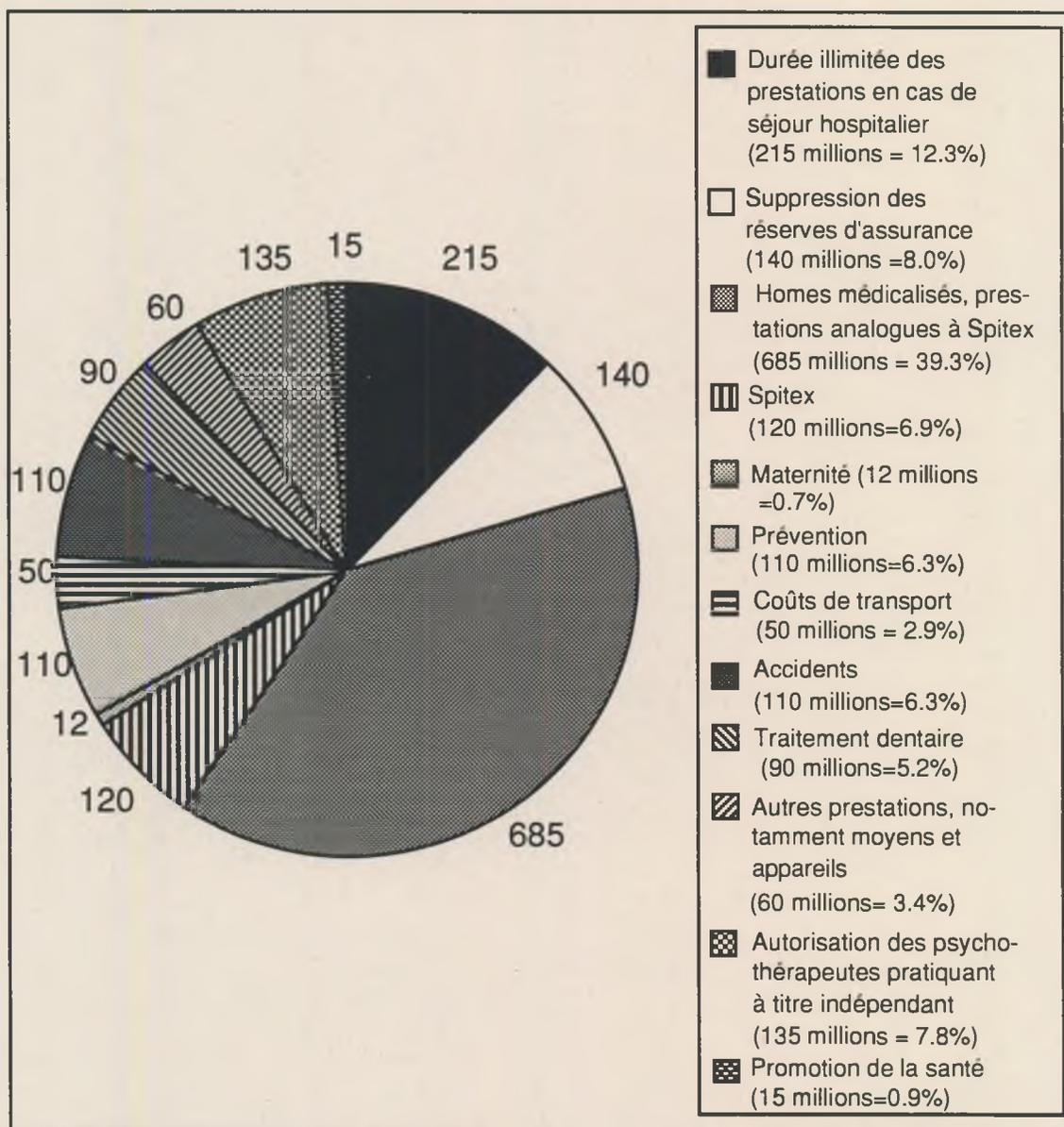
2ème exemple: La prévention contribue à éviter la maladie ou à rendre le traitement plus efficace. Elle évite ou réduit les frais de traitement.

- Un catalogue des prestations exhaustif a en outre l'avantage que, dans l'assurance de base, tous les assureurs doivent couvrir les mêmes prestations. Il est alors possible de réellement comparer les primes. Le libre passage intégral permet aux assurés de choisir l'assureur qui offre les mêmes prestations au meilleur compte. On augmente ainsi la pression de la concurrence et favorise la maîtrise des coûts.

Dépenses couvertes par l'assurance-maladie de base (assurance de base 1996; en francs)

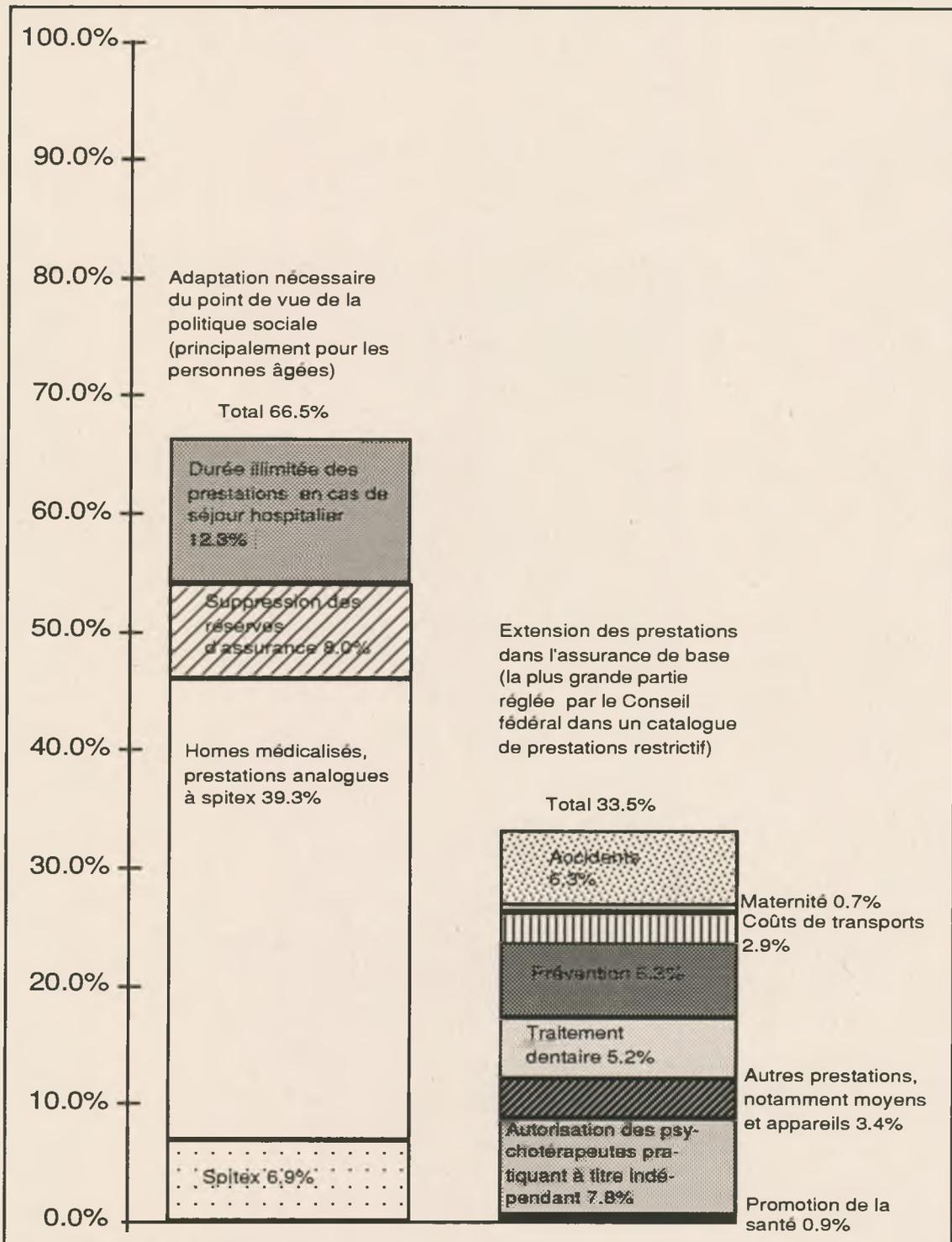
La nouvelle loi prévoit la couverture de prestations supplémentaires dans l'**assurance de base**. Pour 1996, les dépenses dues à cette extension des prestations sont évaluées à 1.74 milliard de francs, ce qui explique une partie de l'augmentation des primes de l'assurance de base. Il s'agit avant tout de prestations destinées aux personnes âgées, dont la couverture s'inscrit dans notre politique sociale. Ces prestations sont aujourd'hui déjà très souvent prises en charge par les assurances complémentaires. L'extension du catalogue des prestations de l'assurance-maladie de base touche avant tout des prestations inévitables. C'est le cas du remboursement des frais d'hospitalisation sans limitation de durée ou des soins à domicile.

Répartition des dépenses supplémentaires de 1.74 milliards de francs selon la nouvelle loi (en millions de Fr.)*



Extrapolation des valeurs calculées dans le message. Prise en compte d'une augmentation des coûts de 7 pour cent dans l'assurance de base = évolution moyenne dans les années 1985 - 1992 (selon la statistique sur l'assurance-maladie, OFAS, Berne 1993, p. 8)

Nouveautés dans l'assurance de base



4.2. La nouvelle loi exclut de l'assurance de base les prestations de la médecine complémentaire, comme l'acupuncture, l'homéopathie etc. sous prétexte que l'assurance-maladie ne peut pas tout couvrir. Ces traitements ne sont-ils pas bien plus avantageux que la médecine traditionnelle?

Catégories ciblées: assurés, fournisseurs de prestations
Dispositions LAMal touchées: art. 32, 33

La nouvelle loi autorise expressément la médecine complémentaire dans la mesure où son efficacité est avérée.

- La nouvelle loi n'exclut pas la médecine dite "complémentaire" des prestations couvertes par l'assurance-maladie. Elle la traite de la même façon que la médecine traditionnelle et les **conditions** qu'elle lui impose sont tout à fait **loyales**. Contrairement au droit en vigueur, il n'est plus exigé qu'une méthode de traitement soit scientifique, c'est-à-dire reconnue par la médecine traditionnelle pour être remboursée. Les prestations de la médecine traditionnelle ou de la médecine complémentaire sont prises en charge par les caisses lorsqu'elles sont efficaces, appropriées et économiques. Dans la mesure où il y a doute quant à l'efficacité, celle-ci devra alors être prouvée scientifiquement. Scientifiquement signifie objectivement et sérieusement et ne revient pas à dire que seules des méthodes de médecine traditionnelle seront prises en compte. Il suffit que l'efficacité soit prouvée empiriquement et statistiquement. Il faut démontrer qu'il y a un résultat, sans qu'il soit nécessaire d'expliquer pourquoi. Ainsi, l'acupuncture devrait être couverte, de même que l'homéopathie et la médecine anthroposophique, dans la mesure où leur efficacité est prouvée. Cela ressort nettement des débats parlementaires. L'ordonnance d'application devra s'y tenir, lorsqu'il faudra décider des modalités de remboursement de prestations contestées.

-
- Une autre question est de savoir qui peut fournir des prestations couvertes obligatoirement par l'assurance de base. Comme l'ancienne, la nouvelle loi prévoit que seuls les médecins titulaires d'un **diplôme fédéral** sont autorisés à pratiquer. Une telle disposition est indispensable à la protection des malades. Les prestations fournies par des personnes ne répondant pas à cette exigence ne sont donc pas couvertes par l'assurance-maladie de base.

4.3. La nouvelle loi introduit la couverture illimitée des frais de séjour hospitalier et la prise en charge des soins à domicile. Qu'est-ce que cela apporte aux assurés, à l'assurance-maladie et à tous les partenaires concernés? La Suisse a-t-elle besoin d'une assurance de prise en charge pour les personnes qui ne peuvent plus s'assumer seules?

Catégories ciblées: personnes âgées, familles, hôpitaux, fournisseurs de prestations

Dispositions LAMal touchées: art. 29, 39, 49, 50

La Suisse n'a pas besoin d'une "assurance de prise en charge", les frais d'encadrement des malades et personnes âgées étant couverts par les différentes assurances sociales et pas uniquement par l'assurance-maladie.

- En ce qui concerne l'assurance-maladie, la nouvelle loi améliore la situation des personnes nécessitant des soins hospitaliers et des malades chroniques. Elle prévoit un éventail complet de catégories de traitements qui peuvent se compléter ou se relayer. Ils répondent aux besoins des assurés. La loi veille aussi à une utilisation optimale des institutions et prestataires de services existants. On citera en particulier:
 - le traitement des maladies aiguës dans les hôpitaux;
 - la réadaptation médicale dans des cliniques appropriées;
 - les soins et l'assistance médicale ainsi que la réadaptation de malades chroniques dans des homes médicalisés;
 - le traitement, les soins ou l'assistance dans des cliniques de jour ou de nuit;
 - les soins médicaux à domicile.
- Aucune limitation dans le temps n'est fixée à ces prestations. La nécessité médicale est déterminante dans tous les cas. Les frais de séjour hospitalier d'un malade dont l'état justifierait un transfert dans un home médicalisé seront remboursés au tarif du home médicalisé.

-
- La gamme plus détaillée des catégories de traitements définie dans la nouvelle loi répond beaucoup mieux aux conditions pratiques que l'ancien droit, qui distinguait uniquement entre traitement ambulatoire et séjour hospitalier et limitait la couverture des frais d'hospitalisation à 720 jours, sur une période de 900 jours consécutifs.
 - En Suisse, les coûts de la prise en charge des malades chroniques ne sont pas supportés par une seule branche des assurances sociales. Selon la nouvelle loi, l'assurance-maladie doit en principe couvrir les soins prodigués dans les homes médicalisés ou à domicile. La nouvelle loi comble ici les lacunes du droit en vigueur. Le cas échéant, on peut aussi recourir aux prestations d'invalidité de l'AVS/AI. Pour les frais de séjour et de pension, on utilise les revenus personnels des patients, soit les rentes de l'AVS/AI, y compris les prestations complémentaires, ainsi que les éventuelles prestations du deuxième pilier. Il ne faut pas oublier de mentionner non plus les éventuelles contributions de la Confédération, des cantons, des communes et des fondations privées aux établissements pour personnes âgées et aux malades, ainsi qu'aux organisations de soins à domicile.

4.4. Que vont coûter les activités de prévention et de promotion de la santé prévues dans la nouvelle loi? N'est-ce pas ouvrir un puits sans fond?

Catégories ciblées: jeunes, femmes, caisses, cantons

Dispositions LAMal touchées: art. 19ss., 26

Des mesures de prévention ciblées, telles que prévues dans la nouvelle loi sont efficaces sans être très coûteuses.

- Des prestations de prévention sont déjà couvertes actuellement par certaines caisses. Les **mesures individuelles de prévention** (par exemple l'examen de la prostate chez les hommes de plus de 50 ans) et la **promotion de la santé en général** (p.ex. campagne anti-tabac, campagnes de santé publique) ont pour objectif d'éviter les maladies ou de les dépister à un stade précoce. On évite ainsi de longs traitements, ce qui contribue également à diminuer les coûts. La couverture des mesures de prévention répertoriées dans un catalogue de prestations approuvé par le Conseil fédéral n'est pas un "gouffre à millions". Elle s'inscrit au contraire dans la ligne des efforts faits pour maîtriser les coûts de la santé. Par rapport à ces coûts de la santé, les dépenses de prévention sont minimes.
- La nouvelle loi permet également de soutenir des mesures de promotion de la santé. Comme c'est le cas depuis de nombreuses années pour l'assurance-accidents (prévention des accidents), une institution mandatée par les caisses et les cantons doit proposer, coordonner et évaluer des mesures en matière de promotion de la santé. La contribution des assurés à cette institution est fixée par le Conseil fédéral. Elle est soumise à la surveillance de l'Office fédéral des assurances sociales. Un contrôle est ainsi garanti. On ne peut donc vraiment pas parier ici d'un puits sans fond.

Coûts supplémentaires pour la prévention et pour la promotion de la santé (1996)

	Coûts supplémentaires (en millions de Fr.)	En pour-cent des coûts globaux de l'assurance de base
Prévention	110	0,6
Promotion de la santé	15	0,1

- 4.5. Les caisses-maladie font, aujourd'hui déjà, de la prévention en offrant des prestations spéciales, telles que gymnastique du dos, conseils en nutrition, cours antistress etc. Certaines caisses-maladie offrent même des réductions dans des centres de "fitness". Avec la nouvelle loi, jusqu'où pourront-elles aller en matière de prévention et de promotion de la santé?

Catégories ciblées: assurés, caisses, fournisseurs de prestations

Dispositions LAMal touchées: art. 19ss., 26

A l'avenir également, les loisirs sportifs ne pourront pas être payés par l'assurance-maladie sociale.

- Une participation à l'entrée dans un centre de "fitness" n'a certes rien à faire avec l'assurance-maladie obligatoire. Il en va autrement de la gymnastique du dos, des conseils en nutrition et des thérapies de détente. On peut parfaitement envisager une couverture obligatoire de ces prestations. Il faut toutefois que la mesure ait été prescrite par un médecin et exécutée par du personnel paramédical qualifié, autorisé à pratiquer dans le cadre de l'assurance-maladie. L'ordonnance précisera mieux dans quelle mesure la prévention médicale fait partie des prestations couvertes obligatoirement par l'assurance-maladie. On peut toutefois déjà admettre que les examens pédiatriques de dépistage et de contrôle reconnus pour les nouveaux-nés, les enfants et les jeunes, certains examens de dépistage du cancer chez les adultes, ainsi qu'un examen de médecine interne général (check-up) chez les adultes de 40 à 50 ans figureront dans ce catalogue.

4.6. De nombreux médecins tirent aujourd'hui un revenu supplémentaire non négligeable de la vente de médicaments. La nouvelle loi y mettra-t-elle fin?

*Catégories ciblées: fournisseurs de prestations, assurés
Disposition LAMal touchée: art. 37 al. 3*

Selon la nouvelle loi, la vente de médicaments par les médecins dépend de l'accès des patients à une pharmacie

- Les conditions de la vente directe de médicaments par les médecins ne seront pas réglées au niveau fédéral.
Ce sont **les cantons qui gardent** cette compétence.
- Une restriction figure cependant dans la nouvelle loi et montre la voie aux législations cantonales, voie d'ailleurs déjà empruntée par les plus récentes.
Afin de préserver les avantages que procure aux malades, en particulier aux personnes âgées ou handicapées, la vente directe des médicaments par les médecins, un critère a été introduit dans la loi fédérale: **l'accès des malades à une pharmacie.**
Les cantons devront tenir compte de ce critère restrictif lorsqu'ils régleront en la matière et les assurés-électeurs pourront vérifier si la législation cantonale est conforme à cette obligation.

5. Assureurs

5.1. La nouvelle loi favorise-t-elle une médecine à deux vitesses en ne laissant qu'à un petit nombre de privilégiés la possibilité de payer une assurance complémentaire? Et que pourront offrir les assurances complémentaires?

Catégories ciblées: assurés

Dispositions LAMal touchées: art. 24 - 31; art. 12 al. 2 et 3

La nouvelle loi postule une "médecine à une vitesse". Elle garantit à tous une gamme complète de soins de qualité.

- Avec les trois possibilités d'assurance de l'**ancienne loi** (division commune, demi-privée et privée), nous pourrions parler aujourd'hui de **médecine à trois vitesses**. La qualité des soins médicaux est cependant déjà la même dans les trois classes. L'objectif de la **nouvelle loi** est de compléter la gamme de soins et de garantir ainsi une **médecine à une vitesse**, les assurances complémentaires se bornant à satisfaire des exigences particulières en matière, par exemple, de confort hôtelier, de soins dentaires ou de frais d'opticien.
- C'est donc précisément un des avantages de la nouvelle loi d'offrir à tous, à des conditions financièrement supportables, une gamme de soins complète, moderne et de haute qualité. L'élargissement du catalogue des prestations complète l'offre dans le secteur ambulatoire, semi-ambulatoire et hospitalier. Il couvre également la réadaptation et la prévention, dans la mesure où son efficacité est prouvée. L'obligation d'assurance et l'extension du catalogue des prestations ont précisément pour but d'éviter une médecine à deux vitesses.
- Une fois la nouvelle loi en vigueur, les assurances complémentaires serviront uniquement à couvrir des exigences particulières, notamment les coûts supplémentaires de l'hospitalisation en section demi-privée ou privée, l'intégralité des frais de dentiste, une participation plus grande aux frais de cures balnéaires, de lunettes, etc.

5.2. Les regroupements de caisses-maladie (Swisscare, Swica, Arcovita) n'influenceront-t-il pas bien plus les coûts de la santé que toutes les prescriptions de la nouvelle loi?

Catégories ciblées: assurés, fournisseurs de prestations, assureurs
Dispositions LAMal touchées: art. 46 al. 1-3, art. 61, art. 62

La nouvelle loi ne cherche pas à intervenir sur le marché mais encourage la création de caisses-maladie solides et indépendantes

- Le marché de la santé est aujourd'hui très cartellisé au niveau des fournisseurs de prestations. Le rapport de la Commission des cartels de 1993 l'a clairement démontré. Pour avoir plus de poids dans les négociations tarifaires, les caisses-maladie sont obligées de se regrouper.
- Dans la nouvelle loi, les ententes cartellaires entre les fournisseurs de prestations sont expressément interdites. Le libre passage intégral des assurés permet en outre une véritable concurrence entre les caisses-maladie. Avec le nouveau droit, la nécessité de constituer des "méga caisses" ne sera ainsi plus aussi forte qu'aujourd'hui. La concurrence exercera une pression sur les coûts, une concurrence qui stimulera également les innovations (conventions tarifaires particulières, nouveaux modèles d'assurances alternatives).
- Actuellement, ce qu'il est convenu d'appeler "méga caisses" n'est pas le produit d'une fusion, mais d'un accord de collaboration passé entre plusieurs caisses-maladie qui demeurent formellement autonomes. Sous le droit en vigueur, la fusion de caisses-maladie pénalise les assurés âgés. En cas de fusions, l'ancienne loi autorise notamment des augmentations de primes aux assurés âgés, qui peuvent aller jusqu'à 100 pour cent. Dans les fusions de ces dernières années, les assurés de 56 ans et plus ont été touchés par ces augmentations de primes.

- La nouvelle loi élimine le risque de voir sa prime augmenter en cas de fusion. Les caisses doivent en effet appliquer une prime unique à tous les assurés, dès l'âge de 25 ans. Seules sont encore possibles les différences de primes entre les cantons et entre les caisses.

A propos du phénomène de concentration parmi les caisses reconnues

Année	Nombre de caisses reconnues
1930	1148
1940	1147
1950	1154
1960	1088
1970	815
1980	555
1985	449
1990	246
1991	228
1992	213

Données des plus grandes caisses

Caisses	Compen- sation des risques en millions de fr.	Recettes totales en millions de fr.		Modi- fication en %	Résultat en millions de fr.		Assurés en 1000		Modif. en %
		1992	1993		1992	1993	1992	1993	
Swisscare total	42.8	4578.2	5250.1	14.7	-138.8	299.1	2401	2351	-2.1
-Helvetia	39.5	2807.6	3288.0	17.1	-127.5	240.6	1407	1356	-3.6
-Konkordia	-1.4	927.3	1007.6	8.7	1.7	27.4	525	526	0.2
-KFW	4.7	843.3	954.5	13.2	-13.0	31.1	469	469	0.0
Arcovita total	103.2	4528.7	4925.1	8.8	-53.0	223.5	2275	2209	-2.9
-CSS	25.5	2022.9	2224.1	9.9	-6.8	92.6	1044	1020	-2.3
-Grütli	37.0	1176.6	1251.0	6.3	-29.5	61.2	585	561	-4.1
-KKB	10.0	833.2	926.5	11.2	-9.3	52.2	426	415	-2.6
-Evidenzia	30.7	496.0	523.5	5.5	-7.4	17.5	220	213	-3.2
Swica total	4.3	940.9	1026.6	9.1	3.4	21.7	570	572	0.4
-Oska	11.3	409.9	445.8	8.8	-1.5	9.5	250	247	-1.2
-SBKK	-7.6	349.0	362.1	3.8	0.6	4.4	227	217	-4.4
-Zoku	0.2	177.6	211.3	19.0	4.1	7.2	90	103	14.4
-Panorama	0.4	4.4	7.4	68.2	0.2	0.6	3	5	66.7
Artisana	-30.0	303.9	532.4	75.2	4.4	42.3	204	323	58.3
KPT	-15.3	453.2	534.4	17.9	8.7	19.2	237	245	3.4
Intras	-53.1	405.9	462.2	13.9	8.5	1.6	260	264	1.5
Sanitas	-44.0	272.0	352.7	29.7	31.0	26.4	182	198	8.8

Source: Comptabilités annuelles 1992/1993

5.3. La compensation des risques est-elle vraiment nécessaire? Qu'apporte-t-elle à l'assuré?

Catégories ciblées: assurés, assureurs

Disposition LAMal touchée: art. 105

La compensation des risques entre les caisses est une mesure transitoire qui garantit aux caisses-maladie des conditions de concurrence loyale dès l'entrée en vigueur de la nouvelle loi.

- Actuellement, les caisses bon marché ont beaucoup de jeunes assurés (bons risques), alors que les caisses "familiales" doivent assumer le poids d'assurés plus âgés et plus coûteux (mauvais risques). Dans la phase initiale d'application de la nouvelle loi, - le législateur a limité la compensation à dix ans - il est judicieux d'établir une compensation entre les caisses, pour que le libre passage profite immédiatement aux assurés. C'est le seul moyen d'assurer des conditions de saine concurrence, puisque le niveau de la prime ne sera plus fonction de la structure des âges, mais des performances de la caisse. Une fois la structure des âges rééquilibrée entre les caisses, la compensation des risques sera supprimée et seules les caisses bien gérées se maintiendront.
- Ci-dessous quelques explications pour mieux comprendre la compensation des risques; le mécanisme et les premières expériences dans le cadre des arrêtés urgents:
 - Son but est de compenser les différences qui existent dans la composition des effectifs des caisses et qui conduisent à des primes très différentes entre celles-ci. Elle tend à créer une solidarité entre les caisses.
 - Fonctionnement: Les caisses qui ont peu de personnes âgées et de femmes doivent verser, par l'intermédiaire d'un office de compensation, une contribution à celles qui en ont plus. Cette contribution permet à la caisse qui la reçoit de diminuer les cotisations de l'ensemble de ses membres. Les caisses qui bénéficient de ces contributions redeviennent ainsi plus compétitives.

L'assurance facultative, l'échelonnement des primes par classe d'âge d'entrée dans la caisse-maladie et les réserves ne permettent actuellement pas la mobilité des assurés. Leurs membres vieillissant, certaines caisses se sont retrouvées avec des structures de risques très lourdes. Grâce à la compensation des risques, ces caisses reçoivent l'apport des bons risques, à savoir des assurés plus jeunes et de sexe masculin.

5.4 . La nouvelle loi permet-elle de contrôler les frais administratifs des caisses-maladie?

Catégories ciblées:

Disposition LAMal touchée: art. 22

En instaurant des conditions de concurrence, la nouvelle loi donne à l'assuré-consommateur le pouvoir de choisir sa caisse-maladie, ce qui ne manquera pas d'avoir des répercussions sur les dépenses d'administration des caisses.

- Il appartient en premier lieu aux assureurs de limiter les frais d'administration. La nouvelle loi leur en donne la responsabilité. L'obligation d'assurance implique une stricte surveillance des abus en ce domaine. Ils se répercutent en effet immédiatement sur le niveau des primes, donc sur les subventions à la réduction individuelle des primes versées par les cantons. Toute augmentation exagérée des frais administratifs augmente la charge des pouvoirs publics.
- La nouvelle loi met les assureurs sous la pression de la concurrence. Ils doivent vendre leur produit. Pour bien vendre il faut informer le public, recourir aux instruments du marketing, faire des relations publiques, de la publicité. Ces activités doivent cependant rester dans des limites raisonnables, fixées par l'intérêt des assurés.
- Les assurés seront en définitive les seuls juges, puisqu'ils pourront dorénavant changer de caisse sans être pénalisés. Si la politique d'information de leur caisse leur déplaît ou si ses primes sont trop élevées, ils la quitteront.
- Selon la nouvelle loi, la Confédération n'interviendra que dans la mesure où l'augmentation des frais administratifs dépasserait une limite raisonnable.

6. Cantons

6.1. La nouvelle loi met-elle les cantons sous tutelle?

Catégorie ciblée: cantons

Dispositions LAMal touchées: art. 46-48, 51, 53-55, 65-66

La nouvelle loi ne modifie en rien les compétences cantonales

- La nouvelle loi contient différentes dispositions pour maîtriser les coûts tout en garantissant des prestations de qualité. Elles concernent notamment la tarification et la planification hospitalière, dont le but est de dimensionner l'offre en fonction du besoin. Dans l'ancienne loi déjà, les cantons bénéficient de compétences importantes en ce domaine. **La compétence de légiférer en matière de santé** appartient en premier lieu **aux cantons**, avec, pour conséquence, l'introduction de planifications. Les **tarifs** et les prix des prestations couvertes par l'assurance-maladie sont fixés dans les conventions passées entre les fournisseurs de prestations et les caisses-maladie. Dans la mesure où elles ne sont pas valables pour toute la Suisse, ces conventions doivent être **approuvées par les gouvernements cantonaux** compétents. Dans la législation en vigueur comme dans la nouvelle loi, l'autorité cantonale compétente doit fixer le tarif si les partenaires ne parviennent pas à s'entendre et il existe aussi une possibilité de recourir au Conseil fédéral contre les décisions du gouvernement cantonal.
- Le **budget global** est expressément mentionné dans la nouvelle loi. Dans le secteur hospitalier (hôpitaux de soins aigus et homes médicalisés), le canton peut imposer un budget global ou une enveloppe budgétaire, soit un montant destiné à couvrir les frais de fonctionnement de chaque établissement. Il s'agit d'un instrument de gestion plus efficace que le financement à posteriori des déficits. Il est déjà appliqué dans plusieurs cantons, en particulier dans le canton de Vaud. Lorsque les coûts augmentent de manière disproportionnée, les assureurs ont la possibilité de demander à l'autorité cantonale d'appliquer cette mesure, à titre exceptionnel, sous forme d'un plafonnement des coûts.

- Dans le cadre des conventions tarifaires en vigueur, approuvées par l'autorité cantonale et par conséquent valables sur le territoire cantonal, les cantons ont en outre la compétence de décréter, à titre de **mesure extraordinaire**, un **blocage des tarifs et des prix de** l'ensemble ou d'une partie des prestations. Cette mesure est applicable lorsque la croissance moyenne des coûts médico-pharmaceutiques est deux fois plus élevée que l'augmentation générale des prix et des salaires.
- La **réduction individuelle des primes** est un des points essentiels de la nouvelle loi. Il appartient aux cantons de définir et de mettre en place la procédure d'attribution des réductions individuelles de primes sur leur territoire. Il n'existe aucune prescription de la Confédération en la matière. Seules les subventions de la Confédération aux cantons sont fixées dans le détail. Chaque canton peut donc tenir compte des réductions de prime déjà pratiquées sur son territoire et des besoins spécifiques de ses habitants.

6.2. La nouvelle loi va-t-elle coûter cher aux cantons, dans la mesure où la Confédération les oblige à accorder des réductions individuelles de prime?

Catégorie ciblée: cantons

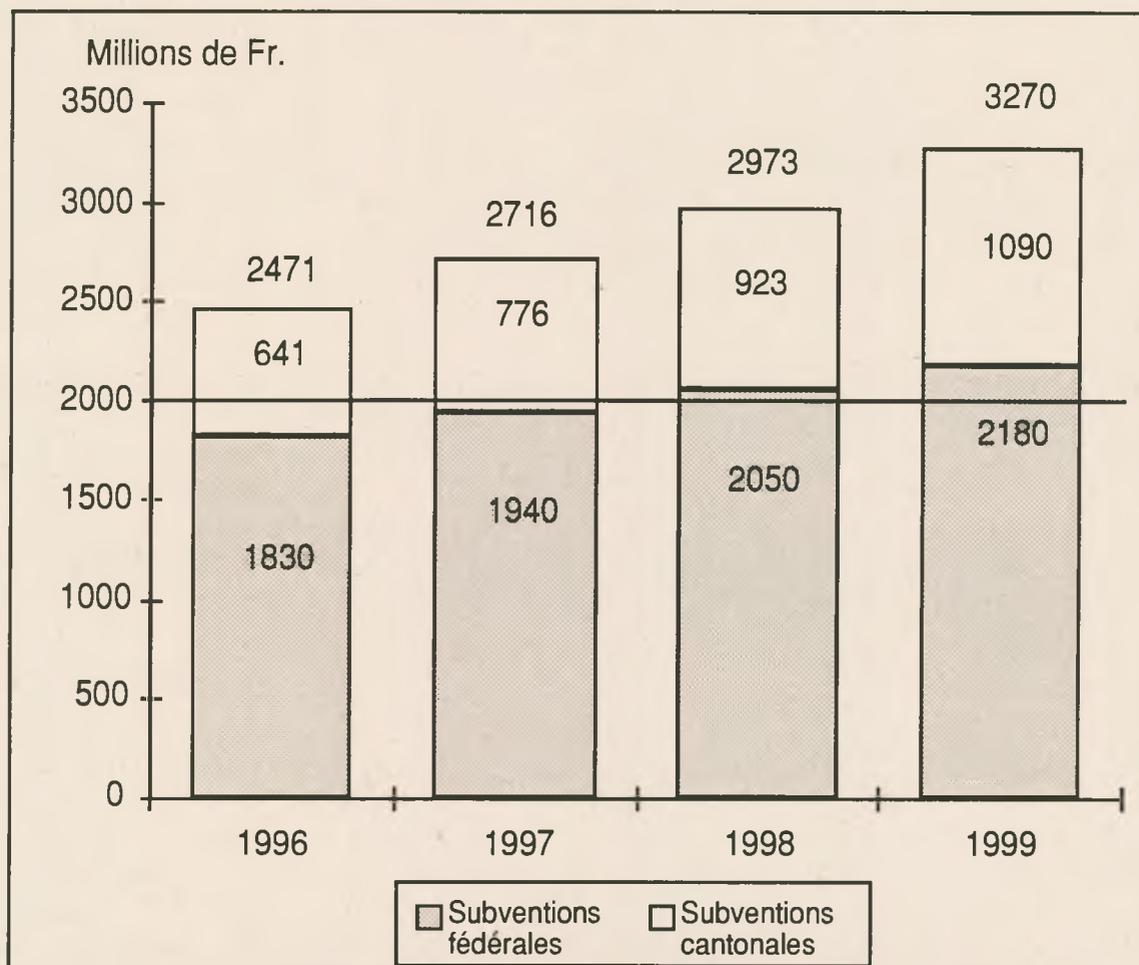
Dispositions LAMal touchées: art. 65-66

La charge supplémentaire que la nouvelle loi impose aux cantons est assortie d'allègements dans le domaine des prestations complémentaires (PC) et de l'aide sociale, par exemple.

- La nouvelle loi oblige les cantons à subventionner les assurés dont la capacité financière n'est pas suffisante pour assurer le paiement des primes d'assurance-maladie.
- Les cantons versent **déjà** plus de 600 millions de francs par an pour subventionner l'assurance-maladie en général (y compris les contributions des communes). Le montant total qu'ils auront à verser dans le cadre de la nouvelle loi, sera de près de 1 milliard de francs par année. La charge supplémentaire globale est donc de près 400 millions, montant qui sera atteint progressivement jusqu'en 1999. Un échelonnement de la contribution est en effet prévu, soit 35 % des subsides fédéraux en 1995 et toujours un peu plus les années suivantes, pour atteindre 50% en 1999. L'effort supplémentaire de la Confédération est du même ordre de grandeur: 1,3 milliard à 2,18 milliards de francs en 1996.
- La contribution cantonale à la réduction individuelle des primes d'assurance diffère grandement d'un canton à l'autre. **La charge nette** sera donc eile aussi **très variable**. Si la nouvelle loi impose une charge financière supplémentaire aux cantons, elle les **décharge aussi** d'un certain nombre d'autres dépenses dans le domaine des **prestations complémentaires et de l'aide sociale**.

Les cotisations d'assurance-maladie des bénéficiaires de prestations complémentaires seront largement subventionnées, et leur part dans les dépenses d'aide sociale beaucoup plus modeste qu'aujourd'hui. Elles ne seront plus déduites dans le calcul du revenu donnant droit aux prestations. Les revenus minimum, soit ce dont l'assuré a besoin pour vivre, seront augmentés d'autant. Une partie des primes subventionnées conjointement avec la Confédération ne grèvera donc plus les *budgets d'aide sociale des cantons*.

- Dans la mesure où la réduction des primes des assurés économiquement faibles est garantie, les cantons bénéficiant de primes avantageuses ont en outre la possibilité de réduire jusqu'à 50 pour cent leurs subventions. L'argument selon lequel la loi oblige les cantons à subventionner des réductions de primes inutiles ne tient donc pas.

Financement par les pouvoirs publics 1996-1999

- Durant les quatre premières années qui suivent l'entrée en vigueur de la loi, la contribution fédérale de 2 milliards de francs est répartie de façon que les moyens mis à disposition par la Confédération permette, compte tenu du renchérissement, un même niveau de subventionnement.

Réduction de primes totale (1996)	2'470
Subventions fédérales (1996)	1'830
Réduction de primes par les cantons selon LAMal (1996)	640
Subventions fournies actuellement par les cantons (1992)	630
Dépenses supplémentaires pour les réductions individuelles de primes	10
Allégements en matière de PC sur la base des réductions individuelles de primes	-85
Sous total (exc. autres répercussions LAMal sur les cantons)	- 75
* Administration	41
* Financement hospitalier (art. 49 LAMal)	-312
* Traitements extra cantonaux	70
Résultat (y compris autres répercussions LAMal sur les cantons)	- 276

*Source: Estimations de la Conférence des directeurs des affaires sanitaires et de la Conférence des directeurs cantonaux des finances

- Si la réduction individuelle des primes impose des charges supplémentaires aux cantons, elle leur procure aussi des économies sur les prestations complémentaires. En outre, le tableau ci-dessus ne mentionne pas l'allégement des dépenses d'aide sociale cantonale, dû à certaines dispositions de la nouvelle loi, par exemple la suppression des limites de couverture des frais hospitaliers.

6.3. Le nouveau système de subventionnement que constitue l'aide à la réduction individuelle des primes va-t-il entraîner des dépenses administratives excessives pour les caisses-maladie et les cantons?

Catégorie ciblée: cantons, assureurs

Dispositions LAMal touchées: art. 65-66

Ce système de subventionnement existe déjà dans plusieurs cantons et les frais administratifs sont relativement modestes.

- Le système de subventionnement est effectivement nouveau au niveau fédéral et dans certains cantons (UR, OW, GL, ZG, AI, GR, AG) où les subventions au paiements des primes sont inconnues ou très limitées. D'autres cantons (Tessin, Neuchâtel, Vaud et Zürich, par exemple) l'appliquent déjà, encouragés par la Confédération qui, en 1993, a accordé un montant de 100 millions de francs aux cantons qui se sont lancés dans cette voie (art. 4, arrêté du 13 décembre 1991).
- L'introduction du nouveau système de subventionnement au niveau fédéral aura donc des **conséquences différentes** selon les cantons. Certains disposent déjà de l'infrastructure nécessaire (informatique, locaux, personnel). La collaboration entre les organismes concernés (caisses-maladie, administration fiscale cantonale) et les procédures d'obtention (sur demande ou d'office) y sont déjà en place.
- Les cantons étant libres de choisir les modalités du subventionnement (limites d'attribution, montant de la subvention, procédure d'octroi), la charge administrative variera aussi en fonction de ces choix.
- Le *canton du Tessin* pratique déjà la réduction individuelle des primes en fonction de la capacité financière des assurés, avec un effectif de 8 *personnes*. Dans le canton de Neuchâtel l'effectif est du même ordre de grandeur, 11 *personnes*, pour un système de réduction des primes très élaboré (ces renseignements datent de 1993).

Liste alphabétique des mots clés

Assurance collective	3.6./3.11.
Assurances complémentaires	3.7.
Assurés	
- en général	2.1./2.5./2.11./3.1./3.5./4.2./4.5./5.1./5.4.
- les plus âgés	2.3./2.4./3.6./3.8./3.9./4.1./4.3.
- les plus jeunes	3.9./3.10./4.4.
- assurés collectifs	3.6./3.11.
Assureurs	2.1.-2.6./2.8./2.10./4.1./4.4./4.5./5.2.
Budget global	2.9.
Caisses bon marché	1.1./3.6.
Cantons	2.3./2.9./2.10./3.4./4.4./6.1.-6.3.
Caractère économique	2.5.
Compensation des risques	5.3.
Concurrence	2.1./2.2.
Contrôle de qualité	2.5.
Coûts de la santé	2.12.
Désolidarisation	2.3.
Droit d'urgence	1.1.
Employeurs	2.1.
Extension quantitative	2.6.
Familles	3.6./4.3./4.4.
Femmes	3.7./3.11./4.4.
Financement de l'assurance-maladie	2.13.
Fournisseurs de prestations	2.1./2.2./2.5./2.6./2.8./4.1.-4.3./4.5./4.6./5.2.
Frais d'administration	5.4./6.3.

Histoire du projet LAMal	1.5.
HMO	2.8.
Hôpitaux	2.1./2.9./2.10./4.1./4.3.
Initiative PS/USS	1.4.
Liberté contractuelle	2.1.
Libre passage	1.1./2.4.
Maîtrise des coûts	2.1.
Médecine à deux vitesses	4.1./5.1.
Médecine complémentaire	4.2.
Médecine étatisée	1.6.
Mesures extraordinaires de maîtrise des coûts	2.1.
Modèles d'assurance alternatifs	2.8.
Obligation	2.3.
Participation aux coûts	2.11.
Planification hospitalière	2.10.
Prestations	3.3./4.1.
Prévention	4.4./4.5.
Prime par tête	3.1.
Primes selon l'âge	3.9.
Prime unique	3.2.
Promotion de la santé	4.4./4.5.
Propharmacie	4.6.
Réduction des primes	3.4./6.3.
Responsabilité personnelle des assurés	2.1.
Spitex	4.3.
Subsides de montagne	3.12
Subventions	3.5.

Liste selon les catégories ciblées**Assurés**

- en général 2.1./2.5.-2.11./3.1.-3.5./4.2./4.5./5.1.-5.4.
- les plus âgés 2.3./2.4./3.6./3.8./3.9./4.1./4.3.
- les plus jeunes 3.9./3.10./4.4.
- assurés collectifs 3.6./3.11.

Assureurs

2.1.-2.6./2.8./2.10./4.1./4.4./4.5./5.2.

Cantons

2.3./2.9./2.10./3.4./4.4./6.1.-6.3.

Employeurs

2.1.

Familles

3.6./4.3./4.4.

Femmes

3.7./3.11./4.4.

Fournisseurs de prestations

2.1./2.2./2.5./2.6./2.8./4.1.-4.3./4.5./4.6./5.2.

Hôpitaux

2.1./2.9./2.10./4.1./4.3.

Population de montagne

3.12.

Liste selon les articles de loi

Art. 3ss.	2.3.	50	4.3.
7	2.4./3.7.	51	2.9./6.1.
12 al. 2+3	3.7 /5.1.	53	6.1.
19	4.4./4.5.	54	6.1.
20	4.4./4.5.	55	6.1.
22	5.4.	56	2.5.
24ss.	3.3./4.1./5.1.	58	2.5
26	4.4./4.5.	61	3.1./3.2./3.7./5.2.
29	3.7./4.3.	62	2.8./5.2.
30	3.7.	64	2.11.
32	4.2.	65	3.4./6.1./6.2./6.3.
33	4.2.	66	3.4./6.1./6.2./6.3.
37 al. 3	4.6.	105	5.3.
39 al. 1 let. d	2.10./4.3.	106 al. 1	3.5.
42 al. 3	2.6.		
43	2.6.		
46 al.1-3	2.2./5.2./6.1.		
47	6.1.		
48	6.1.		
49	2.6./4.3.		

D Rapport complémentaire: Réductions individuelle des primes

Table des matières

Les caractéristiques de la nouvelle réglementation	p. 96
Quel montant maximal est à disposition des cantons?	p. 97
Pourquoi est-il difficile d'émettre des assertions exactes concernant les répercussions des réductions de primes?	p. 99
Qui paie quelles primes mensuelles par ménage?	p. 101
Types de ménages: 2 adultes 2 enfants 2 adultes 4 enfants 1 adulte	
Comment pourrait être mise en pratique la réduction des primes? L'exemple du canton du Tessin	p. 104

Annexes

Répartition des revenus imposables des différents types de ménages dans le canton de Neuchâtel (figure)	p. 106
Situation au niveau des primes pour un revenu imposable de 40'000 francs (figures)	p. 107

Les caractéristiques de la nouvelle réglementation

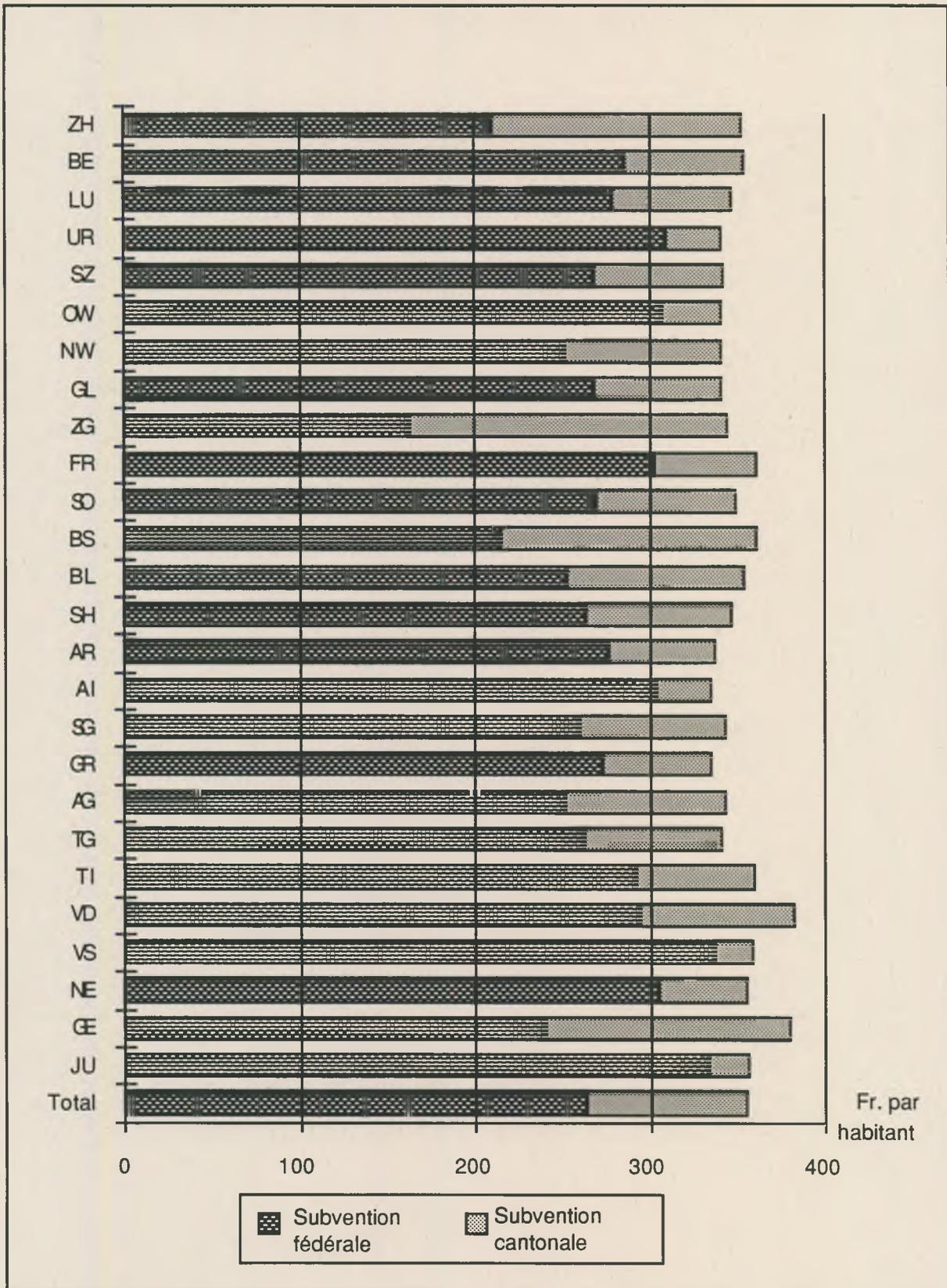
- Réductions individuelles des primes pour les personnes et ménages dans une situation économique modeste en lieu et place de subventions distribuées aux caisses selon le principe de l'arrosoir.
- Globalement, les cantons fournissent au moins la moitié de la subvention fédérale.
- La subvention fédérale et cantonale maximale est augmentée par étapes (cf. question 6.2).
- La clé de répartition des subventions fédérales est fixée en fonction de la population résidente, de la capacité financière et éventuellement des primes.
- Les cantons fixent eux-mêmes la procédure en matière de détermination et de paiement des réductions de primes.
- Dans la mesure où la réduction des primes pour des assurés de condition économique modeste est garantie, les cantons à primes peu élevées peuvent réduire leur contribution jusqu'à concurrence de 50 pour-cent.
- Les subventions fédérales qui ne sont pas sollicitées par les cantons demeurent dans la caisse fédérale et ne font pas l'objet d'une répartition.
- Comme il en a été décidé par le souverain, les dépenses supplémentaires de la Confédération sont principalement financées par la taxe sur la valeur ajoutée.
- Les cantons contribuent aujourd'hui déjà (1992) aux réductions de primes pour un montant s'élevant à environ 630 millions de francs. Au niveau des réductions de primes, la nouvelle loi constitue pour eux une charge supplémentaire. Leurs charges sont cependant allégées au niveau des prestations complémentaires et de l'aide sociale.
- La dépense administrative n'est pas très importante (cf. question 6.3.)

Quel montant maximal est à disposition des cantons?

Selon les calculs de l'administration fédérale des finances, les cantons pourraient disposer des contributions maximales suivantes (Confédération et canton)⁴:

Cantons	Subvention fédérale absolue en mio.Fr.	Subvention cantonale absolue en mio.Fr.	Total en mio.Fr.	Subvention fédérale en Fr. par habitant	Subvention cantonale en Fr. par habitant	Total en Fr. par habitant
ZH	248	168	416	210	144	354
BE	272	65	337	286	69	355
LU	93	22	115	279	68	347
UR	11	1	12	310	32	342
SZ	31	9	40	268	75	343
OW	9	1	10	307	35	342
NW	9	3	12	252	90	342
GL	10	3	13	268	74	342
ZG	14	16	30	163	182	345
FR	65	13	78	303	59	362
SO	63	19	82	269	81	350
BS	43	29	72	215	147	362
BL	62	25	87	253	102	355
SH	19	6	25	263	84	347
AR	15	3	18	276	62	338
AI	4	1	5	304	32	336
SG	113	36	149	260	84	344
GR	50	12	62	273	63	336
AG	129	47	176	252	92	344
TG	56	17	73	262	80	342
TI	84	20	104	292	68	360
VD	178	54	232	294	89	383
VS	87	6	93	337	22	359
NE	50	8	58	305	51	356
GE	92	55	147	240	141	381
JU	22	2	24	333	24	357
Total	1830	640	2470	264	92	356

⁴Selon la variante 2A = pondération moyenne de la capacité financière et pondération faible du critère prime.



Pourquoi est-il difficile d'émettre des assertions concrètes concernant les répercussions des réductions de primes?

- Dans l'ancienne loi, la situation en matière de primes pour chaque assuré est différente selon la caisse, l'âge d'entrée de l'assuré et le type d'assurance choisi.
- Les primes ne sont pas saisies au niveau statistique.
- Les cantons déterminent le système de réduction des primes et définissent ainsi également quels sont les personnes et les ménages de condition économique modeste.
- Les revenus imposables sont saisis de manière uniforme uniquement dans le cadre de la statistique des impôts fédéraux directs. Les catégories non soumises à l'impôt fédéral - personnes seules avec un revenu au dessous de 14'000 francs, personnes mariées avec un revenu au dessous de 23'300 francs - ne sont pas saisies au niveau statistique.
- Les statistiques fiscales cantonales ne sont pas uniformes et ne peuvent par conséquent pas être exploitées de manière uniforme.
- La Suisse comprend 26 lois fiscales, ceci rendant toute comparaison problématique (p.e. du fait de déductions différentes).
- La clé de répartition pour les subventions fédérales n'est pas encore définitivement fixée.
- La situation lors de l'entrée en vigueur de la loi (1er janvier 1996) repose sur des pronostics et a été calculée sur la base d'un indice des primes ainsi que d'estimations au niveau des coûts.
- Les estimations de coûts reposent sur des hypothèses du fait que le catalogue des prestations sera déterminé seulement dans l'ordonnance relative à la nouvelle loi.

- Il est difficile d'estimer les répercussions de la nouvelle loi dans la mesure où il s'agit d'une réorganisation du système. Ce ne sont pas les répercussions au premier jour de l'entrée en vigueur qui sont importantes mais bien la sauvegarde du système à moyen et long terme.

Malgré ces difficultés, l'Office fédéral des assurances sociales a tenté de présenter la situation possible au niveau des primes dans les différents cantons⁵.

A considérer lors de l'interprétation:

- Un revenu annuel imposable de 40'000 francs correspond environ au revenu mensuel moyen OFIAMT de 4'778 francs.
- Par rapport au total des contribuables, la part des contribuables bénéficiant d'un revenu imposable se situant au-dessous de 35'000 francs se situe, selon les cantons, entre 34 et 61 pour-cent.

⁵Cf. également le graphique concernant la répartition des revenus imposables dans le canton de Neuchâtel (exemple) ainsi que la situation en matière de primes pour les différents types de ménage pour un revenu de 40'000 francs.

**Qui paie quelles primes mensuelles?
Ménage avec 2 adultes et 2 enfants**

Cantons avec des primes relativement basses (limite de subventionnement p.e. 6%)
AI, AR, ZG, GL, NW, OW, SZ, GR, SG, LU, UR, SH, TG, AG (= 14 cantons)

Revenu imposable	20'000	40'000	50'000
Prime actuelle par ménage en fr.	326	326	326
Nouvelle prime par ménage en fr.	100	200	250
Différence en pour-cent	-69.4	-38.7	-23.4

Cantons avec des primes moyennes (limite de subventionnement p.e. 11%)
BE, ZH, SO, NE, BL, JU (= 6 cantons)

Revenu imposable	20'000	40'000	50'000
Prime actuelle par ménage en fr.	460	460	460
Nouvelle prime par ménage en fr.	183	367	458
Différence en pour-cent	-60.1	-20.2	-0.3

Cantons avec des primes relativement élevées (limite de subventionnement p.e. 16%)
GE, VD, FR, VS, TI, BS (= 6 cantons)

Revenu imposable	20'000	40'000	50'000
Prime actuelle par ménage en fr.	560	560	560
Nouvelle prime par ménage en fr.	267	533	667
Différence en pour-cent	-52.4	-4.8	19.1

**Qui paie quelles primes mensuelles?
Ménages avec 2 adultes et 4 enfants**

Cantons avec des primes relativement basses (limite de subventionnement p.e. 6%)

AI, AR, ZG, GL, NW, OW, SZ, GR, SG, LU, UR, SH, TG, AG (= 14 cantons)

Revenu imposable	20'000	40'000	50'000
Prime actuelle par ménage en fr.	409	409	409
Nouvelle prime par ménage en fr.	100	200	250
Différence en pour-cent	-75.5	-51.1	-38.9

Cantons avec des primes moyennes (limite de subventionnement p.e. 11%)

BE, ZH, SO, NE, BL, JU (= 6 cantons)

Revenu imposable	20'000	40'000	50'000
Prime actuelle par ménage en fr.	576	576	576
Nouvelle prime par ménage en fr.	183	367	458
Différence en pour-cent	-68.2	-36.3	-20.4

Cantons avec des primes relativement élevées (limite de subventionnement p.e. 16%)

GE, VD, FR, VS, TI, BS (= 6 cantons)

Revenu imposable	20'000	40'000	50'000
Prime actuelle par ménage en fr.	702	702	702
Nouvelle prime par ménage en fr.	267	533	667
Différence en pour-cent	-62.0	-24.0	-5.0

**Qui paie quelles primes mensuelles?
Ménages avec 1 adulte**

Cantons avec des primes relativement basses (limite de subventionnement p.e. 6 %)		
AI, AR, ZG, GL, NW, OW, SZ, GR, SG, LU, UR, SH, TG, AG (= 14 cantons)		
Revenu imposable	20'000	40'000
Prime actuelle par ménage en fr.	122	122
Nouvelle prime par ménage en fr.	100	142
Différence en pour-cent	-18.0	16.6

Cantons avec des primes moyennes (limite de subventionnement p.e. 11%)		
BE, ZH, SO, NE, BL, JU (= 6 cantons)		
Revenu imposable	20'000	40'000
Prime actuelle par ménage en fr.	172	172
Nouvelle prime par ménage en fr.	183	200
Différence en pour-cent	6.8	16.6

Cantons avec des primes relativement élevées (limite de subventionnement p.e. 16%)		
GE, VD, FR, VS, TI, BS (= 6 cantons)		
Revenu imposable	20'000	40'000
Prime actuelle par ménage en fr.	209	209
Nouvelle prime par ménage en fr.	244	244
Différence en pour-cent	16.6	16.6

Comment pourrait être mise en pratique la réduction des primes?

Exemple du canton du Tessin

- Par une loi du 28 mai 1986 (entrée en vigueur le 1.1.87), le canton du Tessin a déclaré l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population. Par la même occasion, il a introduit un système de réduction de primes qui se fonde sur les principes suivants:
- Les primes sont subventionnées par le canton lorsque le revenu imposable de l'assuré se situe au-dessous d'une certaine limite. Le droit à cette subvention existe lorsque le revenu n'atteint pas 16'000 francs pour une personne seule et 26'000 francs pour une famille.

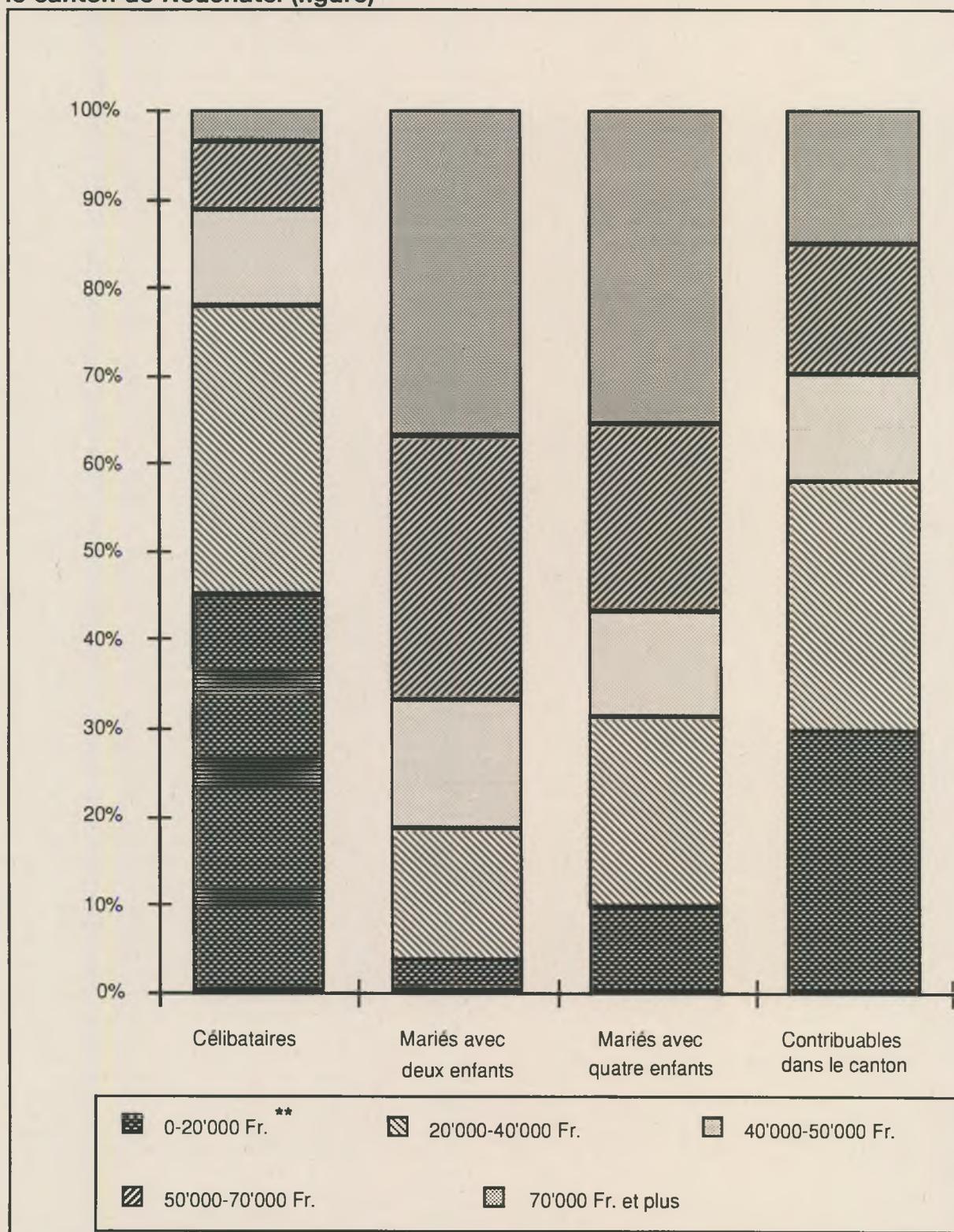
Le niveau de la contribution cantonale est calculé de la manière suivante:

- L'assuré paie lui-même une part de la prime, celle-ci étant fonction du revenu imposable (quote-part minimale). Cette part s'élève à 7 pour-cent du revenu pour les adultes célibataires, à 4,5 pour-cent pour les membres adultes de la famille et à 2 pour-cent pour les enfants. Il s'agit ainsi d'une contribution minimale qui est fixée proportionnellement au revenu.
- Sur la base de la somme globale des primes perçue par les caisses dans le canton du Tessin, le canton détermine chaque année une prime moyenne pondérée. Celle-ci est utilisée comme base pour la fixation du niveau de la subvention. Elle constitue la limite supérieure pour la prise en charge par le canton. Pour l'année 1994, cette limite a été fixée à Fr. 1'760.- pour les adultes et à Fr. 880.- pour les enfants. Au cas où la caisse exige un montant plus élevé d'un assuré ayant droit à une réduction de primes, l'assuré paierait alors lui-même la différence entre la prime moyenne pondérée et la prime de sa caisse.

Si la caisse exige par exemple Fr. 1'900 pour l'année 1994, l'assuré paiera alors lui-même Fr. 140.- en plus de sa contribution minimale. Il est ainsi profitable pour lui d'appartenir à une caisse dont les cotisations ne sont pas plus élevées que la prime moyenne pondérée.

-
- Lorsqu'ils obtiennent une réduction de primes ou lorsqu'ils bénéficient d'un revenu au-dessous de Fr. 35'000, les familles sont en outre exemptées du paiement de la prime pour le deuxième enfant. Toutes les familles sont exemptées du paiement des primes pour le troisième enfant ainsi que pour les enfants suivants.
 - En 1992, 33 pour-cent de la population a obtenu une réduction de primes de la part du canton; 66 millions de francs environ ont été affectés à cette tâche en 1993. Sur la base d'estimations, 104 millions de francs seront à disposition dans le cadre de la nouvelle loi.

Répartition des revenus imposables des différents types de ménages dans le canton de Neuchâtel (figure) *

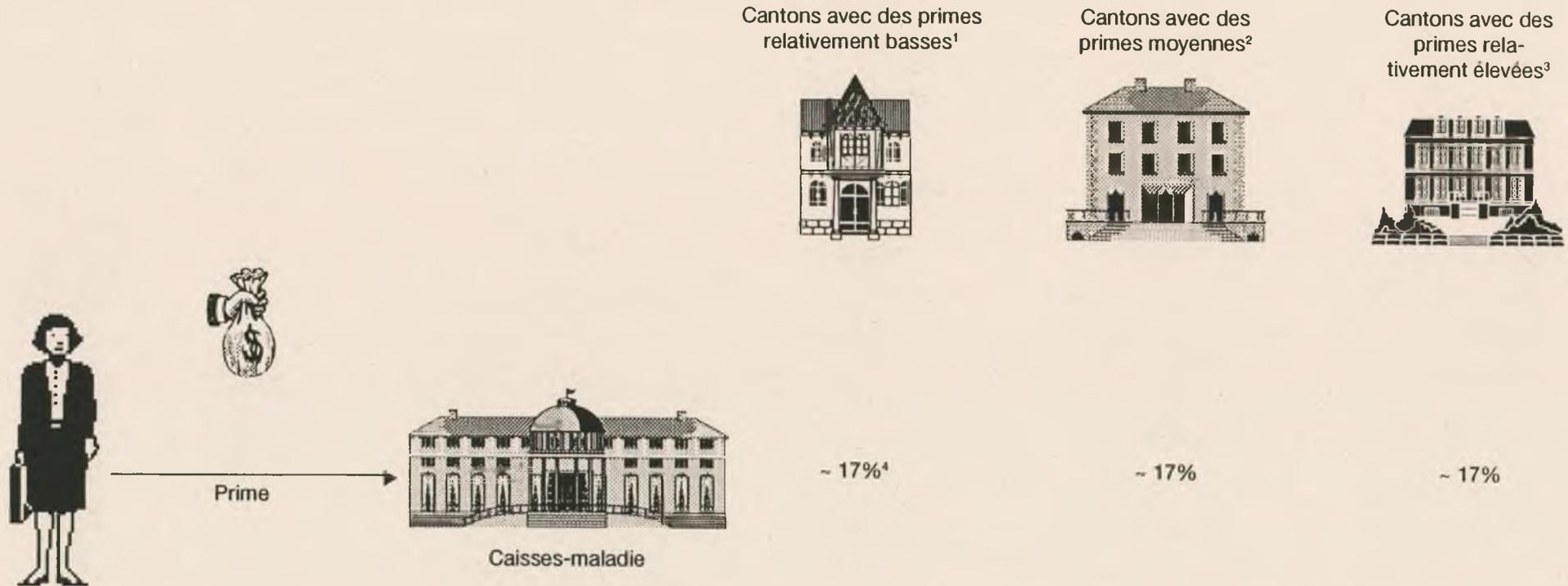


* Source: Office fédéral des assurances sociales selon des données du Département des finances et des affaires sociales du canton de Neuchâtel (taxation 1993)

** Les apprentis et étudiants âgés de plus de 17 ans sans revenu imposable sont également compris dans les revenus jusqu'à 20'000 francs.

Primes mensuelles: différences en pour-cent

Type de ménage: 1 adulte
Revenu imposable: Fr. 40'000.-



¹ AI, AR, ZG, GL, NW, OW, SZ, GR, SG, LU, UR, SH, TG, AG

² BE, ZH, SO, NE, BL, JU

³ GE, VD, FR, VS, TI, BS

⁴ L'augmentation de primes est identique dans les trois cantons du fait que, dans les trois cantons, un ménage composé d'un assuré adulte n'obtient aucune subvention pour la réduction individuelle des primes.

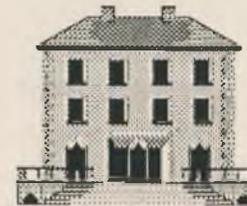
Primes mensuelles: différences en pour-cent

Type de ménage: 2 adultes, 2 enfants
Revenu imposable: Fr. 40'000.-

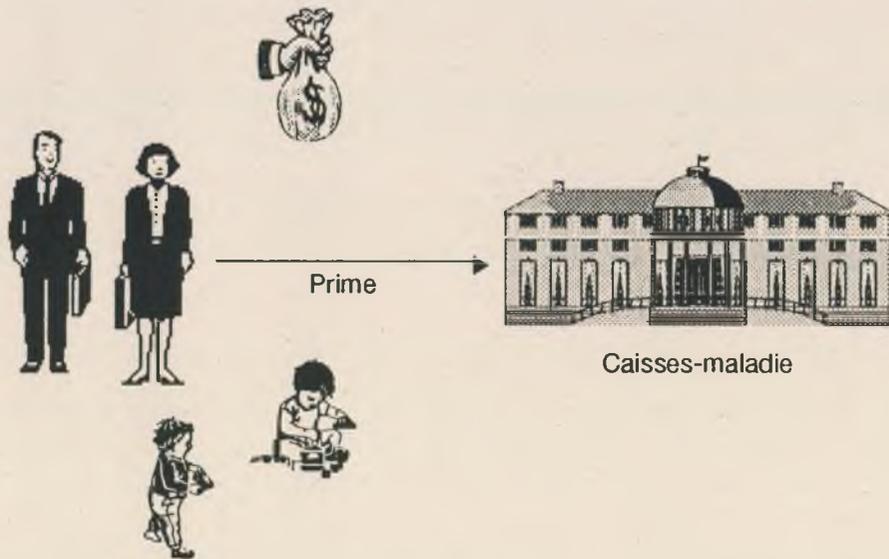
Cantons avec des primes
relativement basses¹



Cantons avec des
primes moyennes²



Cantons avec des
primes rela-
tivement élevées³



~ -39%

~ -20%

~ -5%

¹ AI, AR, ZG, GL, NW, OW, SZ, GR, SG, LU, UR, SH, TG, AG

² BE, ZH, SO, NE, BL, JU

³ GE, VD, FR, VS, TI, BS

Primes mensuelles: différence en pour-cent

Type de ménage: 2 adultes, 4 enfants
 Revenu imposable: Fr. 40'000.-

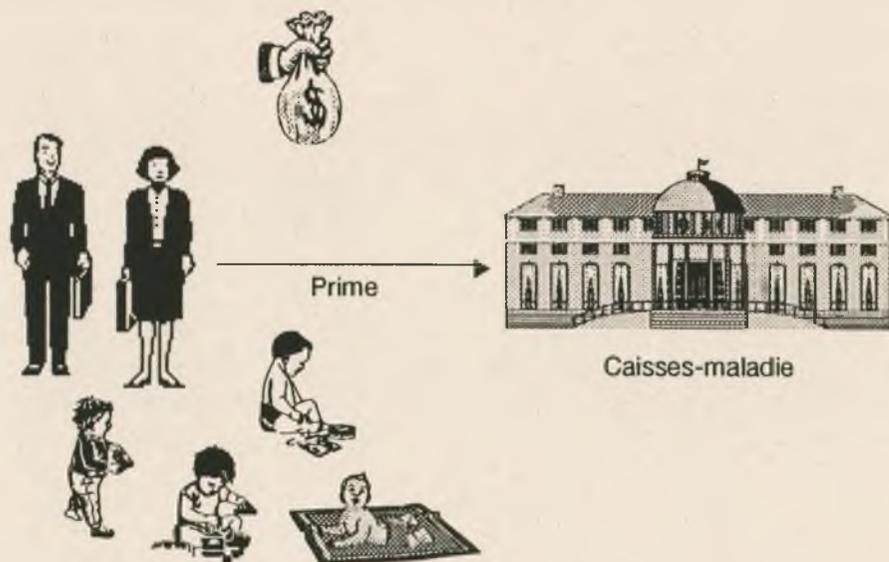
Cantons avec des primes
 relativement basses¹



Cantons avec des
 primes moyennes²



Cantons avec des
 primes rela-
 tivement élevées³



~ -51%

~ -36%

~ -24%

¹ AI, AR, ZG, GL, NW, OW, SZ, GR, SG, LU, UR, SH, TG, AG

² BE, ZH, SO, NE, BL, JU

³ GE, VD, FR, VS, TI, BS

Annexe 1: La révision de la LAMA: une "longue et douloureuse histoire"

L'actuelle loi sur l'assurance-maladie date de 1911; depuis, elle n'a été soumise qu'une seule fois, en 1964, à une révision partielle notable. Si les tentatives d'adapter cette loi aux exigences actuelles furent nombreuses, aucune d'entre elles ne fut couronnée de succès. De 1969 à 1974, on s'efforça surtout d'effectuer une refonte totale de l'assurance-maladie; entre 1976 et 1987, priorité fut donnée à des révisions partielles par étapes qui allèrent s'amenuisant.

Cinq ans déjà après la révision partielle de 1964, qui apporta essentiellement une amélioration des prestations et une hausse des subventions de la Confédération, une commission d'experts entreprit la révision totale. Il en résulta une contre-proposition à l'initiative lancée par le parti socialiste "pour une meilleure assurance-maladie". Mais le peuple et les Etats rejetèrent ces deux projets en 1974. Treize ans plus tard, le programme d'urgence appelé projet LAMM échoua aussi très nettement; il prévoyait une assurance-maternité financée en pour-cent du salaire. Enfin, il y a deux ans, l'initiative des caisses-maladie "pour une assurance-maladie financièrement supportable" fut rejetée en votation.

Dates marquantes de la révision de l'assurance-maladie:

- | | |
|----------------------------|--|
| 1914 | La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMA) du 13 juin 1911 entre en vigueur. C'est une loi de subventionnement qui détermine les conditions-cadre devant être remplies par les caisses-maladie pour bénéficier des subventions de la Confédération. |
| 1921/1947/
1952 | Des commissions d'experts examinent des projets de révision, mais cela ne débouche sur aucune révision. |
| 1964 | Le Parlement adopte la seule révision de la LAMA à ce jour. Elle facilitait l'adhésion aux caisses-maladie, améliorait les prestations et augmentait les subsides fédéraux. |
| 1969 | Une commission d'experts commence les travaux "pour la révision de l'assurance-maladie". |
| 1970 | Le Parti socialiste suisse (PS) lance l'initiative "pour une meilleure assurance-maladie" réclamant une assurance obligatoire financée en pour-cent du salaire. |

-
- 1972** La commission d'experts '70 présente le "**Modèle de Flims**" qui prévoit une assurance en cas d'hospitalisation obligatoire et financée par des suppléments aux cotisations AVS, une assurance facultative pour les autres frais de soins et l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière pour les travailleurs.
- 1973** Le Conseil fédéral adopte le Message concernant l'initiative du PS de 1970 accompagné d'un contre-projet. Ce dernier prévoit une **assurance obligatoire pour les gros risques** dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, financée en pour-cent du salaire.
- 1974** Les Chambres fédérales suppriment l'assurance obligatoire des soins médico-pharmaceutiques proposée par le PS.
- Le peuple et les Etats rejettent l'initiative du PS** et la contre-proposition du Conseil fédéral.
- 1976** Une commission d'experts reprend les travaux "pour une **révision partielle de l'assurance-maladie**".
- 1981** Message du Conseil fédéral **sur la révision partielle de l'assurance-maladie et maternité (LAMM)**: l'assurance des soins médico-pharmaceutiques demeure facultative, les lacunes (Spitex, suppression de la limite de durée pour les prestations hospitalières) sont comblées. Outre les mesures destinées à maîtriser les coûts, l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière en cas de maternité pour les salariés doit être instaurée. Le financement se fait en pour-cent du salaire.
- 1985** Les caisses-maladie déposent l'initiative populaire "**pour une assurance-maladie financièrement supportable**", qui prévoit une augmentation massive des subsides fédéraux en vue de réduire les primes.
- 1986** Le PS et l'Union syndicale suisse (USS) déposent l'**initiative "pour une saine assurance-maladie"**. Celle-ci réclame une assurance-maladie obligatoire et, pour les salariés, l'assurance d'une indemnité journalière obligatoire, le financement se faisant en pour-cent du salaire.
- 1987** **En votation populaire, le programme d'urgence LAMM est nettement rejeté.** Peu après, le Conseil fédéral décide une révision en profondeur de la loi sur l'assurance-maladie (LAMA).

-
- 1991** Message du Conseil fédéral aux Chambres fédérales pour une révision totale de l'assurance-maladie.
Un arrêté fédéral urgent met fin en tant que mesure d'urgence à l'augmentation massive des coûts.
- 1992** L'initiative des caisses-maladie subit un échec très net en votation populaire.
- 1993** **Le peuple accepte l'arrêté fédéral urgent sur "des mesures temporaires contre le renchérissement de l'assurance-maladie"** Celui-ci instaure notamment un blocage des tarifs dans le domaine ambulatoire et un freinage des coûts pour les taxes hospitalières. Cet arrêté est limité jusqu'à fin 1994.
- 1994** Le 18 mars, les Chambres fédérales adoptent la révision totale de la LAMA. En votation finale, elle passe le cap du Conseil national par 124 voix contre 38 et le Conseil des Etats par 35 voix contre 1.

Annexe 2: Modèle d'exposé

Une médecine de qualité financièrement supportable

L'assurance-maladie est en passe de devenir un article de luxe. Les frais de santé ont atteint un niveau tel que les rentiers AVS n'arrivent plus à payer les primes. Les familles avec enfant sont acculées aux limites de leurs capacités financières et les malades chroniques, qui ont payé des primes d'assurance-maladie toute leur vie, se voient brutalement exclus de l'assurance. Il est évident que quelque chose ne joue plus dans notre système de santé.

Depuis des années, les coûts de la santé progressent plus rapidement que l'indice des prix à la consommation. Entre 1966 et 1992, ils ont augmenté en moyenne de 10 pour cent par an, alors que les prix ne progressaient que de 4 pour cent. Entre 1985 et 1992, les coûts de la seule assurance médico-pharmaceutique de base ont augmenté annuellement de 7 pour cent.

Seules des mesures d'urgence ont pu freiner cette explosion des coûts. Les arrêtés fédéraux urgents de 1991 arrivent à échéance à la fin de cette année. Ils seront prorogés jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie, si le peuple l'accepte. Ces arrêtés urgents ne font jamais que fonction de couvercle sur la marmite qui déborde. Il ne tiendra pas longtemps si la chaleur n'est pas réduite. L'ancienne loi sur l'assurance-maladie, qui date de 1911, ne permet pas de résoudre les problèmes actuels. En 1969, déjà, la Confédération a lancé un projet de révision. Deux fois, en 1974 et en 1987, le peuple a repoussé ses propositions.

Entre-temps, la situation s'est encore dégradée et il est urgent d'agir. La progression des coûts ne se contente plus de grever toujours davantage les finances publiques et le budget des ménages, elle entraîne aussi un processus de désolidarisation. Un nombre toujours plus grand de nos concitoyens ne peut plus se payer une bonne assurance-maladie et donc des soins de qualité. Et c'est précisément dans les couches sociales les plus défavorisées que la couverture d'assurance devient insuffisante, là où pourtant elle serait la plus nécessaire.

Les charges de l'assistance sociale communale et cantonale, les prestations complémentaires de l'AVS et des autres organisations d'entraide augmentent d'autant. Avec la pénurie qui sévit dans les finances publiques, la situation devient catastrophique. Pour y faire face, le Conseil fédéral et le Parlement proposent une nouvelle loi sur l'assurance-maladie.

Cette révision totale assure à tous une médecine de qualité à un coût supportable.

Elle vise trois objectifs fondamentaux:

1. Comblent les lacunes de l'assurance de base
2. Freiner la progression des coûts
3. Mettre fin au processus de "désolidarisation"

1. Comblent les lacunes de l'assurance de base

Les lacunes de l'assurance-maladie de base sont toujours plus évidentes. Elles ont en partie même contribué à la croissance des coûts, alors que l'on cherchait par tous les moyens à les maîtriser. **Les soins à domicile**, par exemple, coûtent souvent bien plus cher à l'assuré qu'un séjour à l'hôpital, car l'assurance n'en rembourse qu'une partie, alors qu'elle couvre la totalité des frais d'hôpital, globalement pourtant bien plus coûteux. La nouvelle loi élimine ce genre de contradictions et comble des lacunes de l'assurance de base que, jusqu'à présent, seules les assurances complémentaires pouvaient couvrir.

Dorénavant, les caisses-maladie rembourseront la totalité des **frais de traitement à domicile** et semi-ambulatoires, sans que l'assuré ait à conclure une assurance complémentaire. Dorénavant, aussi, la couverture des frais de séjour à l'hôpital et dans des homes médicalisés ne sera plus limitée dans le temps. Jusqu'à présent, les caisses ne remboursent que 720 jours d'hospitalisation sur une période de 900 jours consécutifs. Ensuite, un malade chronique, s'il n'est pas au bénéfice d'une assurance complémentaire, doit assumer lui-même les frais.

La nouvelle loi impose aussi aux caisses la prise en charge de **mesures de prévention**, comme des contrôles préventifs. Elles doivent également participer aux frais de transport des malades et, dans des conditions précises, à des traitements de médecine dite "alternative".

Libre passage intégral

Le libre passage intégral est une mesure de dérégulation essentielle de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie: les assurés pourront changer de caisse-maladie en tout temps et sans subir de préjudice. Actuellement, ceux qui doivent ou veulent changer de caisse subissent deux inconvénients majeurs:

- Des primes plus élevées
- Les maladies et les risques déclarés peuvent faire l'objet de réserves. Ces inconvénients touchent surtout les assurés de plus de 45 ans. Sous le régime actuel, il leur est pratiquement interdit de changer de caisse-maladie, en particulier s'ils sont malades. Un malade cardiaque qui changerait de caisse se verrait imposer des réserves quant au remboursement des traitements en relation avec ses troubles cardiaques et devrait les assumer lui-même.

Avec la nouvelle loi, celui qui change de caisse-maladie n'est plus pénalisé.

- La nouvelle loi **interdit les réserves d'assurance**. Toutes les caisses sont tenues d'accepter tous les assurés sans exception.
- La prime unique au sein d'une même caisse, quel que soit l'âge de l'assuré, empêche qu'un changement de caisse n'entraîne une augmentation de prime. Les assurés **peuvent choisir librement**, en tout temps, **l'assureur le plus avantageux**, sans subir de préjudice.

Ces nouveautés, dont nous ne citons que les principales, permettront à la future assurance-maladie de répondre à tous les besoins des citoyens. Ces améliorations auront naturellement une incidence sur les primes, mais dans une mesure relativement faible. Selon les calculs de l'OFAS (l'Office fédéral des assurances sociales), l'augmentation moyenne des primes devrait être de 4,5 pour cent. En contrepartie, bien des assurés pourront éviter les frais d'une assurance complémentaire.

2. Maîtriser les coûts

On n'arrêtera le processus de "désolidarisation" qui menace l'assurance-maladie que dans la mesure où l'on parviendra à maîtriser la progression des coûts. La nouvelle loi offre toute **une panoplie de mesures** en ce domaine. Elle sensibilise tous les partenaires au problème des coûts, en particulier les assurés, et restaure des conditions de saine concurrence. Les grandes caisses-maladie attendent de ces mesures des économies de l'ordre de 8 à 10 pour cent, ce qui prouve bien que ce ne sont pas là que des élucubrations de théoriciens.

La nouvelle loi **favorise la concurrence** entre les fournisseurs de prestations, soit médecins et hôpitaux, mais aussi entre les assureurs. **L'interdiction de toute entente cartellaire** est essentielle en la matière. Les accords limitant la concurrence, monnaie courante aujourd'hui, seront désormais interdits. Actuellement, par exemple, les sociétés médicales interdisent à leurs membres de conclure un accord particulier avec une caisse-maladie ou de pratiquer des tarifs inférieurs à ceux négociés. Ces interdictions poussent les prix à la hausse. Dès le 1er janvier 1996, date à laquelle la loi devrait entrer en vigueur, elles ne seront plus possibles.

Les caisses elles-mêmes seront astreintes à une gestion économique, car **l'assuré pourra en tout temps et sans limitation d'aucune sorte changer d'assurance**. La prime unique introduite dans la nouvelle assurance-maladie de base dont la couverture a été étendue, offre à l'assuré la possibilité de choisir facilement la caisse la plus avantageuse. Jusqu'à présent, on a vu qu'il est pratiquement impossible de changer de caisse après 45 ans sans subir une forte augmentation de prime, ces dernières étant échelonnées en fonction de l'âge d'entrée dans la caisse. Les assurés contraints d'entrer dans une nouvelle caisse à un âge avancé, par exemple à la suite de la fusion ou de l'absorption de leur caisse-maladie, ont souvent fait les frais de ce système.

Si les caisses-maladie sont contraintes dorénavant d'appliquer la même prime à tous, elles bénéficient, en revanche, d'une bien plus grande liberté pour conclure des accords avec les fournisseurs de prestations, les médecins et les hôpitaux.

La nouvelle loi veille aussi à développer la responsabilité des assurés et à leur faire prendre conscience des coûts. A l'exception des prestations de maternité, elle prévoit une **participation** à toutes les catégories de frais. Il sera aussi possible de bénéficier d'une prime plus avantageuse de l'assurance de base, en optant pour une participation plus élevée. La nouvelle loi mentionne expressément des modèles d'assurances alternatifs, comme les HMO (caisses de santé), qui devraient également offrir des primes plus avantageuses. Pour éviter toutefois de favoriser la création d'un nouveau genre de caisses "bon marché", ces réductions de primes ne devraient en aucun cas se faire sur le dos des assurés.

L'obligation d'assurance

L'obligation d'assurance est la pierre angulaire de la nouvelle loi. Elle est indispensable pour répondre aux objectifs de la révision. En effet, si l'assurance de base n'est pas obligatoire, il n'est plus possible d'introduire la prime unique au sein d'une même caisse, car les jeunes sont tentés d'attendre l'âge où les risques de maladie sont plus grands pour s'assurer et tout le système de solidarité s'écroule. Sans la prime unique, le libre passage intégral n'est plus assuré et la concurrence ne peut exercer son effet bénéfique sur les coûts.

Aujourd'hui déjà, la population est assurée à plus de 99%. L'obligation n'entraînera donc pas de grand changement et le coût de son application sera limité. Selon les calculs des directions cantonales de la santé et des finances, les frais supplémentaires pourront atteindre **jusqu'à 0.2% du total des dépenses** de l'assurance de base, ce qui représente 40 millions de francs, peu de chose en comparaison des 30 milliards de francs que coûte chaque année la santé en Suisse.

3. Instaurer plus de solidarité

La nouvelle loi sur l'assurance maladie prévoit une série de mesures pour corriger le manque de solidarité qui s'est développé ces dernières années. Elles concernent surtout les primes. A l'avenir, il ne doit plus y avoir de différence dans le calcul des primes entre les hommes et les femmes et les jeunes et les vieux. Fini le temps où les jeunes bénéficiaient de primes avantageuses, quitte à faire supporter par la collectivité publique les coûts de leurs maladies, une fois âgés, ou à "passer à la caisse" à un âge où les moyens financiers diminuent. Le coût de la maladie est maintenant mieux réparti sur l'ensemble des années de vie.

Avec la **prime unique**, les caisses dites "bon marché" disparaîtront, car la chasse aux "bons risques" ne sera plus possible. La politique des caisses-maladie les plus récentes est, en effet, d'attirer les bons risques, soit les hommes jeunes, afin de pouvoir offrir des primes plus avantageuses. Pendant ce temps, les membres des caisses plus anciennes vieillissent, sans qu'elles puissent renouveler leur effectif et leurs frais progressent, entraînant des augmentations de prime supérieures à la moyenne, ce qui les rend toujours moins attrayantes pour les jeunes adhérents. Ce cercle vicieux est en passe de détruire la solidarité entre jeunes et vieux dans l'assurance-maladie. Les jeunes d'aujourd'hui étant les vieux de demain, tout le monde y perd.

La prime unique ne permettra pas de rééquilibrer immédiatement les structures d'âges des différentes caisses, aussi la nouvelle loi prévoit-elle **un système de compensation des risques** pour les 10 premières années. Les caisses réunissant une majorité de "bons risques" alimenteront un fonds de compensation dans lequel puiseront les caisses dont les membres sont plus âgés. Selon les spécialistes, ce fonds de compensation disparaîtra après quelques années déjà, car le processus de concentration des caisses-maladie contribue à rééquilibrer les structures d'âge et de sexe entre les caisses. Il faut rappeler ici que le nombre des caisses-maladie a passé de 1154 en 1950, à 213 en 1992. Et depuis il y a eu d'autres fusions.

La compensation des risques est conçue de façon à ne pas freiner l'assainissement du marché de l'assurance-maladie. Elle ne maintient pas artificiellement les caisses mal gérées ou celles dont les frais administratifs sont excessifs. Les incitations à économiser restent entières, et le système de compensation profite aux assurés, dont il allège les primes, et pas aux caisses.

Le système de subventionnement ciblé, qui vise à réduire la prime en fonction de la capacité financière de l'assuré est une autre nouveauté importante de la nouvelle loi. Il remplace le système dit de "l'arrosoir" selon lequel les subventions cantonales et fédérales profitent à tous les assurés quel que soit leur revenu ou leur fortune. Dorénavant, les pouvoirs publics aideront ceux qui en ont réellement besoin. L'argent du contribuable sera ainsi mieux utilisé. Les petits revenus, les familles avec enfants et les personnes âgées bénéficieront d'une réduction individuelle de leur prime, en fonction de leur revenu.

A qui profite la nouvelle loi?

A l'avenir, tous ceux qui ont profité des défauts de la loi en vigueur devront payer plus. Cependant, en tant que citoyens-contribuables, ils bénéficieront des effets modérateurs de la nouvelle loi sur la croissance des coûts, effets qui, à terme, se répercuteront sur leurs primes. En outre, la nouvelle loi leur offre la possibilité de réduire le niveau de leur prime, en optant pour de nouveaux modèles d'assurance, comme les HMO (caisses de santé) ou en choisissant une participation accrue aux frais.

La nouvelle loi décharge les cantons de dépenses d'assistance sociale et de prestations complémentaires, mais leur impose des charges supplémentaires avec les subventions destinées à rendre les primes supportables à tous. Dans les communes, en revanche, le budget d'aide sociale sera certainement soulagé. En outre, les médecins et les hôpitaux capables d'offrir des prestations de qualité à des prix concurrentiels profiteront des nouvelles dispositions.

Parmi les assurés, les petits revenus, les personnes âgées et les familles avec enfants sont les grands gagnants. Peu favorisés sous le régime actuel, ils profiteront des nouvelles dispositions. L'assurance-maladie leur coûtera moins cher.

En définitive, tout le monde sera gagnant. Assurés, caisses-maladie, médecins, hôpitaux, pouvoirs publics, tous profiteront de la solidarité retrouvée et d'une assurance-maladie qui mérite son nom de "sociale" en garantissant à tous et pour longtemps des prestations de santé et des soins financièrement supportables.

La voie médiane

Cette révision totale de la loi sur l'assurance-maladie ne prétend pas être une solution miracle. Mais, dans les conditions actuelles, elle est **la meilleure solution possible**, le meilleur compromis entre des intérêts différents, voire divergents. C'est la voie médiane entre la libéralisation totale du marché de la santé et un étatisme autoritaire. L'Etat n'intervient qu'en cas de nécessité et se contente de fixer les règles du jeu. Les partenaires négocient entre eux les prix et les tarifs.

Si la loi est refusée nous ne disposerons pas avant longtemps d'un instrument qui nous permette de résoudre les problèmes urgents de l'assurance-maladie. La croissance des coûts, la dégradation de la solidarité continueront, avec toutes leurs conséquences financières, sociales, et, aussi, politiques.

Annexe 3: Bref exposé

Une médecine de qualité financièrement supportable

L'assurance-maladie est en passe de devenir un article de luxe. Depuis des années, les coûts de la santé progressent plus rapidement que les prix et les salaires. La loi actuelle sur l'assurance-maladie date de 1911 et ne peut plus résoudre les problèmes d'aujourd'hui. La croissance des coûts de la santé charge toujours davantage les budgets publics et privés et mine la solidarité: un nombre toujours plus élevé de nos concitoyens ne peut plus s'offrir une bonne assurance-maladie. Il est urgent de réagir. Pour faire face à cette situation, le Conseil fédéral et le Parlement ont révisé la loi sur l'assurance-maladie, afin d'atteindre les trois principaux objectifs suivants:

1. Combler les lacunes de l'assurance de base
2. Freiner la croissance des coûts
3. Mettre fin au processus de "désolidarisation"

1. Combler les lacunes de l'assurance de base

La nouvelle loi comble les lacunes dont souffre l'assurance de base depuis des années. Elle garantit à tous les assurés le libre passage intégral, soit la possibilité de changer de caisse en tout temps, sans préjudice pour la couverture d'assurance et sans frais supplémentaires. Les réserves quant aux maladies existantes tombent, de même que les primes échelonnées en fonction de l'âge d'entrée dans la caisse.

Les caisses-maladie rembourseront en outre les frais des soins à domicile et des traitements semi-ambulatoires. Les prestations d'assurance en cas d'hospitalisation ou de séjour dans un home médicalisé ne seront plus limitées dans le temps.

Ces nouveautés de l'assurance-maladie, et d'autres encore, permettent de **répondre aux besoins essentiels** de tous les citoyens et citoyennes. L'extension des prestations entraînera, certes, une augmentation des primes de 4,5% en moyenne. Mais, en contrepartie, bien des assurés pourront économiser des frais d'assurance complémentaire.

2. Freiner les coûts

Le processus de "désolidarisation" en cours dans l'assurance-maladie ne cessera que si la croissance des coûts est freinée. La nouvelle loi y contribue par des mesures visant à **responsabiliser** davantage tous les partenaires – en particulier les assurés – et en introduisant **une saine concurrence** entre les fournisseurs de prestations (médecins et hôpitaux) et entre les assureurs. Les accords limitant la concurrence et les ententes cartellaires ne seront plus autorisés dès le 1er janvier 1996, date où la nouvelle loi devrait entrer en vigueur. Les caisses-maladie seront contraintes à une gestion économique, car les assurés pourront à tout moment choisir l'offre la plus avantageuse. La nouvelle loi sensibilise les assurés aux questions des coûts. Ils peuvent agir directement sur le niveau de leur prime en optant pour un modèle d'assurance avantageux (HMO, "caisse de santé"), ou en choisissant une participation plus élevée aux frais.

L'obligation d'assurance est la pierre angulaire de la nouvelle loi. Elle est indispensable pour atteindre les trois objectifs principaux de la révision: le libre passage intégral **n'est en effet possible** que si l'assurance-maladie est obligatoire. Et la solidarité ne sera restaurée que si tout le monde participe.

3. Mettre fin au processus de "désolidarisation"

A l'avenir, **les primes de l'assurance-maladie de base devront être les mêmes pour tous à l'intérieur d'une même caisse-maladie**. Les caisses dites "bon-marché", qui n'assurent que les "bons risques" (en particulier les hommes jeunes) à des conditions plus avantageuses, seront ainsi peu à peu éliminées. Pour accélérer le rééquilibrage de la structure des âges, encore très différente d'une caisse à l'autre, la nouvelle loi prévoit un **système de compensation des risques** pour une période transitoire de 10 ans au maximum. Selon ce système, les caisses qui ont surtout des "bons risques" alimenteront un fonds de compensation dans lequel les caisses dont les membres sont plus âgés pourront puiser afin de réduire leurs primes.

Autre nouveauté importante de la nouvelle loi: le **subventionnement "ciblé"**, qui remplace le système dit "de l'arrosoir". L'aide publique sera réservée à ceux qui en ont réellement besoin. Les subventions serviront dorénavant à réduire les primes des personnes et des familles dont le revenu est faible.

A qui profite la nouvelle loi?

La nouvelle loi soulagera les dépenses de prestations complémentaires à l'AVS et d'assistance sociale des cantons et des communes. Les médecins et les hôpitaux qui sauront offrir une médecine de qualité à des prix compétitifs seront également gagnants. Parmi les assurés, les bas revenus, les familles avec enfants - peu favorisés par l'ancienne loi - seront nettement avantagés.

En définitive, tout le monde - assurés, assureurs, médecins, hôpitaux et pouvoirs publics - profitera d'une assurance maladie sociale digne de ce nom et d'une médecine financièrement supportable.

La révision totale de la loi sur l'assurance-maladie ne promet pas des miracles. Dans les circonstances actuelles, elle est pourtant la solution la meilleure, un compromis raisonnable entre les intérêts parfois divergents de tous les partenaires. En cas de rejet - ce serait le troisième après 1974 et 1987 - nous ne disposerions pas, avant longtemps, d'un instrument qui nous permette de résoudre les problèmes si urgents de l'assurance-maladie. La progression des coûts et la "désolidarisation" qui en résultent se poursuivraient, avec toutes leurs conséquences négatives financièrement, socialement, mais aussi politiquement.

**Exposé de Madame Ruth Dreifuss,
conseillère fédérale,**

lors du séminaire de presse du 5 septembre 1994

Mesdames, Messieurs,

Le 4 décembre prochain, nous allons voter sur la réforme de l'assurance-maladie. Cette réforme répond à une urgente nécessité. La nouvelle loi que nous proposons constitue une solution équilibrée, qui est à la fois libérale, fédéraliste et sociale.

- 1 Elle est **libérale**, car elle garantit le libre choix de l'assureur et la liberté thérapeutique.
- 11 Chacune et chacun pourra **choisir librement son assureur**. Même les personnes âgées et les malades pourront choisir un assureur moins cher. Celui-ci devra les accepter sans réserves d'assurance, ni supplément de prime, ni différence de primes entre hommes et femmes. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que certaines caisses "bon marché" s'opposent à cette loi.

Chacune et chacun pourra en outre choisir, dans le cadre de l'assurance obligatoire, une forme "alternative" d'assurance, par exemple le système HMO.

D'autre part, les compagnies privées pourront participer à l'assurance-maladie sociale, aux mêmes conditions que les caisses-maladie.

- 12 Les patientes et patients continueront de pouvoir **choisir librement leur médecin** et les médecins d'**exercer librement leur profession**.

Les médecins seront même plus autonomes qu'aujourd'hui, puisqu'ils ne seront plus liés par les conventions tarifaires conclues par leurs organisations et qu'ils pourront passer des conventions séparées avec les assureurs.

La nouvelle loi fait d'ailleurs confiance à la concurrence et à la négociation. Elle ne prévoit l'intervention de l'Etat qu'à titre exceptionnel et pour un temps limité.

Il est donc tout à fait abusif d'agiter le spectre de l'étatisation de la médecine, comme le font certains opposants.

-
- 13 Vous le voyez, l'introduction de l'assurance **obligatoire** ne signifie nullement un système rigide, étatique et bureaucratique. Par contre, elle est nécessaire pour réaliser une véritable assurance sociale, dégagée des inconvénients majeurs de l'assurance facultative.
- 2 En deuxième lieu, la nouvelle loi est **fédéraliste**, car elle respecte les diversités cantonales.
- 21 Elle laisse aux cantons la haute main sur la **politique hospitalière**, tout en les incitant à développer la planification.
- 22 Surtout, elle leur laisse le choix des moyens pour alléger, par des **subventions**, les primes des personnes de condition modeste. Cette retenue de la Berne fédérale mérite d'autant plus d'être signalée que la Confédération financera les deux-tiers de ce subventionnement.

Je suis convaincue que même les cantons qui semblent encore épargnés par l'augmentation des primes se rendront compte qu'ils seront tôt ou tard confrontés à ce problème, qui coûtera alors beaucoup plus cher aux pouvoirs publics si le régime actuel est maintenu.

- 3 Enfin, la nouvelle loi est **sociale**, qu'il s'agisse du financement ou des prestations.
- 31 Côté **primes**, elle met fin aux injustices du régime actuel. Finie la "chasse aux bons risques" pratiquée par certaines caisses au détriment des personnes âgées, des femmes et des malades !

Les primes continueront d'être fixées par tête – ce qui préserve l'autonomie des assureurs. Mais les **subventions** seront augmentées (jusqu'à 3 milliards, au lieu de 2) et consacrées entièrement à la réduction des primes selon la situation économique des personnes assurées. Les principaux bénéficiaires en seront les personnes de condition modeste, les personnes âgées et les familles avec enfants.

Les milieux qui ont un intérêt particulier au statu quo ont décidé de faire peur. Ils prétendent que la nouvelle loi provoquera une explosion des coûts pour tout le monde, alors qu'au contraire, elle permettra d'abaisser ou de stabiliser les primes pour les personnes et les ménages pour qui les primes d'assurance-maladie représentent une part importante de leur budget. Dans ce but, la Confédération a même décidé d'augmenter ses subventions, à une époque où, dans d'autres domaines, il n'est question que de les réduire.

- 32 S'agissant des **prestations**, il faut bien se rendre compte que, d'après la loi actuelle, l'assurance de base ne comprend pas toutes les prestations jugées nécessaires. Pour obtenir une couverture complète, les personnes qui en ont les moyens concluent des assurances complémentaires. Or, la nouvelle loi garantit une couverture de base complète pour tous, financée par tous.

Il est donc faux de prétendre, comme on l'entend parfois, que la nouvelle loi introduirait une médecine de classe. Elle offre à toute la population une médecine de haute qualité.

J'ajoute que la nouvelle loi ouvre la porte aux médecines parallèles. Mais cette ouverture n'a pas été jugée suffisante par certains milieux, au point qu'ils n'ont pas hésité à mettre en cause l'ensemble des progrès de la réforme, alors même que celle-ci accomplit un pas décisif dans leur direction. J'éprouve quelque peine à comprendre cette intransigeance.

Quant au coût des nouvelles prestations, il est tout à fait raisonnable, comparé aux avantages qu'elles apportent. J'ignore comment les opposants sont arrivés aux chiffres nettement excessifs qu'ils avancent. Selon nos calculs, les nouvelles prestations représentent environ 10 % des dépenses actuelles. Mais je rappelle que la charge des dépenses sera répartie plus équitablement qu'aujourd'hui, surtout du fait que les subventions seront augmentées et mieux distribuées.

- 33 Sociale, la nouvelle loi l'est également dans la mesure où elle vise à **maîtriser les coûts de la santé**, qui se répercutent sur les primes.

A cet égard, il est faux de prétendre qu'elle est insuffisante dans ce domaine: Les mesures proposées ont même été renforcées au cours des travaux parlementaires, surtout à la suite de l'intervention de la Commission des cartels, qui a demandé plus de concurrence.

C'est ainsi que, du côté de l'offre, les cartels seront brisés; si bien que la concurrence entre médecins, entre hôpitaux, etc. ne manquera pas d'exercer un effet modérateur sur le prix de leurs prestations.

Côté demande, les personnes assurées continueront d'être responsabilisées par le biais d'une participation aux coûts. De plus, elles pourront choisir une forme d'assurance susceptible d'épargner des coûts. Surtout, elles pourront toutes choisir librement leur assureur; dans cette concurrence entre assureurs, les moins chers seront ceux qui contrôlent le mieux les coûts.

- 4 **En conclusion**, je dirais qu'après 20 ans d'échecs successifs, la loi que nous proposons représente la dernière chance pour une solution équilibrée:
- 41 Le régime actuel ne peut plus durer. Ses défauts de construction provoquent à la longue une augmentation des primes insupportable pour une partie toujours plus large de la population, et donc une charge toujours plus lourde pour les pouvoirs publics. Continuer d'agir par des arrêtés urgents ne résoudra pas les problèmes qui se posent à long terme.

- 42 Quelle solution de rechange proposent les opposants ? En annonçant qu'ils ne la rendraient publique qu'après le vote, ils n'éveillent que la perplexité et l'inquiétude. Perplexité parce qu'ils demandent au peuple de voter "non" les yeux fermés – ce qui est une curieuse manière de le considérer. Inquiétude lorsqu'on connaît leurs intentions, qui consistent à augmenter les primes au fur et à mesure qu'on avance en âge; un système antisocial qui coûtera encore plus cher que le régime actuel, tant aux personnes assurées qu'aux pouvoirs publics.
- 43 Afin de mettre un terme aux effets pervers du régime actuel et de couper court aux vellétés antisociales et coûteuses, pour un système moderne, juste et rationnel, je recommande vivement d'adopter la nouvelle loi sur l'assurance-maladie le 4 décembre prochain.

Thème: maîtrise des coûts

Séminaire de presse du 5 septembre 1994

Exposé de M. Walter Seiler, directeur de l'Office fédéral des assurances sociales

Madame la Conseillère fédérale

Mesdames et Messieurs les journalistes parlementaires

- Permettez-moi d'exprimer quelques mots d'introduction avant de vous informer sur les mesures de maîtrise des coûts contenues dans la nouvelle loi sur l'assurance-maladie. Je ne m'exprime pas devant vous en tant que représentant des intérêts des membres de notre société qui, pour reprendre le "vocabulaire" des opposants à la loi, sont "bien portants et habiles". Je souhaite plutôt souligner que l'assurance-maladie sociale constitue la composante de notre réseau social qui doit être présente en première ligne pour les personnes malades, faibles et âgées de notre société. Ce rôle n'est actuellement plus joué! ---
- L'ancienne loi ne peut plus être considérée plus longtemps comme une assurance sociale. Vous n'êtes pas sans connaître les différentes évolutions qui ont conduit à la prise de mesures d'urgence au cours de ces dernières années. Je vous cite ici uniquement quelques mots clés en la matière - explosion des primes, chasse aux jeunes assurés, disparition de caisses. En fait, nous ne souhaitons pas avoir recours de manière excessive à la notion de solidarité dans notre société. Nous pensons toutefois que les personnes jeunes et fortes qui sont "bien portantes et habiles" doivent fournir leur contribution. Ils pourront également profiter de la nouvelle réglementation de l'assurance-maladie. Nous ne voulons pas d'une société "à deux vitesses"- en particulier pas dans le domaine de l'assurance-maladie!
- Avec l'ancienne loi, la santé risque de devenir un bien de luxe pour certaines parties de notre population. Souhaitons-nous vraiment ceci? Les personnes âgées ainsi que les familles avec enfants ne peuvent souvent s'acquitter de leurs primes qu'au prix de restrictions et de sacrifices personnels importants. Une situation insupportable contre laquelle nous sommes en mesure de lutter uniquement par l'introduction d'une nouvelle loi.

- Malgré un apaisement momentané de leur évolution, les coûts et par conséquent les primes augmentent fortement depuis un certain nombre d'années. Depuis plus de 20 ans, les coûts augmentent en effet plus fortement que l'économie en général. Les primes explosent de manière disproportionnée par rapport à l'évolution des salaires et à l'évolution générale des prix. Entre 1966 et 1992, on a assisté à une augmentation moyenne des coûts de 10 pour-cent. Dans le domaine de l'assurance de base également, les coûts ont progressé annuellement de 7 pour-cent entre 1985 et 1992.
- Vous objecterez que les *mesures d'urgence* (blocage des tarifs et des primes) prises en 1991 exercent leur influence. Vous avez tout à fait raison: Selon les assertions actuelles des caisses, les primes de l'assurance de base n'augmenteront pas en 1995. Quelques caisses ont même annoncé des remboursements aux assurés (p.e. 60 francs pour la Grütli).
- Il ne serait cependant pas exact de considérer d'ores et déjà cet apaisement de la situation comme une solution aux différents problèmes. Les mesures d'urgence ne sont que des *mesures efficaces à court terme* qui déposent en quelque sorte un couvercle sur la bouillante marmite des coûts. Le système reste inchangé et date - comme vous le savez - de l'année 1911. Nous devons disposer aujourd'hui d'une réforme totale. Le système d'assurance-maladie doit être réformé. Si ce n'est pas le cas, on assistera à nouveau d'ici peut de temps à des augmentations de primes de 10-15 pour-cent par année.
- La *nouvelle loi* - nous en sommes convaincus - offre un bon approvisionnement médical au niveau qualitatif dont les coûts, pour toutes les citoyennes et tous les citoyens de ce pays, trouvent à nouveau leur place dans le budget du ménage. En sus de la nouvelle organisation du système, ce but peut être atteint par une large palette de mesures de maîtrise des coûts. Les grandes caisses comptent elles aussi avec des économies possibles pouvant s'élever jusqu'à 10 pour-cent par année.
- *Un des buts les plus importants de la nouvelle loi est celui de la maîtrise des coûts.* Les opposants affirment que la nouvelle loi implique avant tout des primes plus élevées pour la plupart des assurés. Ceci est faux. Il est par contre correct d'affirmer que la nouvelle définition du catalogue des prestations aura pour conséquence une progression unique des coûts évaluée à 10 pour-cent. Certaines lacunes de politique sociale seront cependant supprimées, ceci devant en fin de compte également contribuer à la maîtrise des coûts (p.e. recours plus important aux soins à domicile (Spitex), aucun placement de malades chroniques dans des hôpitaux de soins aigus, prévention). Ces coûts doivent en outre déjà être pris en charge actuellement. Dans la deuxième partie de la présentation, Messieurs Moser et Voegeli vous orienteront de manière plus précise encore sur la suppression absolument nécessaire de certaines lacunes en matière de prestations ainsi que sur le financement.

- Dans la nouvelle loi, les *facteurs encourageant la concurrence* se situent tout à fait clairement au premier plan. La nouvelle loi apporte autant de concurrence - concurrence loyale! - que possible et autant de solidarité que nécessaire!

Pour illustration, je souhaite vous commenter *deux instruments de concurrence*:

1. Grâce à l'introduction de l'obligation d'assurance, le *libre passage intégral est possible pour tous les assurés*, ceci indépendamment de l'état de santé, de l'âge, du revenu ou de tout autre facteur. Les assurés qui ne sont plus satisfaits de leur caisse - la prime est par exemple trop élevée, aucune assurance complémentaire attractive n'est proposée, les coûts administratifs sont trop élevés, aucun modèle d'assurance alternatif n'est proposé, les assurés sont mal informés et mal assistés ou toute autre raison - ont la possibilité d'en changer sans avoir à en subir - comme actuellement - les énormes inconvénients. Il ne faut pas oublier non plus les assurés qui sont contraints de changer de caisse à la suite d'une dissolution ou d'une fusion de caisses et qui se trouvent actuellement dans une position particulièrement pénible. La possibilité de changer librement de caisse conduira à une concurrence accrue entre celles-ci. *Vous objecterez à ceci que la concurrence joue déjà actuellement entre les caisses*. Vous avez raison en partie seulement dans la mesure où les caisses se sont livrées principalement au cours de ces dernières années à certaines activités telles que la chasse aux jeunes assurés par exemple. Avec la nouvelle loi, la concurrence par la sélection des risques est exclue. Elle est transformée en une *concurrence loyale* se fondant sur des prestations effectives telles qu'un bon management au niveau des coûts, la conclusion de tarifs plus avantageux et une politique plus innovatrice.
2. Un autre élément important de la concurrence est introduit dans la nouvelle loi par le biais de l'interdiction explicite des cartels. La nouvelle loi prend ainsi en compte les idées de la Commission des cartels qui approuve par ailleurs la nouvelle loi en se fondant sur des motifs de droit cartellaire. Les médecins sont actuellement contraints d'établir leur facturation selon le tarif de leur association. Les associations cantonales de médecins interdisent en effet à leurs membres de conclure des conventions particulières avec les caisses-maladie ou de proposer par exemple de leur plein gré des tarifs conventionnels à meilleur marché. Ceci sera rendu impossible par la nouvelle loi. En plus des conventions au niveau des fédérations qui existeront encore à l'avenir avec la nouvelle loi, des conventions particulières avec des fournisseurs de prestations individuels ou des groupes de fournisseurs de prestations seront également rendues possibles. Un groupe de médecins pourrait par exemple convenir avec une ou plusieurs caisses d'un tarif fondé sur le temps. Le corps médical serait ainsi rémunéré par unité de temps et non plus pour chaque prestation individuelle déclarée comme ceci est le cas actuellement. Ceci permettrait aux caisses un contrôle plus simple des heures décomptées. Ceci est uniquement un exemple; il existe encore d'autres possibilités. Les assurés peuvent également contribuer à la maîtrise des coûts dans la mesure où ils sont disposés de leur plein gré à limiter leur liberté quant au choix du médecin et à se laisser traiter

dans un centre de santé (HMO) ou s'ils s'engagent à s'adresser toujours en premier lieu au médecin de famille lors du traitement initial (système du médecin de famille resp. modèle Gatekeeper). Vous constatez ainsi que la nouvelle loi permet aux partenaires tarifaires d'adopter de nombreuses possibilités intéressantes. La voie est ainsi libre pour une politique tarifaire des caisses qui soit active et innovatrice ainsi que pour une concurrence entre les fournisseurs de prestations. Les assurés profiteront de ce type de politique.

- Au cas où, contre toute attente, les instruments de concurrence seraient trop peu utilisés par les partenaires de la santé publique, la nouvelle loi prévoit certaines possibilités d'interventions étatiques. Dans la meilleure tradition fédéraliste, la nouvelle loi met à disposition des cantons certains instruments extraordinaires. En cas de fortes évolutions de coûts dans les hôpitaux et les établissements médico-sociaux, les assureurs peuvent ainsi demander au canton concerné d'introduire un budget global. Une autre possibilité consiste à ce que les cantons puissent fixer les tarifs pour l'ensemble ou pour certaines prestations dans le cas où les augmentations de coûts représenteraient le double de l'évolution générale des prix et des salaires. Ceci resterait valable jusqu'à ce que la situation se soit à nouveau apaisée.
- La question de la mesure dans laquelle une *concurrence guidée par certains garde fous socio-politiques* dans le domaine de la santé publique contribuera à la maîtrise des coûts dépend essentiellement de *tous* les partenaires de ce secteur.
- La liberté de changer de caisse donnée aux assurés jouera en outre un rôle particulier. Celle-ci permettra aux assurés d'exercer leur choix et d'avoir ainsi la possibilité de se diriger vers la caisse-maladie qui offre la prime la plus intéressante ainsi que la meilleure prestation de services. Ceci incitera les caisses-maladie à conclure des conventions tarifaires fondées sur les principes de l'économie d'entreprise mais également supportables du point de vue de l'économie politique. On tendra ainsi à la fourniture de prestations économiques.

En conclusion à mes considérations, permettez-moi de souligner encore une fois que la nouvelle loi rend la voie libre pour une assurance-maladie solidaire et libérale ainsi que pour une concurrence loyale!

Thème: Répercussions dans le domaine du financement

Séminaire de presse du 5 septembre 1994

Exposé de M. Markus Moser, sous-directeur de l'Office fédéral des assurances sociales, chef de la Division principale assurance-maladie et accidents

L'assurance-maladie continuera à être financée par trois sources :

- les primes individuelles des assurés (pas fixées en pourcentage du salaire)
- les subsides de la Confédération et des cantons.
- la participation des patients aux frais.

Les changements essentiels :

1. Primes des assurés

Dans la nouvelle loi ne subsisteront à l'intérieur d'une caisse que des différences de prime dues aux différences de coûts entre les cantons (ou les régions d'un même canton) ainsi qu' aux montants plus bas pour les primes des enfants et des jeunes adultes. Les différences de primes qui existaient en fonction de l'âge d'entrée dans la caisse et celles qui étaient la conséquence des primes avantageuses accordées par les contrats collectifs seront ainsi supprimées. Cette suppression se justifie par le fait que ces deux différenciations (système de l'échelonnement selon l'âge d'entrée dans la caisse et assurance collective) provoquent une désolidarisation dans l'assurance-maladie qui pénalise les assurés âgés et les malades.

2. Subsides de la Confédération et des cantons

Les subsides de la Confédération ne seront plus versés directement aux caisses-maladie, ils ne contribueront donc plus à un abaissement général des primes (système de l'arrosoir). Ils seront attribués aux cantons, chargés de réduire les primes des assurés de façon ciblée, c'est-à-dire en tenant compte de la situation économique de chaque assuré. Les cantons devront participer eux aussi à ce subventionnement en complétant par leurs propres subsides ceux de la Confédération, soit la moitié du subside fédéral. Les cantons subventionnent actuellement de façon très diverse l'assurance-maladie. Quelques uns ont déjà introduit une réduction individuelle des cotisations en fonction de la situation économique des assurés, ce sont en particulier les cantons dont la population était soumise ces dernières années

à des cotisations particulièrement élevées. D'autres cantons allouent des subventions aux caisses, en fonction du nombre d'affiliés, selon le système de l'arrosoir, ou des subventions pour la prise en charge de certaines prestations (par exemple pour les frais d'hospitalisation à l'extérieur du canton ou pour le Spitex). Un troisième groupe est composé par les cantons qui ne connaissent aucune des formes de subventionnement de l'assurance-maladie évoquée jusqu'ici. Il faut pourtant rappeler ici que, d'une manière ou d'une autre, tous les cantons participent au financement du système global de soins, en particulier à celui des hôpitaux.

3. Participation des assurés aux frais

La principale innovation est constituée par le fait que la participation des assurés s'étendra au traitement hospitalier. Le traitement ambulatoire et le traitement à l'hôpital sont ainsi considérés de la même manière. Un nombre croissant de traitements ne nécessitent plus d'hospitalisation, ils peuvent être prodigués ambulatoirement. Le choix entre ces deux modes de traitement ne doit donc pas être motivé par le fait que dans un cas une participation aux frais est exigée de l'assuré alors que dans l'autre elle ne l'est pas.

Pour le surplus, la nouvelle loi s'inspire largement du droit en vigueur. La participation aux coûts comprend une franchise annuelle dont le Conseil fédéral fixe le montant (actuellement Fr. 150.-) et une quote-part de 10 pour-cent des frais excédant le montant de la franchise, mais seulement jusqu'à concurrence d'un montant maximal par année. Il incombera aussi au Conseil fédéral de le fixer. Une contribution aux coûts de pension sera de plus exigée lors d'un séjour dans un hôpital.

Conséquences financières pour la Confédération, les cantons et pour les assurés

A court terme

Effets prévus dès l'entrée en vigueur de la loi

1. Confédération

Les subsides fédéraux pour l'assurance-maladie vont immédiatement passer de 1,4 à 1,83 milliards. En 1999, après une augmentation progressive chaque année, ils atteindront la somme de 2,18 milliards.

L'augmentation du subside fédéral est financièrement mieux garantie grâce à l'introduction de la taxe sur la valeur ajoutée. En effet, 5 pour-cent des recettes de cet impôt sont affectés à la réduction ciblée des primes de l'assurance-maladie.

2. Cantons

Lors de l'entrée en vigueur de la loi, les cantons devront globalement allouer pour l'assurance-maladie un montant presque identique à celui qu'ils versent actuellement (630 millions aujourd'hui, 640 millions lors de l'entrée en vigueur).

Les contributions des cantons devront augmenter pendant les années suivantes pour atteindre, en 1999, la somme totale de 1090 millions. Le taux de progression est plus important pour les cantons que pour la Confédération, ceci s'explique par le fait que les cantons ne sont pas tenus, sur la base d'une disposition transitoire, de fournir immédiatement les 50 pour-cent du subside fédéral.

La situation financière des cantons sera très diversement influencée par le nouveau droit. Les cantons qui allouent déjà des subventions élevées en faveur de l'assurance-maladie seront notablement déchargés (TI, NE, VD, GE, BS) certains, comme le Tessin de façon tout à fait significative.

Les cantons qui, à l'opposé, ne contribuent pas du tout ou ne versent que des contributions minimales à l'assurance-maladie verront leurs obligations financières s'élever.

Il est difficile de décrire les conséquences financières exactes pour chaque canton car il faudrait aussi tenir compte des répercussions sur les prestations complémentaires et sur celles de l'assistance sociale puisque la nouvelle loi allège la charge des cantons dans ces deux domaines. Pour être complet, il serait nécessaire de pouvoir évaluer les répercussions exactes de la nouvelle loi sur le financement des hôpitaux. En effet, dans ce domaine où existent aussi de grandes différences entre les cantons, la nouvelle loi tend à promouvoir une certaine harmonisation en prévoyant que les assureurs prendront en charge le 50 % des frais d'exploitation des hôpitaux.

3. Conséquences pour les assurés

Les conséquences globales qui toucheront l'ensemble des assurés doivent être différenciées de celles qui se produiront pour chaque assuré individuellement.

Conséquences générales

L'extension du catalogue des prestations induira, lors de la première année d'application de la nouvelle loi, une augmentation des dépenses. Selon nos estimations, elles passeront pour cette année-là de 16,3 milliards à 18,03 milliards. Ce qui représente une augmentation de 10,7 pour-cent. Cette augmentation ne se répercutera pas complètement sur les primes puisque dans le même temps les subsides des pouvoirs publics augmenteront et ceci de 21,7 pour-cent. La participation des assurés étendue à l'hospitalisation apportera environ 40 % de recettes supplémentaires. Cette charge sera donc répercutée sur les assurés à travers une augmentation de leurs primes d'environ 4,5%. Les augmentations conjuguées de la participation aux coûts et des primes représenteront une charge supplémentaire pour les ménages d'environ 9,1%. Ce qui est inférieur à l'augmentation provoquée uniquement

par les nouvelles prestations à la charge de l'assurance-maladie sociale (10,7 %).

Conséquences individuelles

Ce qui intéresse le plus l'assuré c'est évidemment l'effet de la nouvelle loi sur sa propre prime d'assurance. Pour donner une réponse à cette interrogation il faut savoir si l'assuré en question paye actuellement une cotisation plus élevée, moins élevée ou dans la moyenne des cotisations payées par les assurés de son canton. Payent une cotisation élevée les assurés qui sont entrés pour la première fois dans une caisse alors qu'ils étaient déjà âgés et ceci parce que leur caisse a cessé d'exister à la suite d'une fusion avec une autre caisse. Payent des cotisations moins élevées que la moyenne les assurés collectifs et ceux affiliés aux caisses appelées "caisses bon marché". Les assurés auprès des grandes caisses traditionnelles payent, quant à eux, des cotisations qui se situent en général quelque peu en dessus de la moyenne cantonale.

L'introduction de la prime unique par caisse et par canton (échelonnée encore par régions dans les cantons étendus), la compensation des risques et le libre passage intégral des assurés amèneront une réduction des différences qui subsistent entre les primes. L'assuré qui paye aujourd'hui une cotisation qui se situe en dessus de la moyenne des primes de son canton bénéficiera de la nouvelle loi. Celui qui paye une cotisation très basse sera logiquement amené à payer nettement plus.

L'effet individuel dépendra aussi du revenu et de la fortune de l'assuré ainsi que du nombre de personnes qui constituent son ménage, puisque dorénavant seront bénéficiaires des subsides des pouvoirs publics uniquement les assurés de condition économique modeste et que la taille du ménage sera prise en considération lors de l'examen des conditions du droit au subside.

Les assurés qui ne recevront pas de subside verront avec l'extension des prestations prévue leurs prime saugmenter d'environ 17 %.

Il ne sera possible de voir concrètement les effets de la réduction individuelle des primes que lorsque les régle-mentations cantonales seront édictées. Les cantons sont en effet libres dans le choix du système à in-staurer. Ils peuvent limiter le cercle des bénéficiaires et subventionner ainsi une part importante de la prime ou à l'inverse étendre ce cercle et ne prendre en charge qu'une part réduite de la prime de chaque assuré bénéficiaire. De plus les cantons ont la possibilité dans une certaine mesure d'évaluer eux-mêmes le montant de leurs besoins (cf. art.66, al. 5 de la loi). Les conséquences sont donc tributaires des décisions cantonales qui seront prises tant au niveau des primes que de la définition des critères d'attribution (revenu et fortune).

En résumé on peut dire que le tiers de la population le moins favorisé sur le plan du revenu et de la fortune paiera des primes moins élevées qu'aujourd'hui.

L'effet sur les primes du tiers "moyen" dépendra du système de réduction

choisi par le canton. Pour le tiers le plus aisé de la population la nouvelle répartition des subventions conduira à des primes plus élevées. Il ne faut pourtant pas oublier que cette augmentation de prime comprend, comme cela a été évoqué précédemment, une "plus value" de l'assurance due à l'extension du catalogue des prestations.

Conséquences à long terme

L'électeur ne peut se contenter de connaître l'influence de la révision de la loi sur sa situation lors de l'entrée en vigueur de cette nouvelle loi, il doit pouvoir prendre en compte les modifications qu'elle apportera à plus long terme. Les assurés qui profitent de la désolidarisation qui règne dans l'assurance-maladie actuelle, en tant qu'affiliés à une caisse bon marché ou à un contrat collectif, se seraient de tout façon rendu compte du revers de la médaille au moment où ils seraient eux-mêmes devenus vieux et malades. Mais avant tout il est important de souligner les effets du phénomène de concentration qui se fait jour dans l'assurance-maladie. Si ce phénomène conduit à la disparition de nombreuses caisses et qu'il n'en existe dans dix ans plus qu'une dizaine ou une vingtaine, ce que prévoient certains experts, des centaines de milliers d'assurés âgés se retrouveront admis dans des classes d'âge élevées. Le droit actuel permet que la cotisation de ces groupes d'âge d'entrée représente le double de celle qui est exigée pour le premier groupe d'âge des adultes. Même si la nouvelle cotisation ne représente pas exactement le double de la précédente il faut s'attendre tout au moins à ce qu'elle augmente pour ces assurés de 20 à 50 pour-cent. Tel sera certainement l'effet du marché et de la concurrence entre les caisses bon marché et les contrats collectifs.

La nouvelle loi interrompt cette tendance à la désolidarisation. Elle offre à tous les assurés la garantie qu'ils paieront – qu'ils soient âgés ou malades – la même prime que les assurés plus jeunes et que ceux-ci ne passeront pas dans un avenir plus ou moins proche dans la catégorie des perdants.

Une réflexion sur les effets à long terme de la désolidarisation doit aussi être menée par les cantons lorsqu'ils réfléchissent à la nouvelle loi. La désolidarisation signifie certes que ce sont les personnes âgées qui payent à l'assurance-maladie ce que les jeunes économisent, mais le nombre de personnes qui ne pourront plus payer elles-mêmes des primes aussi élevées ira en croissant. La conséquence en sera que le besoin en subsides des pouvoirs publics augmentera. Donc, même la poursuite du droit actuel obligerait les cantons à organiser une réduction des primes de l'assurance-maladie pour une partie de leurs habitants. En revanche, ils ne pourraient être beaucoup aidés par la Confédération qui devrait continuer à verser des subsides aux caisses selon le principe de l'arrosoir contenu dans la loi actuelle.

Ces réflexions sur le long terme me semblent indispensables pour opérer une appréciation correcte de la nouvelle loi. La vieille LAMA n'est purement et simplement plus apte à servir de base à une assurance-maladie qui veut être à même de remplir sa tâche au siècle prochain.

**Thème: Les prestations selon la
nouvelle loi sur l'assurance-maladie**

Séminaire de presse du 5 septembre 1994

Exposé de M. Claude Voegeli, chef de la Division assurance-maladie à l'Office fédéral des assurances sociales

- 1 Dans une assurance obligatoire, il est nécessaire de définir un **catalogue uniforme** des prestations.
- 11 Ce n'est nullement un carcan: la liberté thérapeutique reste intacte. C'est un instrument de transparence, qui permet aux assurés de comparer facilement les primes en vue d'exercer le libre choix de l'assureur.
- 12 Dans la nouvelle loi, le catalogue des prestations de l'assurance obligatoire a été **étendu** par rapport à celui de l'assurance de base selon la loi en vigueur. Les "nouvelles" prestations répondent à des besoins qui se font sentir depuis longtemps. Voici les principales innovations:
 - 121 Les prestations à l'hôpital seront versées pour une **durée illimitée**. Aujourd'hui, elles sont limitées à deux ans.
 - 122 L'assurance obligatoire prendra en charge les **soins extra-hospitaliers** (à domicile ou dans un home). Dans ce domaine complexe, d'autres institutions jouent également un rôle: organisations d'utilité publique, communes, AVS, AI, etc. Selon la nouvelle loi, il sera désormais clair que les soins directement liés à la maladie (y compris les maladies dues au grand âge) seront prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire. Actuellement, ils ne sont que partiellement couverts par l'assurance de base légale, le reste faisant l'objet d'assurances complémentaires et de dispositions statutaires ou d'un financement externe à l'assurance-maladie.

Seront remboursés par l'assurance-maladie obligatoire, d'une part, les soins liés *aux traitements* (piqûres, pansement, massages, etc.; la liste actuelle sera élargie) et, d'autre part, les soins dits de *base* (laver les patients, les aider à se lever, à manger, etc.; cela est nouveau). Par contre, l'assurance ne prendra pas en charge l'aide ménagère (cuisine, lessive, etc.). Les prestations seront désignées en détail par ordonnance. Elles ne pourront être accomplies que par du personnel qualifié, exerçant à titre individuel ou dans le cadre d'une organisation.

-
- 123 Dans les **homes médicalisés**, l'assurance obligatoire devra rembourser les mêmes prestations qu'à domicile. A cette fin, les assureurs pourront conclure des forfaits avec ces homes. Quant aux frais "hôtelières" (logement, nourriture), ils ne seront pas remboursés par l'assurance-maladie, qui ne couvre pas non plus de tels frais à domicile. Ils resteront à la charge des intéressés, notamment par le biais des rentes AVS et, le cas échéant, de prestations complémentaires à l'AVS.
- 124 Autre innovation importante: la prise en charge de certaines mesures de **prévention**. Actuellement, l'assurance de base légale ne couvre que le diagnostic et la thérapie, mais pas les mesures médicales prises avant qu'il y ait soupçon de maladie. Or, ces mesures permettent d'éviter bien des dépenses ultérieures. A condition toutefois que la prévention ne devienne pas elle-même trop coûteuse. C'est pourquoi les ordonnances se limiteront à désigner des mesures dont l'expérience a montré la nécessité et l'efficacité (p. ex. des prélèvements destinés à détecter le cancer de certains organes). D'autre part, les responsabilités cantonales en matière de santé publique seront maintenues.
- 125 Les **soins dentaires** restent en principe en dehors de l'assurance-maladie sociale. La carie, qui est l'une des principales affections dentaires, peut être prévenue par une hygiène régulière. Par contre, la prise en charge de traitements dentaires dus à une maladie grave, soit générale, soit localisée dans le système de mastication, ne pourra plus être refusée. Mais il devra s'agir de maladies *graves* qui seront ex-pressément désignées par ordonnance (p. ex. les effets d'une thérapie anti-cancer par radiations).
- 126 Parmi les autres prestations nouvelles, citons encore:
- le nombre illimité d'exams en cas de **mater-nité** (aujourd'hui 5 exams au plus), mais il ne s'agira de rembourser que des exams médi-calement nécessaires;
 - une contribution (et non le remboursement intégral) aux frais de **transport**, essentiellement des transports d'urgence.
- 2 Bien entendu, toutes ces innovations ont un **prix**.
- 21 Mais je rappelle que, comparé aux avantages escomptés, ce prix est **raisonnable**: environ 10 % de dépenses supplémentaires.

Sur la part que représente chaque innovation dans ce supplément, votre documentation contient une représentation graphique. Vous y constaterez notamment que plus de la moitié des dépenses supplémentaires profite surtout aux personnes âgées et aux malades chroniques (soins illimités à l'hôpital + soins à domicile et dans des homes médicalisés + suppression des réserves d'assurance).

-
- 22 A propos de ces chiffres, trois remarques pour finir:
- 221 Ils ne représentent pas une augmentation des coûts de la santé en général. Il s'agit en partie de **transferts** qui déchargent les pouvoirs publics et les ménages privés (p. ex. les soins extra-hospitaliers).
- 222 Diverses prestations qui deviennent obligatoires rendront inutiles certaines **assurances complémentaires**. D'autres sont déjà comprises dans l'assurance de base **statutaire** de plusieurs caisses, et donc dans la prime actuelle.
- 223 Certaines prestations supplémentaires sont de nature à permettre de réaliser, à la longue, des **économies** dans d'autres domaines (p. ex. les soins extra-hospitaliers s'ils sont bien coordonnés avec la politique hospitalière). Enfin, les mesures de maîtrise des coûts s'appliqueront aussi aux prestations nouvelles.