

## Message sur la révision partielle de l'assurance-maladie

du 19 août 1981

---

Messieurs les Présidents, Mesdames et Messieurs,

Nous avons l'honneur de vous soumettre un projet de loi révisant la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (LAMA, tit. 1<sup>er</sup>), que nous vous proposons d'approuver.

Nous vous proposons également de classer l'initiative du canton de Vaud concernant la révision de la LAMA, du 4 octobre 1968 (N 9. 12. 68; E 10. 12. 68), ainsi que les interventions parlementaires suivantes:

- |           |       |  |
|-----------|-------|--|
| 1962 P ad | 8251  | Application de l'assurance-maladie obligatoire par les compagnies d'assurances privées<br>(E 22. 3. 62, Commission du Conseil des Etats) |
| 1962 P    | 8279  | Assurance-maternité (N 2. 10. 62, Leuenberger)   |
| 1963 P    | 8728  | Institution de l'assurance familiale<br>(N 5. 12. 63, Bachmann-Wollerau)   |
| 1966 P    | 9433  | Révision des rapports entre médecins et caisses-maladie<br>(N 29. 6. 66, Trottmann)  |
| 1968 P    | 9980  | Abolition de la franchise dans l'assurance-maladie<br>(N 20. 12. 68, Trottmann)  |
| 1968 P    | 9993  | Révision de l'assurance-maladie<br>(N 20. 12. 68, Fischer-Berne)   |
| 1968 P    | 10000 | Révision de la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (E 3. 12. 68, Lusser)  |
| 1968 P    | 10006 | Révision de l'assurance-maladie (N 20. 12. 68, Martin)   |
| 1969 P    | 10146 | Révision de la LAMA (N 20. 3. 69, Muheim)  |
| 1969 P    | 10208 | Contributions des employeurs aux caisses d'assurance cantonales (N 25. 6. 69, Vincent)   |
| 1970 P    | 10594 | Physiothérapie et assurance-invalidité (N 30. 9. 70, Haller)   |
| 1971 P    | 11061 | Aide aux cliniques dentaires (E 2. 12. 71, Roulin)   |
| 1972 P    | 10901 | Assurance-maladie (N 15. 3. 72, Martin)  |
| 1972 P    | 10945 | Assurance-maladie (N 15. 3. 72, Müller-Berne)  |
| 1972 P    | 10856 | Réintégration des malades mentaux (N 16. 3. 72, Tanner)  |
| 1973 P    | 11713 | Financement des hôpitaux (E 19. 3. 73, Bächtold)   |

1973 P	11535	LAMA. Révision (N 14. 3. 73, Gehler)
1973 P ad	11572	Constitution fédérale. Assurance-maladie (E 25. 9. 73, Commission du Conseil des Etats)
1973 P	11822	Assurance en cas de maladie et d'accident. Adhésion dans des cas particuliers (N 28. 11. 73, Leutenegger)
1973 P	11729	Soins à domicile (N 11. 12. 73, Meyer Helen)
1973 P	11786	Alcoolisme. Prestations des caisses-maladie (N 28. 11. 73, Sauser)
1974 P	12029	Protection de la maternité (N 25. 9. 74, Wicky)
1975 P	12206	Assurance-maladie (N 19. 3. 75, Bächtold-Berne)
1975 P	12199	Assurance-maladie et accidents (N 19. 3. 75, Barchi)
1975 P	12198	Assurance-maladie (N 19. 3. 75, Groupe socialiste)
1975 P	12209	Assurance-maladie (N 19. 3. 75, Jelmini)
1975 P	12207	Assurance contre les risques en matière de santé (N 19. 3. 75, Naegeli)
1975 P	12202	Assurance-maladie. Mesures urgentes (N 20. 3. 75, Ribl)
1975 P	75.352	LAMA. Planning familial (N 19. 6. 75, Sahlfeld)
1975 P	75.341	Spécialiste en prothèses dentaires et LAMA (N 2. 6. 75, Welter)
1976 P	76.332	Psychothérapie et caisses-maladie (N 24. 6. 76, Condrau)
1976 P	76.301	Examens gynécologiques préventifs. Prise en charge par les caisses-maladie (N 17. 12. 76, Groupe socialiste)
1976 P	75.495	Compensation de revenu des parents (N 17. 12. 76, Groupe socialiste)
1976 P	76.352	Assurance-maladie (N 8. 10. 76, Ziegler-Soleure)
1976 M ad	11958	Avortement. Initiative populaire (N 2. 10. 75, Commission du Conseil national; E 14. 12. 76)
1977 P	76.329	Assurance-maladie. Révision urgente (N 23. 3. 77, Trottmann)
1977 P	76.334	Assurance-maladie. Détenus (N 23. 3. 77, Villard)
1977 P	76.500	Caisses-maladie. Subventions (N 23. 3. 77, Fischer-Berne)
1977 Mad	77.010	Frein aux dépenses dans le domaine de la santé (E 3. 5. 77, Conseil des Etats; N 4. 5. 77)
1978 P	77.436	Caisses-maladie. Médicaments non admis (N 19. 1. 78, Besuchet)
1978 P	77.490	Caisses-maladie. Egalité des cotisations entre les deux sexes (N 9. 3. 78, Spreng)
1978 P	77.454	Assurance-maternité et protection des travailleuses (N 3. 10. 78, Carobbio)
1978 P	78.443	CNA. Assurance-maladie (N 5. 10. 78, Forel)
1978 <sup>1)</sup> P	77.428	Protection de la mère et de l'enfant (N 3. 10. 78, Groupe démocrate-chrétien)

<sup>1)</sup> Ces propositions, présentées sous forme de motions, ont été acceptées en partie sous forme de postulats.

- 1979<sup>1)</sup> M 77.428 (N 3. 10. 78; E 14. 3. 79)
- 1978<sup>1)</sup> P 77.429 Assurance-maternité (N 3. 10. 78, Meier Josi)
- 1979<sup>1)</sup> M 77.429 (N 3. 10. 78; E 14. 3. 79)
- 1979 P 78.367 LAMA. Situation faite à la femme (N 7. 3. 79, Morf)
- 1979 P 78.479 Assurance-maladie. Non-épuiement du droit aux prestations (N 8. 3. 79, (Miville)-Eggl-Winterthour)
- 1979 P 78.432 Baisse des coûts de l'assurance-maladie (E 5. 6. 79, Guntern)
- 1979 P 78.528 Assurance-maladie (N 24. 9. 79, Groupe socialiste)
- 1979 M 78.583 Caisses-maladie. Prestation aux détenus (N 15. 3. 79, Eggl-Winterthour; E 2. 10. 79)
- 1979 P 79.376 Secteur hospitalier. Coordination (N 27. 11. 79, Jelmini)
- 1980 P 80.347 Hygiène publique. Statistique (E 3. 6. 80, Miville)
- 1980 P 79.556 Assurance-maladie. Répartition des tâches (N 25. 9. 80, Mascarin)
- 1980 P 79.572 Contrôle du prix des médicaments (N 25. 9. 80, Mascarin)
- 1981 P 80.554 Assurance-maladie. Economicité (N 19. 6. 81, Zehnder)

Nous vous prions d'agréer, Messieurs les Présidents, Mesdames et Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

19 août 1981

Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération, Furgler  
Le chancelier de la Confédération, Buser

<sup>1)</sup> Ces propositions, présentées sous forme de motions, ont été acceptées en partie sous forme de postulats.

## Vue d'ensemble

*La loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (LAMA, RS 832.01) date de 1911. Son titre premier régit l'assurance-maladie pratiquée par les caisses reconnues. Cette assurance est facultative sur le plan fédéral, individuelle et encouragée par des subventions. Elle garantit des soins médico-pharmaceutiques et des indemnités journalières. Quant au titre deuxième de la loi, qui concerne l'assurance-accidents obligatoire, il fait maintenant l'objet de la nouvelle loi sur l'assurance-accidents (LAA), que vous avez adoptée le 20 mars 1981. Les dispositions sur l'assurance-maladie ont été partiellement révisées en 1964, mais sans modifications fondamentales des structures existantes. Les tentatives de réformer l'assurance-maladie sur le plan constitutionnel ont échoué lors d'un scrutin populaire de 1974. Depuis cette date, de nombreuses interventions parlementaires ont toutefois demandé que l'assurance-maladie soit révisée sur la base de la disposition constitutionnelle en vigueur (art. 34<sup>bis</sup> cst.). Le projet qui vous est soumis repose essentiellement sur un avant-projet du Département de l'intérieur, qui a reçu un accueil dans l'ensemble favorable lors de la procédure de consultation. Ce projet se limite aux modifications considérées comme particulièrement urgentes et tient compte des propositions relatives à une nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons.*

*En ce qui concerne les soins médicaux et pharmaceutiques (traitement ambulatoire et hospitalier de la maladie), le projet renonce à déclarer l'assurance obligatoire sur le plan fédéral. En revanche, il prévoit de faciliter l'accès à l'assurance de certaines catégories de personnes, en assouplissant la réglementation des réserves pour les enfants et en élevant la limite d'âge d'admission. De même, le droit d'exclure un assuré subit quelques limitations. Quant aux prestations, elles seront modérément étendues. Il est prévu, en particulier, de supprimer la limite de durée pour les prestations hospitalières et de rendre possible l'assurance d'examen préventifs et de traitements dentaires. Des mesures seront prises, tant dans le domaine des prestations qu'en matière tarifaire, en vue de freiner l'explosion des coûts. C'est ainsi que le caractère économique des prestations mises à la charge des caisses-maladie sera examiné de plus près et que les tarifs devront être établis selon les principes d'une saine gestion. En particulier, les prestations d'hospitalisation seront, toujours sur le plan cantonal, fixées sous forme de forfaits calculés en fonction des frais. L'assurance-maladie continuera d'être financée par les cotisations, une participation des assurés aux frais (modifiée) et des subventions des pouvoirs publics. Ces dernières s'élèvent à 900 millions de francs par année et seront calculées selon de nouveaux critères, en vue d'une affectation plus adéquate, notamment en faveur des femmes et des enfants. Les cantons devront prendre en charge une partie des subventions à l'assurance-maladie, leurs propres dépenses dans le domaine hospitalier étant toutefois prises en compte. Les cantons seront également chargés de veiller à l'allègement des cotisations pour les assurés à ressources modestes.*

---

*L'assurance d'une indemnité journalière (couverture de la perte de gain consécutive à la maladie) devient obligatoire pour tous les salariés. La réglementation de cette assurance a été en majeure partie harmonisée avec celle de l'assurance-accidents. En cas d'incapacité totale de travail, l'assuré a droit en principe dès le 31<sup>e</sup> jour, à une indemnité journalière de 80 pour cent du gain assuré. La durée de versement est fixée de telle sorte qu'en cas de longue maladie, le passage à la rente de l'assurance-invalidité se produise autant que possible sans lacune. L'assurance obligatoire d'une indemnité journalière sera gérée par des caisses-maladie et des compagnies privées.*

*L'assurance-maternité reste intégrée dans l'assurance-maladie. Le fait que l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques n'est pas obligatoire a été corrigé en ce sens que même les femmes non assurées peuvent bénéficier, du moins en partie, de prestations de soins. Une extension importante des prestations pour soins médicaux et pharmaceutiques n'était pas nécessaire. En revanche, la durée des prestations a été portée de 10 à 16 semaines, ce qui représente une amélioration sensible de la protection, notamment pour les femmes qui seront soumises à l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière.*

*Enfin, le projet attache une importance particulière à la coordination de l'assurance-maladie avec les autres assurances sociales, singulièrement avec l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité.*

# Message

## 1 Partie générale

### 11 L'assurance-maladie dans le contexte politique

L'assurance-maladie constitue un élément essentiel et traditionnel de notre politique sociale et de notre politique de la santé. En relation étroite avec les autres assurances sociales, elle subit l'influence de leur évolution. Elle est également importante du point de vue de la politique financière, car la Confédération lui verse des subsides considérables et ses dépenses sont soumises à une expansion particulière. Enfin, l'assurance-maladie se trouve directement liée à ce domaine essentiellement cantonal qu'est la santé publique, ce qui explique pourquoi elle s'est aussi trouvée au centre des discussions relatives à la nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons. Il convenait donc de décrire brièvement le contexte politique dans lequel se situe cette assurance, avant d'aborder en détail son développement jusqu'à nos jours et les nombreuses démarches tendant à sa révision.

### 111 La politique en matière d'assurances sociales

Les assurances sociales suisses se sont développées par étapes. Au début de ce siècle, le législateur fédéral a concentré ses efforts sur la substitution de la responsabilité du fabricant par une assurance-accidents et sur l'aménagement de l'assurance-maladie. L'assurance-maladie et accidents a pu être réglée par une loi juste avant la première guerre mondiale, formant par la suite – avec l'assurance militaire et une loi d'encouragement en matière d'assurance-chômage – le système fédéral d'assurances sociales de l'entre-deux-guerres. Juste après la seconde guerre mondiale, les assurances sociales ont connu un essor considérable. Les expériences faites avec la mise en œuvre d'une large solidarité, telle qu'elle avait été réalisée pendant le conflit dans le domaine des allocations pour perte de gain aux militaires (APG), se sont conjuguées à l'idée d'une protection minimale de la population contre les conséquences de la vieillesse, du décès et de l'invalidité. L'assurance-vieillesse et survivants (AVS) a été créée et rendue obligatoire pour toute la population, puis complétée par l'assurance-invalidité (AI). Outre ces institutions, les autres assurances sociales ont certes été révisées en partie, mais seulement quant à leur structure, et non quant aux principes de base: L'assurance-maladie et l'assurance-chômage restaient en principe facultatives; l'assurance-accidents obligatoire ne couvrait qu'une partie des salariés; le législateur fédéral n'a fait usage de la compétence accordée par la constitution en matière d'allocations familiales qu'en faveur de l'agriculture; quant à la compétence d'instituer une assurance-maternité, il ne l'a utilisée que dans le cadre de l'assurance-maladie. Par ailleurs, les caisses de pension – «deuxième pilier» de la prévoyance-vieillesse, survivants et invalidité – se sont développées sur des bases de droit public et de droit privé, pour devenir un facteur important de la sécurité sociale. Dans la dernière moitié des années soixante et la première moitié des années septante, les cotisations et les prestations de ce système particulièrement hétérogène d'assurances sociales ont

été marquées par une forte extension, essentiellement due à la haute conjoncture et à d'importants choix politiques. Le tableau 1 figurant en annexe montre l'évolution des recettes et des dépenses entre 1969 et 1979.

Il ressort de ce tableau que les assurances obligatoires de rentes, à savoir l'AVS, l'AI et les prestations complémentaires, ont subi la plus forte augmentation. Celle-ci est due notamment à la 8<sup>e</sup> révision de l'AVS, qui a permis d'aménager les rentes d'une manière qui garantisse la couverture des besoins vitaux. La situation favorable de l'économie a également permis de développer la prévoyance professionnelle facultative, qui a notamment vu augmenter le nombre de ses assurés. Le volume des cotisations et des prestations s'est aussi beaucoup accru dans l'assurance-maladie. Mais il s'agit là moins d'un effet de l'augmentation du nombre d'assurés ou de la diversification des prestations que d'une hausse particulièrement accentuée des frais médicaux et pharmaceutiques. Dans l'assurance-accidents, où les bases légales sont restées inchangées, l'augmentation des dépenses de soins s'est combinée avec celle des prestations, dépendant du salaire, qui ont évolué en même temps que celui-ci. Quant à la croissance constatée dans les autres assurances sociales (assurance militaire, assurance-chômage, APG et allocations familiales), elle est essentiellement due à l'augmentation des prestations en cas de chômage. Le tableau montre aussi le poids respectif des différentes branches d'assurances sociales. Par rapport à celui de l'assurance-maladie, le poids de la prévoyance-vieillesse, survivants et invalidité est un peu plus élevé en Suisse que dans les autres pays d'Europe occidentale. Cette différence provient surtout de ce que chez nous l'assurance-maladie ne rembourse qu'une partie des frais effectifs, notamment pour ce qui est des soins hospitaliers.

Dans la seconde moitié des années septante, les bouleversements intervenus dans les conditions économiques et financières ont amené un certain changement d'orientation en matière d'assurances sociales. La tendance était désormais moins de développer les prestations que de compléter et d'aménager selon les besoins de l'heure les systèmes existants et de combler les lacunes dans la couverture d'assurance. De plus, une importance prioritaire était accordée à la consolidation financière de chacune des branches d'assurances sociales. Il s'agissait enfin de rechercher une meilleure coordination et une collaboration plus efficace entre ces différentes branches. De tels objectifs ont déjà marqué l'esprit de la 9<sup>e</sup> révision de l'AVS. Ils ont également influencé l'examen du projet de loi sur la prévoyance professionnelle, qui vise à étendre à tous les salariés des systèmes d'assurance existants et à prescrire certaines normes minimales. Il en a été de même pour la nouvelle loi sur l'assurance-accidents, dont les principales innovations sont l'extension de l'assurance obligatoire à tous les travailleurs et la coordination avec d'autres branches des assurances sociales, et pour la généralisation de l'assurance-chômage. Des considérations semblables ont aussi inspiré notre projet de révision partielle de l'assurance-maladie.

## **112      Politique financière**

La Confédération a toujours accordé à l'assurance-maladie une valeur sociale

de premier plan et verse des subventions aux caisses-maladie depuis l'entrée en vigueur de la LAMA. Au début, il s'agissait de subsides par assuré fixés en francs pour chaque assuré, selon un taux qui variait relativement peu entre les hommes, les femmes et les enfants, ainsi que de subsides de montagne et de contributions en cas d'accouchement. Lors de la révision de 1964 de la LAMA, les subsides par tête, soit environ 90 pour cent des subventions fédérales (subsides de base pour les hommes, les femmes et les enfants assurés et subsides de montagne) ont été fixés en pour-cent de la moyenne suisse des frais médicaux et pharmaceutiques et complétés par quelques subsides spéciaux (maternité, tuberculose, soins médicaux aux invalides). Les subventions fédérales ont ainsi doublé. Par la suite, elles n'ont cessé de s'accroître, sous l'influence de l'augmentation des frais médicaux et pharmaceutiques. Le tableau 2 reproduit en annexe établit, pour la période allant de 1966 à 1979, la comparaison entre les dépenses des caisses-maladie et les subsides que la Confédération leur verse, d'une part, et l'ensemble des dépenses fédérales, d'autre part. Il montre l'évolution de ces valeurs et surtout le poids qui revient aux subventions dans le budget de la Confédération.

La détérioration de l'état des finances fédérales, qui a commencé au milieu des années septante, a contraint le Conseil fédéral et le Parlement à freiner l'accroissement constant des charges que représentaient les subsides aux caisses-maladie. Une première série de mesures d'économie (voir l'arrêté fédéral du 31 janvier 1975 sur la réduction de subventions fédérales, RS 611.02, ainsi que les arrêtés du Conseil fédéral et les ordonnances qui en découlent) a entraîné la réduction de 10 pour cent des subsides pour 1975 et 1976 et de 11,5 pour cent pour 1977, ainsi que la suppression des subsides à l'assurance-indemnité journalière à partir de 1977. Lors de l'adoption du deuxième «paquet» financier (loi du 5 mai 1977 instituant des mesures propres à équilibrer les finances fédérales, RS 611.04), les subsides par assuré de 1976 ont été déclarés déterminants pour les subventions de base à partir de 1978 et les autres subventions ont été limitées au niveau des prestations atteint en 1976, ce qui revenait pratiquement à fixer un plafond d'environ 880 millions de francs. Enfin, le troisième «paquet» financier (arrêté fédéral du 20 juin 1980 sur la réduction des subventions fédérales et ordonnance du 2 juillet 1980, RS 611.02) a réduit de 5 pour cent à partir de 1981 l'ensemble des subventions fédérales à l'assurance-maladie, abaissant ainsi leur plafond à environ 840 millions de francs. Toutes ces mesures d'économies ont fait diminuer d'environ 630 millions de francs le montant global des subsides qui était prévu à l'origine pour les années 1975 à 1979.

A chaque intervention dans le système des subventions fédérales, il a été rappelé que l'affectation et le montant de celles-ci serait soumis à un nouvel examen lors de la révision partielle de l'assurance-maladie, ce qui a été fait. D'après le projet, les subventions doivent en effet (comme on le verra en détail plus loin) être affectées de manière plus appropriée pour les femmes et les enfants, ainsi que pour la compensation des hypothèques dites sociales des caisses-maladie. En ce qui concerne le montant total des subsides, nous estimons que, si les réductions de ces dernières années ont certes augmenté les charges des assurés, cette augmentation n'a cependant pas dépassé la mesure

du supportable et n'a pas désavantagé de manière manifeste les caisses-maladie dans la gestion d'une assurance-maladie sociale étendue. C'est pourquoi nous sommes d'avis que, pour les futures subventions également, il y aura lieu de partir d'un ordre de grandeur de 900 millions de francs. Environ deux tiers des subsides seraient fixés d'avance tous les trois ans, alors qu'un tiers dépendrait directement des dépenses. Le chiffre 113 évoque en détail la question de la participation des cantons aux subsides alloués aux caisses-maladie.

### **113 Répartition des tâches entre la Confédération et les cantons**

Sur le plan constitutionnel, l'assurance-maladie est de la compétence fédérale et la santé publique essentiellement de la compétence des cantons. Les deux domaines sont étroitement liés. La Confédération désigne les prestations que les caisses-maladie sont tenues d'allouer aux assurés en cas de traitement ambulatoire ou hospitalier, et exerce ainsi une influence indirecte sur l'offre de prestations de santé. Hormis le cas des médicaments et des analyses de laboratoire, ces prestations sont rémunérées en principe selon des tarifs négociés entre les caisses-maladie et leurs partenaires du domaine de la santé. Ces tarifs sont jusqu'à présent établis sur le plan cantonal pour les médecins et les hôpitaux et le plus souvent sur le plan suisse pour les autres personnes exerçant une profession médicale. Lorsqu'aucune convention tarifaire ne peut être conclue, le gouvernement cantonal doit fixer lui-même un tarif, à la suite d'une procédure réglée de manière détaillée. En ce qui concerne les tarifs hospitaliers en particulier, ces principes ont conduit à des différences considérables entre les cantons, qu'il s'agisse de la structure des rémunérations ou du taux dit de couverture, c'est-à-dire du rapport entre le remboursement et les frais effectifs. Cette situation pose des problèmes ardues aux caisses. D'une façon générale, les charges de l'assurance-maladie provenant du secteur hospitalier se sont accrues au cours de ces dernières années. C'est pourquoi diverses interventions parlementaires ont demandé que la Confédération renforce son influence sur l'évolution des coûts et la planification dans le domaine hospitalier.

La commission d'experts chargée de la révision partielle de l'assurance-maladie a discuté de manière approfondie les questions de coûts et de tarifs. Dans le secteur hospitalier, elle a suggéré d'introduire une participation des caisses-maladie plus appropriée aux charges en prévoyant un taux de couverture fixe de 50 pour cent, en vue de tracer clairement la limite entre les obligations respectives des caisses et des autorités responsables des hôpitaux. Une comptabilité hospitalière plus transparente devrait en outre permettre de mieux connaître les coûts et de comparer les frais d'exploitation des différents établissements. Ces propositions ont donné lieu à des réactions diverses en procédure de consultation. La grande majorité des cantons ont rejeté l'idée d'un taux de couverture fixe, alors que les organisations privées lui ont réservé un accueil généralement favorable.

Parallèlement aux travaux tendant à la révision partielle de l'assurance-maladie se déroulaient ceux d'une commission d'étude sur une nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons. Cette commission a aussi examiné les relations entre l'assurance-maladie et la santé publique. Elle est arrivée à la

conclusion que la désignation des prestations obligatoirement à la charge des caisses-maladie est indubitablement du ressort de la Confédération. Par contre, elle a élaboré deux variantes en ce qui concerne l'autonomie tarifaire. Une variante I prévoyait le maintien de la compétence exclusive des cantons en matière tarifaire, ceux-ci étant appelés à supporter la moitié des subventions versées aux caisses-maladie. La variante II, qui s'inspirait des vues de la commission d'experts chargée de la révision partielle de l'assurance-maladie, prévoyait que la Confédération pouvait fixer un maximum pour le taux de couverture en cas d'hospitalisation, mais devait prendre en charge toutes les subventions aux caisses. La procédure de consultation relative à ces propositions a montré que 22 cantons, 5 partis et 17 organisations étaient favorables à la variante I, 1 canton, 2 partis et 13 organisations à la variante II, alors que 3 cantons, 1 parti et 2 organisations se prononçaient contre les deux variantes.

Partant de ces résultats, nous présentons ici une solution qui s'inspire de la variante I.

Cette solution tient compte de la compétence des cantons en matière de santé publique et de politique hospitalière. Dans un message sur les premières mesures visant à la nouvelle répartition des tâches, nous proposerons de décharger les cantons de leur participation au financement de l'AVS. Leur participation au financement de l'assurance-maladie ne sera appliquée qu'à partir du moment où la nouvelle répartition des tâches les aura déchargés de manière suffisante dans d'autres domaines. La répartition prévue nous paraît d'autant plus justifiée que l'AVS est en principe régie uniquement par le droit fédéral, alors que l'assurance-maladie touche sur plusieurs points le domaine d'activité des cantons, à cause de ses liens étroits avec la santé publique. Les cantons disposent, surtout en matière financière et tarifaire dans le domaine des hôpitaux, d'une assez large liberté, qui leur permet d'exercer une influence déterminante sur les coûts de l'assurance-maladie. Leur participation au financement de celle-ci doit donc être prévue. Il s'agit d'éviter des transferts excessifs de frais hospitaliers sur l'assurance-maladie et de stimuler la modération des dépenses de santé également sur le plan cantonal. Une augmentation des frais de l'assurance-maladie qui demeurerait constante et nettement supérieure à l'évolution des salaires finirait par mettre en danger le système actuel d'assurance-maladie reposant sur des primes indépendantes du revenu. C'est pourquoi la solution proposée table aussi sur le sens des responsabilités des cantons en matière tarifaire. Pour les cantons à faible capacité financière, les charges résultant de la nouvelle répartition des tâches seront maintenues dans des proportions acceptables grâce à la compensation financière générale.

## **12 Le développement de l'assurance-maladie**

### **121 Généralités**

La législation sur l'assurance-maladie sociale repose sur l'article 34<sup>bis</sup> cst., qui a été introduit en 1890. Cette disposition donne à la Confédération la compétence d'instituer l'assurance-maladie, en tenant compte des caisses existantes, et de déclarer cette assurance obligatoire en général ou pour certaines catégo-

ries de la population. Une première tentative (la «Lex Forrer») d'instaurer une assurance partiellement obligatoire pour les soins médico-pharmaceutiques et l'indemnité journalière a échoué lors d'un scrutin populaire qui s'est déroulé en 1900. La LAMA, adoptée le 13 juin 1911 après plusieurs années de travaux préparatoires, se bornait pour l'essentiel à prévoir la reconnaissance des caisses-maladie et l'octroi de subventions, ainsi qu'à réglementer l'admission et le libre passage des assurés, les prestations minimales et le financement. Elle laissait aux cantons, le cas échéant aux communes, la possibilité d'introduire une assurance obligatoire. L'assurance-maladie sociale recevait ainsi la forme qu'elle a gardée jusqu'à nos jours : une assurance individuelle et facultative sur le plan fédéral, gérée par des caisses reconnues et subventionnées. La LAMA est restée pratiquement inchangée jusqu'en 1964.

Bien que l'article 34<sup>quinquies</sup> cst. ait été complété, en 1945, par un 4<sup>e</sup> alinéa qui chargeait la Confédération d'instituer l'assurance-maternité, celle-ci est restée jusqu'à maintenant partie intégrante de l'assurance-maladie.

La révision de 1964 de la LAMA a étendu les prestations d'assurance-maladie et introduit quelques prestations spéciales en cas de maternité ; elle a aussi modifié les dispositions applicables aux médecins, réaménagé la procédure et augmenté les subventions. Mais elle n'a rien changé à la structure de l'assurance. Notre message du 19 mars 1973 sur les projets constitutionnels relatifs à l'assurance-maladie, accidents et maternité (FF 1973 I 908) a retracé en détail l'évolution du droit dans ces domaines. Les chiffres 13 et 14 du présent message fournissent les renseignements nécessaires sur les nouvelles démarches en vue d'une révision. Les lignes qui suivent exposent l'évolution de l'assurance-maladie depuis 1966 et la situation actuelle.

## **122      Personnes assurées**

### **122.1    Assurance des soins médicaux et pharmaceutiques**

L'assurance-maladie sociale permet à chaque habitant de notre pays de s'assurer pour les soins médicaux et pharmaceutiques. Bien aménagée, une telle assurance constitue sans aucun doute, dans les conditions actuelles, un élément essentiel de la sécurité sociale. Or, le tableau 1 ci-après montre que la densité d'assurance (nombre d'assurés pour 100 habitants) augmente constamment dans ce secteur.

En 1979, un peu plus de 95 pour cent de la population était assurée pour les soins médicaux et pharmaceutiques. On évalue à 130 000 le nombre des personnes assurées dans ce secteur par des compagnies privées d'assurance. De sorte qu'environ 130 000 personnes seulement ne sont pas encore assurées pour les soins médicaux et pharmaceutiques. Certains indices donnent à penser que la densité d'assurance est plus basse chez les personnes âgées que dans les jeunes générations et chez les personnes d'âge moyen.

Quelques cantons et plusieurs communes ont fait usage de la faculté, prévue à l'article 2 LAMA, d'instituer sur leur territoire une assurance-maladie obligatoire pour toute la population ou certaines catégories de celle-ci.

## Densité d'assurance dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques

Tableau 1

Année	Population moyenne (évaluation)	Personnes assurées pour les soins médicaux et pharmaceutiques <sup>1)</sup>	Densité d'assurance <sup>2)</sup>
1966 .....	5 996 000	5 046 375	84,2
1967 .....	6 063 000	5 191 918	85,6
1968 .....	6 132 000	5 319 543	86,8
1969 .....	6 212 000	5 447 927	87,7
1970 .....	6 267 000	5 569 400	88,9
1971 .....	6 324 000	5 697 718	90,1
1972 .....	6 385 000	5 830 521	91,3
1973 .....	6 431 000	5 948 851	92,5
1974 .....	6 442 800	6 029 863	93,6
1975 .....	6 405 000	6 018 233	94,0
1976 .....	6 346 000	5 990 076	94,4
1977 .....	6 327 000	6 000 486	94,8
1978 .....	6 337 000	6 042 418	95,4
1979 .....	6 356 300	6 096 509	95,9

<sup>1)</sup> Sans les personnes résidant à l'étranger

<sup>2)</sup> Nombre d'assurés pour 100 habitants

Après s'être développée pendant plusieurs dizaines d'années, l'assurance-maladie obligatoire se présente actuellement de la manière suivante:

- Le canton de Neuchâtel a récemment déclaré l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques généralement obligatoire. Le canton du Jura a posé le principe d'une assurance généralement obligatoire dans sa constitution, mais ne l'a pas encore matérialisé sur le plan législatif.
- 14 cantons (Appenzell-Rhodes extérieures, Appenzell-Rhodes intérieures, Bâle-Campagne, Bâle-Ville, Fribourg, Genève, Lucerne, Saint-Gall, Soleure, Tessin, Thurgovie, Vaud, Valais et Zoug) ont rendu l'assurance obligatoire sur tout leur territoire pour certaines catégories de la population, principalement pour les adultes à ressources modestes et leurs enfants, ou ont délégué partiellement cette tâche aux communes.
- 6 cantons (Berne, Grisons, Schaffhouse, Schwyz, Uri et Zurich) ont confié cette compétence entièrement aux communes.
- 4 cantons (Argovie, Glaris, Unterwald-le-Bas et Unterwald-le-Haut) n'ont pas instauré d'assurance obligatoire, ni cantonale, ni communale.

C'est environ le quart de la population résidante qui est obligatoirement assurée pour les soins médicaux et pharmaceutiques sur la base de ces réglementations cantonales et communales.

Enfin, divers accords internationaux de sécurité sociale instituent une obligation d'assurance d'un genre particulier en prévoyant que les employeurs sont tenus de veiller à ce que leurs travailleurs étrangers s'assurent pour les soins médicaux et pharmaceutiques.

## **122.2 Assurance d'une indemnité journalière**

Dans l'assurance d'une indemnité journalière, il convient de distinguer en fait entre les indemnités en pour-cent du salaire prévues pour les travailleurs, qui couvrent la perte de gain consécutive à la maladie, et des indemnités plus modestes, qui ne sont pas fonction du revenu. Il y avait 2,961 millions de salariés en 1979. La statistique de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) ne distingue certes pas les deux types d'assurance d'une indemnité journalière. Mais si l'on tient compte du nombre des personnes assurées pour une indemnité journalière par le biais d'assurances collectives ou de caisses-maladie d'entreprise, c'est probablement plus d'un million d'assurés qui sont couverts pour la perte de gain par les caisses-maladie. Il s'y ajoute environ 500 00 salariés qui sont assurés pour une indemnité journalière par une compagnie privée. C'est donc à peu près la moitié des travailleurs qui sont assurés pour une part appréciable du salaire. Le montant des indemnités journalières variant passablement, on ne saurait déterminer dans quelle mesure la population active est effectivement couverte.

L'assurance d'une indemnité journalière est, elle aussi, facultative en principe. Les conventions collectives de travail stipulent souvent que les employeurs sont tenus d'assurer leur personnel contre la perte de gain en cas de maladie (en remplacement de l'obligation légale de payer le salaire). D'autre part, diverses caisses-maladie obligent leurs membres assurés pour les soins médicaux et pharmaceutiques à s'assurer également pour le minimum légal de l'indemnité journalière, qui s'élève à 2 francs.

## **123 Prestations d'assurance et évolution des coûts**

Selon le droit actuel, les caisses sont tenues, dans l'assurance-maladie et maternité, de garantir au moins les soins ambulatoires et hospitaliers ou une indemnité journalière de 2 francs en cas d'incapacité totale de travail. Elles peuvent étendre dans leurs statuts l'ampleur et la durée de ces prestations obligatoires, soit en complétant l'assurance de base, soit en prévoyant des assurances complémentaires. Celles-ci ont connu un développement particulièrement important dans le domaine des soins hospitaliers.

Une vue d'ensemble des dépenses les plus importantes de toutes les caisses entre 1966 et 1979 (tableau 3 de l'annexe) montre que les prestations pour soins médicaux et pharmaceutiques sont prédominantes. En 1966, elles représentaient déjà environ 58 pour cent des dépenses totales des caisses, alors que la part des indemnités journalières était d'à peu près 19 pour cent seulement. Cette tendance s'est accentuée par la suite, puisqu'en 1979 les indemnités journalières représentaient près de 9 pour cent des dépenses et les soins médico-pharmaceutiques environ 71 pour cent.

La moyenne des frais de soins médicaux et pharmaceutiques par assuré revêt sans aucun doute une importance déterminante lorsqu'il s'agit d'apprécier l'évolution des coûts dans l'assurance-maladie. Mieux que tout autre indicateur, elle donne la mesure de l'explosion des coûts.

La comparaison entre les différents indicateurs (tableau 4 et graphique 1 en annexe) montre que, de 1966 à 1979, l'indice des prix a augmenté de 77 pour cent, les salaires des ouvriers de 147 pour cent et les frais de soins médico-pharmaceutiques de 329 pour cent. Alors que la progression annuelle moyenne des salaires des ouvriers a été de 7,3 pour cent depuis 1966, celle des frais de soins médico-pharmaceutiques par assuré a été de 11,9 pour cent. L'augmentation de ces frais a donc été en moyenne de 60 pour cent plus forte que celle des salaires des ouvriers.

La plus grande partie des dépenses de soins médicaux et pharmaceutiques se rapporte au traitement médical (tableau 5 et graphique 2 en annexe), en dépit du fait qu'elle a légèrement diminué au cours des ans et qu'elle représente encore près de 41 pour cent des dépenses totales en 1979, par rapport à 48 pour cent en 1966.

Les coûts pharmaceutiques subissent une tendance analogue. En 1979, ils formaient en effet 21 pour cent de tous les frais médicaux et pharmaceutiques, contre 25 pour cent en 1966. En revanche, les frais de traitement hospitalier se sont constamment accrus, passant de 25 pour cent des dépenses totales en 1966 à un peu plus de 36 pour cent en 1979.

L'ensemble des dépenses pour les soins médicaux et pharmaceutiques a progressé ces douze dernières années de 5 à 18 pour cent par assuré et par an. Si ce mouvement a été un peu moins marqué en ce qui concerne les traitements ambulatoires (de 3 à 17%), il a été en général beaucoup plus accentué pour ce qui est des soins hospitaliers.

Tous ces chiffres sont des moyennes. Les différences individuelles résultent notamment de l'âge et du sexe des assurés. En ce qui concerne l'âge, une enquête menée par une importante caisse-maladie (voir graphique 3 de l'annexe) a permis d'établir qu'un homme de 50 ans occasionne en moyenne 2 fois plus de frais et un homme de 70 ans 5 fois plus qu'un homme de 20 ans; une femme de 60 ans occasionne 2 fois plus de frais et une femme de 70 ans 3 fois plus qu'une femme de 20 ans.

Quant aux différences dues au sexe, des recherches approfondies entreprises par la même caisse ont montré que les frais plus élevés occasionnés par les femmes entre 20 et 50 ans ne proviennent qu'en partie de la maternité.

## **124 Financement**

### **124.1 Généralités**

Les deux sources de financement de l'assurance-maladie sont, d'une part, les cotisations des assurés et leur participation aux frais et, d'autre part, les subsides des pouvoirs publics.

Comme le montre le tableau 6 de l'annexe, le rapport entre ces sources n'a subi aucun changement fondamental depuis 1966.

### **124.2 Les cotisations**

Les cotisations des assurés sont fixées séparément pour l'assurance des soins

médico-pharmaceutiques et l'assurance d'une indemnité journalière. Elles prennent essentiellement la forme de montants en francs, les cotisations en pour-cent du salaire n'étant prévues que dans les contrats d'assurance collective et par quelques caisses d'entreprise. Les cotisations peuvent être échelonnées d'après l'âge d'affiliation, le sexe et les conditions locales, ainsi qu'en faveur des mineurs ou des personnes à ressources modestes. Les caisses sont tenues d'échelonner les cotisations lorsque la convention passée avec les médecins classe les assurés en fonction de leurs revenus et de leur fortune, les prestations médicales étant alors remboursées selon cette classification.

Pour de multiples raisons, le montant des cotisations peut varier fortement d'une région à l'autre. Outre la diversité des tarifs cantonaux pour les médecins et les hôpitaux, les différences entre ville et campagne quant à l'offre et à la demande de prestations médicales jouent un rôle déterminant (selon la statistique des médecins de 1979, il y avait en ville un médecin pratiquant librement pour 561 habitants, contre un médecin pour 1604 habitants à la campagne).

### **124.3 La participation aux frais**

Depuis la révision de 1964, la participation de l'assuré aux frais de traitement se compose d'une quote-part en pour-cent et, pour les adultes seulement, d'une franchise. Toute participation est exclue en cas de séjour hospitalier, de tuberculose, de cure balnéaire et de maternité.

Le Conseil fédéral a établi la quote-part à 10 pour cent des frais médicaux et pharmaceutiques en cas de traitement ambulatoire. Il a fixé à 30 francs la franchise, qui est un montant minimal fixe perçu auprès des adultes par les caisses, dans chaque cas de maladie, sur les frais de médecin ou de chiropraticien. La franchise s'élève toutefois à 50 francs pour les assurés qui, le cas échéant, ont été classés dans la catégorie supérieure en vertu d'une convention passée entre caisses et médecins. Elle est de 50 francs au moins pour les assurés qui se trouvent dans une situation très aisée.

En outre, les caisses peuvent prélever une taxe de 2 francs au plus par feuille de maladie, celle-ci étant valable 90 jours.

Il n'est pas possible de déterminer dans quelle mesure la participation aux frais exerce une action modératrice sur les coûts. Quant aux effets d'ordre financier, ils ressortent du tableau 6 figurant en annexe. Bien que la participation aux frais ait pour but de réduire les dépenses pour les cas bénins, il y a lieu de relever que, d'après une enquête menée par une caisse importante, les cas de moins de 250 francs représentent bien environ 50 pour cent des cas de maladie, mais seulement 10 pour cent de toutes les dépenses (voir graphique 4 en annexe).

### **124.4 Les subventions**

Les dépenses de l'assurance-maladie sont couvertes en partie par des subventions de la Confédération, des cantons ou des communes.

La Confédération alloue les subsides suivants :

- a. Des subsides de base pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques (subsides annuels par tête pour hommes, femmes et enfants);
- b. Des subsides pour les prestations de maternité (subsides par accouchement pour les femmes assurées pour soins médicaux et pharmaceutiques ou pour indemnité journalière; subsides pour allaitement);
- c. Des subsides pour les prestations en cas de tuberculose (pour les personnes assurées pour soins médicaux et pharmaceutiques ou pour indemnité journalière);
- b. Des subsides pour soins médicaux et pharmaceutiques aux invalides;
- e. Des subsides supplémentaires de montagne (subsides aux personnes assurées pour soins médicaux et pharmaceutiques; indemnités annuelles aux médecins).

En 1979, les subventions fédérales s'élevaient à 895 millions de francs, après avoir été d'abord réduites depuis 1975 à cause des difficultés financières de la Confédération et, à partir de 1978, pratiquement limitées à ce qu'elles étaient en 1976 (voir ch. 112). Vu le mode actuel de paiement, d'après lequel les caisses reçoivent chaque année une avance pour celle-ci et le solde de l'année précédente, ces chiffres ne peuvent pas se recouper avec ceux des comptes de la Confédération. En 1979, la somme effectivement versée aux caisses s'élevait à environ 880 millions de francs.

Outre la Confédération, tous les cantons et de nombreuses communes allouent aujourd'hui des subsides aux caisses-maladie. Ces subventions prennent différentes formes: compléments aux subsides fédéraux, subsides par tête fixés en francs, subsides servant à réduire les cotisations de certaines catégories d'assurés. Alors qu'en 1966, les subsides cantonaux et communaux s'élevaient à 61 millions de francs, soit 4,9 pour cent de toutes les recettes des caisses, ils atteignaient en 1979 environ 296 millions de francs (cantons: 269 millions; communes: 27 millions), soit 5,5 pour cent des recettes.

## **125 Les caisses-maladie**

### **125.1 Structure**

La pratique de l'assurance-maladie sociale est confiée à des caisses-maladie reconnues. Alors que le nombre des caisses a constamment diminué depuis les années cinquante, celui des assurés n'a cessé d'augmenter. C'est seulement en 1975 et 1976 que l'effectif des assurés a marqué un certain tassement, dû principalement à un recul de population causé par la récession économique. Depuis 1977, le nombre des assurés s'est toutefois accru d'environ 113 000. Le tableau ci-après montre l'évolution depuis 1966.

Jointe à la diminution du nombre de caisses, l'augmentation de l'effectif des assurés a modifié la répartition des caisses d'après leur taille (voir tableau 7 en annexe). Les petites caisses, comprenant moins de 20 000 assurés, ont cédé le pas aux plus grandes, qui ont été presque seules à bénéficier de l'accroissement du nombre des assurés. Il y a lieu de relever à ce propos qu'en 1979, la plus petite caisse n'avait que 30 assurés, alors que la plus grande en avait environ 1,2 million.

Année	Caisses	Assurés <sup>1)</sup>
1966 .....	898	5 551 116
1967 .....	875	5 701 034
1968 .....	857	5 823 863
1969 .....	840	5 952 606
1970 .....	815	6 081 402
1971 .....	793	6 229 413
1972 .....	763	6 395 624
1973 .....	735	6 535 407
1974 .....	707	6 629 638
1975 .....	662	6 622 191
1976 .....	634	6 585 088
1977 .....	615	6 594 968
1978 .....	598	6 659 723
1979 .....	577	6 735 370

<sup>1)</sup> Membres de caisses, sans distinction entre les genres d'assurance

L'assurance-maladie sociale occupe environ 4500 personnes à plein temps et environ 15 000 à titre accessoire. La part des dépenses des caisses affectée aux frais d'administration a reculé de 9,6 pour cent en 1966 à 7,6 pour cent en 1979 (voir tableau 3 en annexe).

### 125.2 Situation financière des caisses

Les prestations des caisses sont en principe financées par les recettes en cours. Ce système de répartition des dépenses doit cependant être complété par un fonds de sécurité et de fluctuation, essentiellement destiné à faire face aux dépenses extraordinaires et à stabiliser les primes pendant quelques années. Les réserves minimales doivent s'élever à un certain pourcentage des dépenses annuelles, établi selon le nombre d'assurés. D'après le droit en vigueur, cette part représente, suivant le nombre d'assurés, 20 à 160 pour cent des dépenses annuelles.

La réserve moyenne des caisses s'élevait en 1966 à 44 pour cent et seulement à 38 pour cent en 1971. Elle a ensuite constamment baissé, pour atteindre en 1975 son taux le plus bas: 28,5 pour cent. Depuis lors, la situation s'est améliorée. En 1979, le taux moyen était de 36,2 pour cent. Cette avance, due à une augmentation plus lente des coûts, a porté à 1,9 milliard de francs la fortune totale des caisses en 1979, pour des dépenses s'élevant à 5,3 milliards. La fortune correspond à environ 282 francs par assuré. Ces données ne concernent pas seulement l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques mais aussi toutes les assurances pratiquées par les caisses-maladie.

Année	Dépenses en milliers de francs	Fortune	
		Valeur absolue en milliers de francs	En pour-cent des dépenses
1966 .....	1 234 814	546 230	44,2
1967 .....	1 404 928	544 819	38,8
1968 .....	1 560 922	620 940	39,8
1969 .....	1 730 292	707 551	40,9
1970 .....	1 954 708	792 497	40,5
1971 .....	2 255 392	858 068	38,0
1972 .....	2 689 799	904 655	33,6
1973 .....	3 068 645	994 011	32,4
1974 .....	3 577 932	1 073 002	30,0
1975 .....	4 053 935	1 154 305	28,5
1976 .....	4 467 127	1 297 977	29,1
1977 .....	4 675 292	1 546 137	33,1
1978 .....	4 961 514	1 769 125	35,7
1979 .....	5 260 961	1 904 108	36,2

En dépit d'une augmentation considérable des dépenses au cours de ces dernières années, la majorité des caisses observent actuellement les prescriptions sur la sécurité financière, révisées la dernière fois en 1971. Des réserves d'environ un tiers des dépenses annuelles peuvent être considérées comme appropriées. L'évolution future dépendra de l'ampleur que prendront les coûts ces prochaines années. S'ils augmentent fortement, il faudra s'attendre à ce que les réserves diminuent.

### 13 Demandes de révision

La nécessité de réviser l'assurance-maladie, ressentie de tous côtés, s'exprime dans le grand nombre des demandes formulées à ce sujet. Celles-ci ont encore augmenté depuis le scrutin populaire du 8 décembre 1974 sur l'initiative «pour une meilleure assurance-maladie» et le contre-projet du Parlement. Elles ont eu lieu à différents niveaux. Outre l'initiative du canton de Vaud, des interventions parlementaires ont émané pratiquement de tous les milieux politiques.

#### 131 Initiative du canton de Vaud

Le 4 octobre 1968, le canton de Vaud a déposé une initiative qui demandait «l'introduction d'une assurance-maladie générale et obligatoire».

### **132 Interventions parlementaires relatives à l'assurance-maladie**

Au cours des deux dernières décennies, plus de 50 interventions parlementaires (voir à ce sujet la liste au début du message) ont demandé une révision, partielle ou totale, de l'assurance-maladie. Les requêtes les plus importantes, énoncées dans ces interventions, sont résumées ci-après.

Parmi les interventions concernant le développement de l'assurance-maladie, nombreuses étaient celles qui avaient trait au cercle des personnes à assurer. La proposition la plus novatrice à cet égard visait à rendre l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques obligatoire pour l'ensemble de la population. D'autres interventions proposaient d'améliorer la protection des assurés, en supprimant les réserves pour les maladies qui existent lors de l'admission dans une caisse ou lors de l'augmentation de la couverture d'assurance, en allouant les prestations statutaires même durant l'exécution d'une peine ou d'une mesure ainsi que pendant la détention, ou encore en facilitant l'affiliation des personnes âgées qui ne sont pas assurées et des Suisses rentrant de l'étranger.

C'est aussi au développement de l'assurance-maladie que tendaient toutes les propositions concernant l'extension du catalogue des prestations. Elles demandaient d'intégrer dorénavant à l'assurance les traitements dentaires, les examens préventifs ainsi que les soins à domicile et préconisaient d'étendre les prestations allouées en cas de traitements psychiatriques et de cures de désintoxication pour alcooliques. D'autres interventions exigeaient que les caisses-maladie accordent leurs prestations sans limite de durée en cas de séjour hospitalier.

Quant aux demandes visant à la modération des coûts, elles prévoyaient notamment l'augmentation de la franchise ou de la participation, l'exclusion des cas bénins, le contrôle des frais de médecin, de médicaments et d'hôpital ainsi que l'élaboration de directives fédérales pour les tarifs hospitaliers.

En rapport avec le financement de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, certaines interventions réclamaient, entre autres, un système de financement plus équitable, l'abolition du «principe du saupoudrage des crédits» pour les subventions et l'égalité de cotisations entre les hommes et les femmes.

Dans le domaine de l'assurance d'une indemnité journalière, il convient de mentionner, en particulier, la proposition de rendre celle-ci obligatoire pour tous les salariés et de la financer par des primes uniformes exprimées en pourcentage du salaire, l'employeur et le travailleur devant en supporter chacun la moitié.

### **133 Interventions parlementaires et initiative populaire relatives à l'assurance-maternité**

De nombreuses interventions parlementaires ont trait à l'assurance-maternité. Si certaines d'entre elles prévoient d'améliorer les prestations dans le cadre de l'assurance-maladie actuelle, d'autres tendent à séparer l'assurance-maladie et l'assurance-maternité, faisant de celle-ci une assurance en soi. Ces interven-

tions ont toutes pour but d'améliorer la protection de la femme enceinte et de la mère, que celles-ci exercent une activité lucrative ou non. Elles demandent l'extension de la protection d'assurance à toutes les femmes par l'introduction d'une assurance obligatoire, l'amélioration des prestations en nature ou en espèces (tant pour les mères exerçant une activité lucrative que pour celles n'en exerçant pas), des mesures pour la reprise ultérieure d'une activité professionnelle, l'extension de la protection contre le licenciement, la prolongation du congé de maternité et l'institution d'un congé parental.

L'initiative populaire du 21 janvier 1980 «pour une protection efficace de la maternité» demande d'introduire une assurance-maternité obligatoire et générale au moyen d'une modification constitutionnelle et reprend les postulats déjà mentionnés, à l'exception de ceux qui concernent la réinsertion professionnelle et l'extension de la protection contre le licenciement.

## **14 Les tentatives de révision**

### **14.1 Jusqu'au scrutin populaire du 8 décembre 1974**

Les tentatives visant à réaménager l'assurance-maladie remontent à la fin des années soixante. En 1969, le Département de l'intérieur a constitué une commission d'experts, qu'il a chargée «d'étudier toutes les questions se posant en relation avec une révision de l'assurance-maladie et de lui faire rapport à ce propos à l'intention du Conseil fédéral». La commission a examiné de manière approfondie les problèmes posés par l'assurance-maladie et les domaines connexes de la santé publique. Le 11 février 1972, elle a remis un rapport accompagné de principes relatifs à un nouveau régime de l'assurance-maladie («Modèle de Flims»). Dans ce projet, les experts préconisaient d'introduire une assurance pour frais d'hospitalisation générale et obligatoire, financée par des cotisations en pour-cent du salaire; ils proposaient de maintenir, sur le plan fédéral, le caractère facultatif de l'assurance des autres soins médicaux et pharmaceutiques, tout en prévoyant une certaine extension des prestations (prophylaxie, traitement dentaire) et une affectation plus adéquate des subventions. Ils recommandaient en outre d'instituer pour tous les salariés l'assurance d'une indemnité journalière obligatoire, financée par les primes des travailleurs et des employeurs. Lors de la procédure de consultation, le «Modèle de Flims» n'a rencontré qu'une approbation partielle et a donné lieu à une série de modèles et de projets différents. Aussi le Conseil fédéral a-t-il décidé de renoncer à une révision légale et de poursuivre l'étude d'un nouveau régime d'assurance-maladie sur le plan constitutionnel.

Cette solution s'imposait d'autant plus qu'en mars 1970 avait été déposée l'initiative populaire «pour une meilleure assurance-maladie», qui se proposait de fixer dans la constitution le principe d'une assurance-soins médico-pharmaceutiques et indemnité journalière, obligatoire et financée d'après les règles de l'AVS. Suite à cette initiative, le Conseil fédéral a élaboré un contre-projet qui prévoyait, pour l'essentiel, une assurance-gros risques obligatoire, l'assurance facultative pour les autres soins médico-pharmaceutiques et l'assurance d'une indemnité journalière obligatoire pour les salariés. Après de vives discussions, le Parlement a considérablement modifié ce projet gouvernemental. Il a

renoncé à introduire, au niveau fédéral, l'obligation d'assurance pour les soins médicaux et pharmaceutiques; par contre, il a prévu de percevoir, selon les règles de l'AVS, une cotisation de 3 pour cent du salaire au plus, destinée à réduire le coût du traitement hospitalier, des soins à domicile, des prestations de maternité et des mesures de médecine préventive. Il a par ailleurs proposé d'étendre quelque peu les prestations de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques et de maintenir l'idée de l'assurance d'une indemnité journalière obligatoire pour les salariés.

Lors du scrutin populaire du 8 décembre 1974, le peuple et les cantons ont rejeté l'initiative par 1 010 103 non contre 384 155 oui et le contre-projet par 883 179 non contre 457 923 oui. Tous les cantons ont rejeté les deux textes.

## **142      Depuis le scrutin populaire du 8 décembre 1974**

Immédiatement après l'issue négative du scrutin, des interventions parlementaires ont réclamé une révision de l'assurance-maladie sur le plan légal, et le Conseil fédéral s'est déclaré prêt à organiser les travaux préparatoires en vue d'une telle révision, déjà lors de la session de mars 1975. Il a chargé ensuite l'OFAS d'engager des discussions préliminaires avec les cantons et les organisations intéressées quant aux possibilités de révision. Sur la base des résultats de ces entretiens, l'OFAS a élaboré des thèses relatives à une conception de la révision. En mai 1976, le Département de l'intérieur a constitué une commission d'experts, qu'il a chargée de préparer les principes d'une révision partielle de l'assurance-maladie. Cette commission a déposé son rapport le 5 juillet 1977. Elle y proposait, principalement, d'introduire une assurance des soins médico-pharmaceutiques facultative sur le plan fédéral, qui devait être financée non seulement par des cotisations individuelles et des subventions (réduites), mais encore par une cotisation d'un pour cent du salaire; elle prévoyait en outre d'étendre, dans une mesure limitée, les prestations et de modifier le système de remboursement des soins hospitaliers. Quant à l'assurance d'une indemnité journalière, elle devait être obligatoire pour les salariés. Ce rapport n'a pas été soumis à une procédure de consultation formelle, mais les cantons et les organisations intéressées ont pu faire part de leurs remarques et de leurs suggestions; il a d'ailleurs été largement fait usage de cette possibilité. Les propositions des experts ont rencontré, en général, un accueil favorable et seul le financement partiel de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques au moyen de cotisations en pour-cent du salaire s'est heurté à une large opposition.

Se fondant sur les travaux préparatoires des experts et sur les divers avis exprimés, le Département de l'intérieur a élaboré un rapport et un avant-projet de révision partielle de l'assurance-maladie, qu'il a soumis en novembre 1978 aux cantons, aux partis politiques et aux organisations intéressées, l'échéance de cette procédure de consultation étant fixée à la fin de mai 1979. L'avant-projet renonçait à des cotisations en pour-cent du salaire pour l'assurance des soins médico-pharmaceutiques et se limitait aux moyens de financement habituels, tout en prévoyant une affectation plus adéquate et une meilleure coordination des subsides fédéraux et cantonaux. Quant à l'extension des

prestations et au développement de l'assurance d'une indemnité journalière, l'avant-projet reprenait, pour l'essentiel, les propositions de la commission d'experts. Les dispositions visant à la modération des coûts ont été l'objet d'une attention particulière. C'est ainsi que, dans le domaine hospitalier, on a procédé à une nouvelle définition de la couverture des frais et délimité les parts supportées respectivement par l'assurance et les responsables des hôpitaux.

Cet avant-projet a rencontré un accueil favorable au cours de la procédure de consultation. Il n'y a pas eu d'opposition de principe au maintien du caractère facultatif de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, bien que les organisations de travailleurs et les institutions sociales, en particulier, aient réclamé l'introduction d'une assurance obligatoire lors d'une future révision totale de l'assurance-maladie. De larges milieux ont aussi accepté les propositions d'extension des prestations et de réaménagement du financement. La réduction des coûts a été souvent désignée comme l'un des objectifs prioritaires de la révision partielle. Seules les propositions de nouvelle réglementation des tarifs hospitaliers se sont heurtées à une opposition manifeste, notamment de la part des cantons. Par contre, l'idée de rendre l'assurance d'une indemnité journalière obligatoire pour l'ensemble des salariés a été largement acceptée.

Les travaux préparatoires relatifs au présent message ont été quelque peu retardés par la discussion qui a eu lieu au sujet de la nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons; nous renvoyons à ce sujet au chiffre 113. Il a fallu en particulier attendre de connaître la réponse à la question suivante: les cantons doivent-ils, tout en conservant leur autonomie tarifaire, contribuer directement à la couverture des frais de l'assurance-maladie sociale? Le projet présenté ici n'a pu être achevé qu'après la clôture de la procédure de consultation au sujet de la nouvelle répartition des tâches. Cet ajournement a toutefois permis de tenir également compte de l'initiative populaire «pour une protection efficace de la maternité» déposée le 21 janvier 1980.

## **2           Caractéristiques du projet**

### **21          Généralités**

#### **211        Objectifs**

L'assurance-maladie et l'assurance-maternité, qui lui est rattachée, doivent être révisées. Le grand nombre des interventions parlementaires faites dans ce sens en est une preuve à lui seul. D'autre part, les conclusions de la commission d'experts, nommée en 1976 par le Département de l'intérieur, et les avis exprimés au cours de la procédure de consultation ont également reconnu, en principe, la nécessité d'une révision. Les critiques parues dans la presse au sujet de notre assurance-maladie, divers sondages et les discussions qui se sont déroulées au Parlement ou dans l'opinion publique sur certains problèmes de politique sociale (p. ex., révision de l'assurance-accidents et politique de la vieillesse) vont dans le même sens.

Il faut se demander avant tout si l'assurance-maladie doit être soumise à une révision totale ou partielle. Il est vrai que le nombre et la diversité des

demandes militeraient en faveur d'une révision totale. Toutefois, les expériences faites jusqu'à présent ont montré que les opinions divergent fortement au sujet d'une conception globale de l'assurance-maladie. Il suffit de rappeler que les propositions du «Modèle de Flims» (rapport d'experts du 11 février 1972) n'ont pas été suivies d'effet et qu'elles ont donné lieu à toute une série de modèles différents. Les propositions pour une nouvelle conception de l'assurance-maladie, sur le plan constitutionnel, n'ont pas eu plus de succès. Quant à l'initiative populaire «pour une meilleure assurance-maladie», elle s'est vu opposer un contre-projet, issu de laborieuses discussions. Comme nous l'avons déjà mentionné, le peuple et les cantons ont rejeté ces deux textes, le 8 décembre 1974. Dans ces conditions, nous avons renoncé à envisager un réaménagement complet de l'assurance-maladie et une révision totale des dispositions légales. Ce choix se justifie d'autant plus que l'assurance-maladie et maternité, dans sa structure actuelle mais assortie de quelques adaptations opportunes, devrait être en mesure de remplir dans le proche avenir, de manière satisfaisante, ses tâches de politique sociale et de santé publique. Il est évident que la révision partielle en cours n'exclut pas une refonte ultérieure de l'assurance-maladie, au cas où la protection des malades deviendrait insuffisante ou si la répartition des charges se révélait inéquitable, cela pour autant qu'un consensus politique puisse être trouvé en faveur d'une révision totale.

La révision partielle doit, à notre avis, se limiter aux sujets dont de larges milieux reconnaissent la priorité. C'est ainsi que nous prévoyons d'adapter le système des prestations aux exigences actuelles, notamment en introduisant des prestations hospitalières à durée illimitée, en élargissant les prestations de maternité et en protégeant tous les travailleurs également dans le cas (important du point de vue économique) de la perte de salaire consécutive à la maladie, puisqu'ils sont déjà couverts en cas de chômage et de service militaire et le seront à l'avenir en cas d'accident. La révision partielle doit ensuite poser les bases d'une réduction efficace des coûts, en réaménageant la participation aux frais, en prévoyant des contrôles et des sanctions mieux appropriés et en apportant certaines modifications aux normes sur les tarifs. Il conviendra enfin d'introduire une nouvelle réglementation pour l'octroi des subsides des pouvoirs publics et de prévoir une affectation plus adéquate de ces moyens, notamment en faveur des femmes, des enfants et des assurés à ressources modestes.

Il est évident qu'une telle révision ne permet pas d'aborder les points les plus controversés de l'assurance-maladie. Le caractère facultatif de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, sur le plan fédéral, doit être maintenu. Quant au droit applicable aux médecins, il n'est pas compris dans la révision, bien qu'il contienne quelques règles dépassées. Dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, le principe d'une cotisation individuelle fixe et fortement dépendante du risque reste inchangé, de sorte qu'il incombe toujours aux pouvoirs publics de réaliser la péréquation sociale au moyen de subventions. L'assurance des soins médico-pharmaceutiques conserve donc le caractère d'une assurance individuelle et facultative sur le plan fédéral. Elle constitue ainsi un cas exceptionnel en Europe occidentale. Les expériences faites jusqu'à présent permettent de penser que ce système pourra, à l'avenir aussi,

garantir de façon satisfaisante la protection des assurés contre les conséquences économiques de la maladie. Cela suppose toutefois que l'augmentation des frais de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques reste dans certaines limites, et que les cotisations demeurent donc supportables pour de larges couches de la population.

## **212 Economie du projet**

La LAMA se subdivise actuellement en trois titres. Le premier traite de l'assurance-maladie, le deuxième de l'assurance-accidents obligatoire et le troisième comprend des dispositions transitoires et quelques dispositions générales. Après l'entrée en vigueur de la LAA, les deuxième et troisième titres de la LAMA seront abrogés.

Le titre consacré à l'assurance-maladie qui subsistera après l'entrée en vigueur de la LAA comprendra trois chapitres. Le premier (art. 1<sup>er</sup> et 2) pose les principes généraux relatifs au but et à l'objet de la loi ainsi qu'à la collaboration des cantons en matière d'assurance-maladie. Le deuxième chapitre (art. 2<sup>bis</sup> à 39<sup>bis</sup>) traite de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques et de l'assurance facultative d'une indemnité journalière, c'est-à-dire des assurances régies par cette loi dont la pratique est exclusivement confiée aux caisses-maladie reconnues. Le troisième chapitre (art. 40a à 40s) concerne la nouvelle assurance obligatoire d'une indemnité journalière, soit des dispositions qui doivent être observées non seulement par les caisses reconnues mais encore par les autres assureurs souhaitant pratiquer cette assurance.

S'agissant simplement d'une révision légale partielle, il faut s'en tenir à la répartition systématique des dispositions relatives à l'assurance des soins médico-pharmaceutiques et à l'assurance facultative d'une indemnité journalière. On ne peut dès lors satisfaire qu'en partie à la demande – exprimée de divers côtés au cours de la procédure de consultation – d'après laquelle il convient de modifier l'économie de la loi, afin de rendre celle-ci plus claire.

Nous nous sommes cependant efforcés d'intégrer à la loi les adjonctions et les modifications proposées, de telle sorte que la clarté du texte légal initial s'en ressente le moins possible. La tâche nous a été plus facile lorsqu'il s'est agi d'articles formant un tout que dans le cas d'articles isolés. Après l'entrée en vigueur de la LAA, il sera possible d'améliorer encore l'économie du projet sur certains points.

## **22 Assurance des soins médicaux et pharmaceutiques**

### **221 Personnes assurées**

L'assurance-maladie est la seule assurance sociale régie par le droit fédéral qui soit facultative. Mais cette caractéristique aggrave certains problèmes ou les rend même insolubles. Par exemple, il n'est pas possible d'exiger des caisses qu'elles allouent des prestations dès le début du rapport d'assurance pour une maladie qui existe déjà au moment de l'affiliation, car le principe d'assurance serait alors battu en brèche. Aussi les caisses doivent-elles être en droit

d'imposer des réserves pour les maladies existantes ou passées. Le caractère facultatif de l'assurance ne permet pas non plus d'obliger les caisses à admettre les candidats très âgés, car ceux-ci présentent un risque très élevé de maladie. De même, la loi ne saurait introduire des éléments de solidarité entre assurés que dans une mesure limitée, puisque chacun peut, dans un système non obligatoire, conclure une assurance qui ne satisfait pas à de telles exigences. La solidarité doit donc être principalement garantie au moyen de subsides des pouvoirs publics. C'est pour toutes ces raisons que divers milieux, en particulier les syndicats, les organisations s'occupant de politique sociale et les associations féminines, demandent que l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques soit rendue obligatoire. Les différentes démarches entreprises dans ce sens ont cependant échoué (voir ch. 141). Les discussions au sein de la commission d'experts et les résultats de la procédure de consultation relative à l'avant-projet ont également montré que la proposition d'introduire l'assurance obligatoire des soins médicaux et pharmaceutiques sur le plan fédéral mettrait sérieusement en danger le projet du point de vue politique. C'est pourquoi nous proposons de ne rien modifier au caractère facultatif de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. Le projet réserve cependant, comme c'est déjà le cas aujourd'hui, la compétence des cantons, et éventuellement des communes, de déclarer cette assurance obligatoire. Cela se justifie d'autant plus qu'à l'heure actuelle 95 pour cent de la population est assurée pour les soins médicaux et pharmaceutiques par une caisse-maladie reconnue.

Seules sont donc assurées les personnes qui se sont affiliées d'elles-mêmes à une caisse-maladie. Les caisses sont tenues d'accepter tout candidat qui remplit les conditions d'admission. Elles continueront d'avoir une certaine liberté dans la détermination de ces conditions. Toutefois, elles ne pourront plus fixer un âge maximum d'admission inférieur à celui qui ouvre droit à la rente de l'AVS. Ce problème a déjà perdu de son importance depuis que quelques caisses ont, au cours de ces dernières années, supprimé toute limite d'âge maximale. Aujourd'hui déjà, il est pratiquement possible à chacun de trouver une caisse qui l'admette indépendamment de son âge. Aussi n'est-il pas nécessaire que la loi interdise toute fixation d'un âge maximal. En outre, les caisses ne pourront plus faire dépendre la qualité de membre de conditions tenant au mode de vie ou d'autres exigences. A cet égard, les détenus, en particulier, rencontrent encore actuellement des difficultés. Par contre, les caisses conservent le droit d'imposer des réserves lors de la conclusion de l'assurance. Mais cette faculté sera quelque peu allégée en faveur des enfants, ce qui devrait constituer une incitation à les assurer le plus tôt possible pour les soins médicaux et pharmaceutiques.

## **222      Prestations**

Dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, les caisses-maladie doivent allouer à leurs sociétaires des prestations obligatoires, définies par la loi. Elles peuvent cependant élargir ce catalogue, en accordant à leurs assurés encore d'autres prestations dans le cadre de l'assurance de base ou en leur offrant des assurances complémentaires spéciales. Le catalogue actuel des

prestations, prévu par la loi pour l'assurance de base, peut être considéré de manière générale comme satisfaisant. Une forte extension des prestations ne s'impose dès lors pas, mais il convient tout de même d'étendre quelque peu les prestations obligatoires.

Actuellement, les caisses ne sont obligées de verser leurs prestations qu'en cas de maladie, et non en cas d'accident. Cependant, de nombreuses caisses incluent l'accident dans leurs statuts ou leurs règlements, tout en n'accordant, en principe, leurs prestations qu'au cas où aucune autre assurance n'intervient. Une réglementation de ce genre n'existant pas dans toutes les caisses, des lacunes subsistent encore dans la protection d'assurance en cas d'accident, en particulier pour les personnes non soumises à un rapport de travail (enfants, femmes tenant un ménage et personnes âgées). C'est pourquoi la loi obligera désormais toutes les caisses-maladie à prendre en charge le risque-accident à titre subsidiaire.

L'assurance-maladie n'alloue que des prestations visant directement le traitement d'une maladie existante. Les mesures de médecine préventive n'en font donc pas partie. On se demande aussi souvent si le traitement consécutif à une maladie est encore une prestation obligatoire. Le projet prévoit d'étendre les prestations obligatoires dans ces deux domaines. En matière d'examen préventifs, cette extension ne sera cependant pas générale et se limitera à certaines prestations, qui seront définies dans une ordonnance du Conseil fédéral. Ne seront mis à la charge des caisses que les examens préventifs qui se sont révélés particulièrement utiles et adéquats.

Il y a déjà longtemps que divers milieux demandent que le traitement dentaire soit inclus dans l'assurance-maladie. Il n'est cependant pas opportun d'intégrer totalement ce traitement à l'assurance de base des soins médico-pharmaceutiques. En effet, une telle solution ferait augmenter d'un coup très fortement les prestations obligatoires des caisses, ce qui ne manquerait pas de se répercuter sur les cotisations. Il ne serait d'ailleurs guère possible d'exiger des caisses qu'elles prennent immédiatement en charge des affections dentaires déjà déclarées mais non encore traitées. En outre, ce sont précisément les affections dentaires qui, plus que toutes autres, peuvent être largement combattues par des mesures préventives. C'est pourquoi les assurés n'ont pas tous le même intérêt à ce que le traitement dentaire soit inclus dans l'assurance-maladie. Les mesures préventives ne suffisent cependant pas à écarter tout risque d'affection dentaire, ce qui justifie que l'on prévoie en principe la possibilité de s'assurer également pour couvrir ce risque. Quelques caisses offrent aujourd'hui déjà à leurs sociétaires des assurances complémentaires de ce genre. Le projet dispose que dorénavant toutes les caisses devront offrir à leurs membres la possibilité de conclure une assurance complémentaire des soins dentaires. De plus, conformément à la jurisprudence la plus récente, il conviendra d'inclure dans l'assurance de base certains traitements effectués par des médecins-dentistes. Dès lors, le traitement dentaire fera partie, de par la loi, des prestations d'assurance des caisses-maladie. Cette innovation permettra d'appliquer aussi aux médecins-dentistes les dispositions légales relatives aux conventions tarifaires passées entre caisses et médecins, ce qui renforcera l'efficacité de cette assurance complémentaire.

Quant aux prestations obligatoires en cas d'hospitalisation, elles présentent encore des lacunes considérables. En cas de séjour dans un établissement hospitalier, les caisses-maladie ne doivent prendre en charge que certaines prestations. De plus, les prestations ne sont allouées que durant 720 jours dans une période de 900 jours consécutifs. C'est seulement pour les assurés recevant une rente ou une allocation pour impotent de l'AI que cette limitation ne s'applique pas. Pour les autres assurés, soit en particulier les personnes âgées, le droit aux prestations cesse d'un jour à l'autre en cas d'hospitalisation de longue durée. Cette situation est considérée comme choquante depuis longtemps déjà. Aussi, la proposition faite dans le projet de ne plus limiter la durée des prestations hospitalières a-t-elle été l'innovation la plus favorablement accueillie lors de la procédure de consultation. En plus de leur durée, ce sont les prestations elles-mêmes qui devront recevoir une nouvelle définition. A l'avenir, les caisses-maladie seront tenues de prendre en charge dans tous les hôpitaux un forfait, par journée de soins et par patient, qui corresponde aux frais (forfait pour frais de traitement). Quant à l'assuré, il devra prendre en charge, pour couvrir les frais de nourriture et de logement, un forfait fixé uniformément pour tous les hôpitaux (forfait pour frais de pension). L'obligation des caisses de verser des prestations en cas de séjour hospitalier sera ainsi réglée de manière plus claire qu'aujourd'hui.

Les prestations obligatoires en cas de soins à domicile seront également étendues. Il n'est cependant pas prévu de mettre la totalité de ces soins à la charge de l'assurance-maladie. Comme pour les examens préventifs, il conviendra simplement d'élargir la base légale permettant d'imposer aux caisses certaines prestations déterminées. Celles-ci seront définies par voie d'ordonnance, afin qu'il soit tenu compte le mieux possible tant des capacités financières des caisses que du niveau respectif des services de soins à domicile.

Les dispositions spéciales relatives à la tuberculose seront abrogées. La tuberculose n'occupe plus, parmi les maladies, une place spéciale justifiant des dispositions particulières. Mais cela ne signifie pas que le traitement des assurés tuberculeux subira des restrictions. L'extension générale des prestations (mesures de prévention et de réadaptation et durée illimitée des prestations en cas d'hospitalisation) permettra plutôt de maintenir la couverture actuelle en cas de tuberculose.

## **223      Frein aux dépenses**

Les dépenses de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques augmentant d'une manière constante et disproportionnée, l'un des objectifs prioritaires de la révision doit être de les endiguer.

Comme il n'est pas possible de modifier profondément les structure existantes au moyen d'une révision partielle, le projet tente de freiner l'explosion des coûts par une série de mesures particulières, dont les suivantes :

Dans le domaine tarifaire, le projet doit permettre de mieux prendre en considération des critères reposant sur une saine gestion. Il faudra tenir compte du caractère économique des prestations lors de la conclusion et de

l'approbation des conventions passées entre les caisses, d'une part, et les personnes exerçant une profession médicale ou les établissements hospitaliers, d'autre part. De plus, le Conseil fédéral sera habilité à établir des principes applicables au calcul et à la structure des tarifs, ainsi que des taux indicatifs concernant la tarification des prestations de caractère technique. Les établissements hospitaliers devront calculer leurs coûts d'après les principes de la comptabilité analytique, ce qui permettra une tarification selon ces coûts et, par la même occasion, une meilleure transparence de la gestion de chaque établissement. Il sera ainsi possible de faire entre les hôpitaux des comparaisons dont on espère qu'elles contribueront à réduire les dépenses.

Dans le domaine des prestations également, les critères d'ordre économique devront être mieux pris en considération. C'est ainsi que le Conseil fédéral devra en tenir compte lorsqu'il dressera la liste, nouvellement prévue, des moyens et appareils obligatoirement à la charge des caisses. Des critères économiques seront, entre autres, également pris en considération dans la désignation des médicaments que les caisses sont tenues de rembourser. Ces médicaments seront désormais énumérés dans une liste commune. Afin de renforcer l'effet régulateur de cette liste sur les prix, le projet prévoit que les caisses ne peuvent rembourser les médicaments n'y figurant pas que jusqu'à concurrence de la moitié du prix. D'autre part, le Conseil fédéral est habilité à examiner les méthodes d'investigation et de traitement, existantes ou nouvelles, tant du point de vue scientifique qu'en ce qui concerne l'efficacité et le caractère économique. Enfin, les contributions aux frais de cure ne seront versées que dans les cas où celle-ci a été prescrite par un médecin et se déroule dans un établissement balnéaire reconnu par la Confédération.

Les dépenses de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques ne sont pas seulement déterminées par les prix et les tarifs, mais aussi par les prestations fournies dans chaque cas particulier. C'est pourquoi les médecins seront désormais tenus de communiquer au débiteur des honoraires toutes les données nécessaires à l'examen du caractère économique du traitement. Ils remettront également une note d'honoraires détaillée à l'assuré, ce qui devrait permettre à celui-ci de mieux se rendre compte des dépenses qu'il occasionne. De leur côté, les caisses auront l'obligation de désigner un médecin-conseil, chargé en particulier de vérifier l'efficacité et le caractère économique des traitements. Le projet consacre en outre le droit reconnu aux caisses par la jurisprudence de réclamer au médecin le remboursement de ce qu'elles ont versé pour des prestations médicales superflues. Enfin, les laboratoires et les cabinets médicaux avec laboratoire seront soumis à un contrôle de qualité.

Du côté du financement, le fait que la participation aux frais sera portée de 10 à 20 pour cent constituera sans doute, en dépit du plafonnement qui est prévu, une charge supplémentaire pour les assurés, du moins dans une assez large «fourchette» de dépenses. Mais il est permis de penser que cette nouvelle réglementation incitera les assurés à mieux se rendre compte du coût des traitements qu'ils entreprennent.

Le système actuel de financement de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques est en principe maintenu. Cette assurance continuera donc d'être financée par les cotisations individuelles des assurés, une participation de ceux-ci aux frais et des subsides des pouvoirs publics. Des cotisations en pourcentage du salaire, telles qu'elles existent dans l'AVS, ne sont pas prévues.

Les cotisations des assurés restent la principale source de financement. Chaque caisse continuera de les fixer elle-même, tout en observant les prescriptions légales sur le principe de la mutualité et l'échelonnement des cotisations.

La disposition selon laquelle les cotisations des femmes peuvent dépasser de 10 pour cent au plus celles des hommes reste inchangée. Il n'est pas possible de réaliser dans ce projet l'égalité des cotisations, réclamée notamment par les associations féminines. Les dépenses de soins médico-pharmaceutiques occasionnées par les femmes sont en effet (sans les prestations de maternité) d'environ 50 pour cent supérieures à celles qu'occasionnent les hommes. Cet écart est aujourd'hui compensé principalement par des subventions des pouvoirs publics et par la différence de cotisations entre hommes et femmes, mais aussi en partie par les cotisations des hommes. S'agissant d'une assurance sociale, il serait certes envisageable de mettre encore plus fortement à contribution la solidarité masculine en faveur des femmes, c'est-à-dire d'égaliser les cotisations. Mais il ne faut pas oublier que notre assurance-maladie est facultative et gérée par une multitude de caisses en principes autonomes, ce qui permettrait aux hommes de se soustraire très facilement à un tel devoir de solidarité. Ils pourraient par exemple s'assurer en dehors de l'assurance-maladie sociale, surtout lorsqu'ils sont jeunes et en bonne santé. De même, ils seraient tentés de faire partie de communautés de risque délimitées de telle manière qu'elles ne peuvent pratiquement comprendre que des hommes, comme cela est possible dans certaines caisses d'entreprise, de profession ou d'association professionnelle et par le biais de contrats d'assurance collective. Dans ces conditions, l'égalité des cotisations entre hommes et femmes ne pourrait être réalisée qu'au prix de subsides fédéraux plus élevés, destinés à combler la différence des coûts. Or, la situation financière de la Confédération interdit d'adopter une telle solution.

Le projet innove en ce qui concerne le montant des cotisations des enfants. Le système de l'assurance individuelle, où une cotisation déterminée est due pour chaque assuré, augmente en effet la charge des familles en fonction du nombre d'enfants. Aussi des voix se sont-elles élevées pour réclamer une assurance familiale, qui remplacerait le système des cotisations individuelles. La solidarité ainsi créée en faveur des enfants aurait été réalisée au moyen de subsides des pouvoirs publics ou de cotisations plus élevées des autres assurés. Mais il convient de faire remarquer là encore que, dans une assurance facultative, la possibilité d'exiger des assurés des contributions de solidarité reste limitée et que les disponibilités des pouvoirs publics sont restreintes. Il n'est donc pas possible d'instituer pour les enfants une véritable assurance sans cotisations. Nous avons tout de même cherché à accentuer quelque peu la solidarité des adultes envers les enfants: D'une part, les caisses ne pourront prélever pour les

enfants que des cotisations nettes, c'est-à-dire sans prise en compte des frais d'administration et des réserves. D'autre part, la Confédération prendra en charge un allègement des cotisations pour enfants ainsi que la cotisation entière pour le troisième enfant et les suivants.

Quant à la participation des assurés aux frais, elle est maintenue, mais avec certains réaménagements. Des assouplissements sont en effet prévus pour les cas de maladie chronique exigeant de fréquentes visites chez le médecin et des traitements ambulatoires très onéreux. Dans les autres cas, la participation aux frais sera plus élevée qu'actuellement. Cette participation couvrira dans l'ensemble une part un peu plus grande des dépenses de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. Les subsides alloués par les pouvoirs publics aux caisses-maladie ont principalement pour but de compenser les charges que la loi leur impose. A défaut de ces subventions, les caisses devraient faire porter sur les seules cotisations le poids des dépenses supplémentaires résultant des dispositions légales sur l'admission de candidats déjà malades, la limitation à cinq ans de la durée de validité d'une réserve, la durée illimitée des prestations sans supplément de cotisations pour les «mauvais» risques, le catalogue des prestations obligatoires, etc. Cela signifierait que les compagnies privées d'assurance, qui peuvent assurer contre la maladie à des conditions qu'elles fixent librement, seront en mesure d'offrir des primes plus avantageuses que les caisses-maladie aux personnes jeunes et en bonne santé, qui ne profitent pas des avantages légaux susmentionnés. Il en résulterait un déséquilibre de la répartition des risques au sein des caisses-maladie. Or, une assurance ne peut subsister à la longue que si elle couvre aussi les personnes présentant un «bon» risque, c'est-à-dire celles qui paieront selon toute probabilité plus de cotisations qu'elles ne demanderont de prestations. Dans notre système actuel d'assurance facultative et de concurrence avec des assureurs qui ne sont pas soumis aux obligations de la LAMA, les subventions des pouvoirs publics sont donc nécessaires à l'existence même des caisses-maladie.

Les subventions doivent aussi servir à la compensation sociale entre assurés. Elles constituent en effet, dans une assurance financée principalement par des cotisations individuelles, le seul moyen de tenir dûment compte des différences de revenus entre les assurés.

Les critères utilisés actuellement pour le calcul des subsides fédéraux (voir ch. 124.4) ont été critiqués de divers côtés. On reproche surtout au système des subsides par tête de n'être pas suffisamment différencié. Au cours de la procédure de consultation, les milieux patronaux, en particulier, ont demandé qu'à l'avenir les subsides fédéraux soient alloués exclusivement, ou du moins principalement, en vue d'alléger la charge des cotisations pour les assurés à ressources modestes, et non pas afin de compenser l'effet sur les caisses d'obligations générales imposées par la loi. Mais une telle solution n'est pas possible dans notre système d'assurance-maladie, cela pour les raisons exposées plus haut. Nous avons néanmoins tenu compte des critiques émises au sujet des subventions en proposant une attribution plus différenciée de ces fonds.

Les subventions seront affectées de manière plus appropriée à la compensation de certaines obligations imposées aux caisses (voir ch. 412.1). Le projet

assouplit la limitation des subsides fédéraux, sans toutefois revenir entièrement à l'ancien système de leur adaptation automatique à l'évolution des coûts. Seuls quelques types de subsides suivront cette évolution en vertu de la loi. En ce qui concerne les subventions les plus importantes du point de vue financier, c'est le Parlement qui se prononcera sur leur adaptation, et cela par intervalles de trois ans. A l'entrée en vigueur de la révision partielle de l'assurance-maladie, la somme des subsides alloués en vertu du nouveau régime devra correspondre environ au montant actuel des subventions fédérales.

Outre la Confédération, les cantons versent aussi des subsides à l'assurance-maladie (voir ch. 124.4), mais selon des critères et pour des montants fort variables. Ces subventions seront à l'avenir mieux intégrées dans l'ensemble des subsides des pouvoirs publics. C'est pourquoi le projet confie aux cantons la réalisation d'une péréquation sociale au moyen de subventions destinées à réduire les cotisations des assurés à ressources modestes. Les cantons fixeront eux-mêmes le montant de ces subsides. De plus, ils devront, selon les propositions relatives à une nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons, prendre en charge 50 pour cent des subventions fédérales (voir ch. 113).

La quote-part de chaque source de financement par rapport à l'ensemble des dépenses reste à peu près inchangée. Etant donné que les subventions fédérales seront maintenues pratiquement au niveau actuel, mais que l'extension des prestations fera augmenter légèrement les dépenses, la part des moyens provenant des cotisations et de la participation des assurés aux frais sera un peu plus élevée que sous le régime actuel (voir ch. 412.3, tableau 9).

## **23 Assurance d'une indemnité journalière**

### **231 Assurance obligatoire d'une indemnité journalière**

#### **231.1 Assujettissement**

L'assurance d'une indemnité journalière sera obligatoire pour tous les salariés. Si cette innovation a soulevé certaines objections en procédure de consultation, surtout de la part des organisations d'employeurs, elle n'a pas suscité de véritable opposition de principe. Certes, une grande partie des salariés sont couverts contre la perte de gain en cas de maladie par une assurance individuelle ou une assurance collective conclue par l'entreprise ou en vertu du contrat de travail ou d'une convention collective de travail (voir ch. 122.2). Mais le montant de l'indemnité peut varier considérablement et être sensiblement inférieur aux prestations analogues d'autres assurances sociales, telles que les indemnités journalières versées par l'assurance-accidents. Cette situation peut notamment présenter de sérieux inconvénients lorsqu'un salarié change d'entreprise, et constituer ainsi un frein supplémentaire à la mobilité de la main-d'œuvre. D'autre part, l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques étant facultative, il s'impose de plus en plus d'accorder au moins la garantie de son revenu au salarié frappé par la maladie. Enfin, il y a lieu de rappeler que l'assurance pour perte de gain est déjà obligatoire en cas de chômage (voir arrêté fédéral du 8 octobre 1976 instituant l'assurance-chômage

obligatoire. Régime transitoire, RS 837.100) et d'accidents, ainsi qu'en vertu de la loi sur les allocations pour perte de gain en faveur des militaires (RS 834.1). En proposant de rendre obligatoire l'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie, nous visons donc à combler une lacune dans le système suisse des assurances sociales.

L'obligation d'assurance s'étend en principe à tous les travailleurs. Contrairement à ce qui est prévu dans l'assurance-accidents, les bénéficiaires d'une rente de l'AVS qui exercent une activité salariée n'y sont toutefois pas assujettis. Cette différence s'explique par le fait que l'assurance-accidents obligatoire a été conçue dès l'origine comme une couverture de la responsabilité de l'employeur pour les accidents qui arrivent dans son entreprise à tout membre du personnel, quel que soit son âge. Sous réserve de cette différence, le cercle des assurés sera pratiquement le même que dans l'assurance-accidents obligatoire. Dans les précisions qui seront apportées par ordonnance, nous accorderons une attention particulière à la situation des personnes travaillant à temps partiel, afin de tenir compte le mieux possible des préoccupations exprimées à ce sujet en procédure de consultation, notamment par les associations féminines.

C'est l'employeur qui assure les travailleurs occupés dans son entreprise. Mais ceux-ci, qui paient une part des primes, ont le droit de participer au choix de l'assureur. Tout le personnel d'une même entreprise doit être assuré par le même assureur. Cette règle vise à réaliser une répartition équitable des risques. Il est juste, en effet, que la solidarité joue au sein du personnel et que l'assureur couvre tant les «bons» que les «mauvais» risques dans l'entreprise. Une solution pluraliste dans ce domaine pourrait défavoriser certaines catégories de salariés, telles que les femmes et les travailleurs âgés.

Le travailleur est couvert dès son entrée en service et il le reste en principe même pendant les trente jours qui suivent la cessation du droit au salaire. D'autre part, les personnes qui cessent d'être soumises à l'assurance obligatoire bénéficient d'un droit de libre passage dans l'assurance facultative d'une indemnité journalière.

Enfin, l'employeur peut se rattacher facultativement à l'assurance d'une indemnité journalière couvrant son personnel, principe qui est également prévu dans l'assurance-accidents.

## **231.2 Prestations**

A l'heure actuelle, la loi ne prévoit le versement de l'indemnité journalière que pour une incapacité totale de travail (art. 12<sup>bis</sup>, 1<sup>er</sup> al., LAMA), mais une indemnité réduite en cas d'incapacité partielle de travail peut être due lorsque les statuts de la caisse en disposent ainsi. De nombreuses caisses ne prévoient cependant pas cette possibilité. Or, le projet apporte une innovation importante dans ce domaine: tous les assureurs devront allouer une indemnité journalière proportionnelle à l'incapacité de travail partielle, pour autant que celle-ci soit de la moitié au moins.

Afin de prévenir les abus, le projet prévoit un stage. Mais la relative brièveté de celui-ci (3 mois), la longueur de la période pendant laquelle il doit se situer

(2 ans) et le fait qu'il peut aussi avoir été accompli dans l'assurance facultative permettront de tenir compte, dans une large mesure, de situations particulières, comme celles des personnes entrant dans la vie professionnelle, des femmes reprenant une activité salariée et des saisonniers. Le risque d'abus étant réel, il n'est cependant pas possible de renoncer à tout stage.

Comme dans l'assurance-accidents obligatoire, l'indemnité journalière s'élève à 80 pour cent du gain assuré en cas d'incapacité totale de travail. Le taux ne varie pas selon les charges de famille, mais il conviendra d'examiner si les allocations familiales pourront être comprises dans le gain assuré. Celui-ci correspond – jusqu'à un certain plafond – au dernier salaire perçu avant la réalisation du risque. Nous veillerons à ce que la notion de gain assuré et la limite maximale de celui-ci s'harmonisent le mieux possible avec celles que connaissent les autres assurances sociales.

Le taux de 80 pour cent se rapporte au salaire brut. Si l'on ne tient compte que des déductions pour les assurances sociales fédérales (AVS, AI, APG, assurance-chômage et assurance-accidents non professionnels obligatoire), on obtient un salaire «net» s'élevant à 93,55 pour cent du salaire brut pour les hommes et 93,95 pour cent pour les femmes. L'indemnité journalière n'atteint donc pas ce salaire «net», mais représente respectivement 85,51 et 85,15 pour cent de celui-ci.

L'indemnité journalière commencera à être versée après un délai d'attente, qui est fixé à 30 jours avec possibilité de dérogations conventionnelles. Ce système permet de modérer le montant des primes et tient compte des réglementations sur le salaire en cas de maladie contenues dans les conventions collectives de travail. Il a comme corollaire le droit de l'assuré à un salaire pendant toute la durée du délai d'attente.

Quant à la durée du versement de l'indemnité journalière, elle est actuellement de 720 jours compris dans une période de 900 jours consécutifs (art. 12<sup>bis</sup>, 3<sup>e</sup> al., LAMA). Le projet la fixe à 540 jours et supprime toute période de référence. Il prévoit en outre que ces 540 jours courent tant que l'incapacité de travail ne subit pas d'interruption «notable». Cette notion sera précisée par ordonnance. La réduction proposée pour la durée des prestations vise à ce que le bénéficiaire d'une rente de l'AI ne puisse plus, comme c'est le cas aujourd'hui, toucher une fraction de l'indemnité journalière en plus de la rente. Par contre, le nouveau système apporte un avantage à l'assuré en ce sens que les 540 jours prévus recommencent à courir après qu'il a de nouveau travaillé pendant un certain temps.

Bien que la rente de l'AI puisse être demandée après 360 jours d'incapacité de travail (art. 29, 1<sup>er</sup> al., de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI), RS 831.20), il arrive qu'elle ne soit pas encore fixée après 540 jours, en particulier lorsqu'une première décision de l'AI a fait l'objet d'un recours. Afin d'éviter que l'assuré se trouve démuné, le projet prévoit pour ces cas une prolongation de la durée des prestations de 180 jours, mais avec versement d'une indemnité journalière réduite. Les assureurs peuvent se faire rembourser par l'AI les indemnités journalières allouées en lieu et place d'une rente accordée avec effet rétroactif, ce qui leur permet de ne pas augmenter les primes en raison de telles avances de prestations.

### **231.3 Financement**

L'assurance obligatoire d'une indemnité journalière sera financée exclusivement par les primes des assurés et des employeurs. Aucun subside des pouvoirs publics n'est prévu.

Les primes seront calculées en principe sur la même base que les indemnités journalières, c'est-à-dire sur le gain assuré, lui-même plafonné. Le taux de la prime sera identique pour tous les salariés d'une même entreprise, une différence entre hommes et femmes étant en particulier exclue. Vu la pluralité des assureurs (voir ch. 231.4), les primes pourront être différentes selon l'assureur. Mais les bases de calcul devront être en principe uniformes. C'est dans cette perspective que seront notamment édictées des prescriptions sur la constitution de réserves.

L'employeur devra payer la moitié de la prime et déduira la part de l'assuré de son salaire. Des dérogations conventionnelles sont permises, à condition que la part patronale soit de la moitié au moins.

### **231.4 Organisation**

Comme dans la LAA, les compagnies d'assurance privées pourront participer à la gestion de l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière. On a voulu tenir compte de situations existantes et ne pas exclure de l'assurance-indemnité journalière des institutions qui l'ont pratiquée dans une large mesure jusqu'à présent. Tous les assureurs qui entendent participer à la gestion de l'assurance obligatoire devront se faire inscrire dans un registre spécial. Ils seront soumis à la surveillance de l'autorité fédérale, qui veillera à une application uniforme des dispositions légales régissant cette assurance et pourra, à cet effet, leur demander tous renseignements utiles et prendre les mesures nécessaires en cas d'infraction. S'agissant d'une assurance sociale, cette surveillance sera exercée principalement par l'OFAS, en étroite collaboration avec l'Office fédéral des assurances privées (OFAP).

Les assureurs sont tenus de créer et de financer une caisse supplétive, chargée de verser les indemnités journalières en cas de carence de l'employeur ou d'insolvabilité de l'assureur. Cette solution va plus loin que le simple fonds de secours prévu dans l'avant-projet de 1978 et répond aux préoccupations exprimées en procédure de consultation, notamment par les organisations de travailleurs. L'avantage d'une caisse supplétive réside dans le fait qu'elle permet de garantir aux salariés une protection d'assurance sans lacune et d'empêcher qu'ils ne supportent directement les conséquences de l'omission de leur employeur ou de l'insolvabilité de leur assureur. La caisse supplétive prélève auprès des employeurs négligents des primes spéciales, qui sont majorées en cas de faute grave ou de récidive et ne peuvent être mises à la charge des assurés. Toute cette réglementation s'inspire de la LAA.

## 232 Assurance facultative d'une indemnité journalière

Bien que l'assurance d'une indemnité journalière devienne obligatoire pour tous les salariés, l'assurance facultative pratiquée jusqu'à présent par les caisses-maladie garde sa raison d'être. Elle peut en effet constituer une assurance complémentaire à l'assurance obligatoire ou être conclue par une personne exerçant une profession indépendante ou n'ayant aucune activité lucrative.

Puisque la plus grande partie de la population active sera assurée à titre obligatoire, une certaine liberté est laissée aux caisses en matière d'assurance facultative, notamment en ce qui concerne le montant des prestations et la durée de leur versement. Le projet innove toutefois en prévoyant, comme dans l'assurance obligatoire, que le droit à l'indemnité journalière naît dès que l'incapacité de travail a atteint la moitié. D'autre part, les caisses sont tenues de verser les indemnités journalières en cas de maternité pendant toute la durée fixée par la loi (16 semaines, dont 8 au moins après l'accouchement, selon l'art. 14, 6<sup>e</sup> al.). Elles doivent également tenir compte, lorsqu'elles examinent s'il y a surassurance, des frais occasionnés par un remplaçant pour les personnes qui tiennent un ménage et les indépendants (art. 26, 1<sup>er</sup> al.).

## 24 Assurance-maternité

Dans notre rapport sur l'initiative populaire «pour une protection efficace de la maternité» (initiative), nous examinerons la question d'une assurance-maternité obligatoire indépendante de l'assurance-maladie. A l'occasion de la révision partielle de la loi, il s'agit uniquement de déterminer si et dans quelle mesure il peut d'ores et déjà être fait droit, dans le système actuel, aux demandes exprimées dans les interventions parlementaires citées plus haut et dans ladite initiative.

Aujourd'hui déjà, le nombre des mères au bénéfice d'une assurance est considérable. En effet, les caisses-maladie versent leurs prestations dans environ 93 pour cent des cas d'accouchement survenant en Suisse. Pour combler la lacune existante, l'avant-projet de 1978 prévoyait que les mères non assurées pour les frais médico-pharmaceutiques auprès d'une caisse-maladie pourraient faire valoir un droit à des prestations, réduites par rapport aux prestations assurées, auprès de la caisse-maladie de leur choix. Cette proposition a donné lieu à diverses critiques: les uns estimaient qu'une telle réglementation était contraire au système d'une assurance facultative; d'autres qu'elle incitait les jeunes femmes à ne pas s'assurer à temps contre la maladie; d'autres, enfin, qu'elle avantageait toutes les femmes non assurées pour les soins médico-pharmaceutiques, quelle que soit leur situation financière.

Après avoir réétudié le problème, nous sommes arrivés à la conclusion qu'il convenait, vu le système de financement prévu (sur lequel nous donnons ci-dessous des précisions), de mettre en tout cas les mères à ressources modestes au bénéfice de prestations. Le nombre de ces femmes ne peut être déterminé avec précision. Nous l'avons estimé à 1500. En outre, pour tenir compte des risques d'abus signalés dans divers avis, nous ne prévoyons pour elles que des prestations réduites.

En ce qui concerne les prestations, il faut distinguer entre l'assurance des soins médico-pharmaceutiques et l'assurance d'une indemnité journalière. D'une manière générale, le droit aux prestations ne s'ouvre que si la femme, au moment de l'accouchement, a appartenu à une ou à des caisses-maladie durant au moins 270 jours sans une interruption de plus de trois mois. Dans une assurance facultative, cette condition d'affiliation ne saurait être supprimée; elle sera toutefois considérablement assouplie dans la solution envisagée pour les femmes non assurées. Pour la maternité, la loi prévoit actuellement, outre les mêmes prestations de soins qu'en cas de maladie, un certain nombre de prestations spécifiques. A l'avenir également, l'assurance-maternité couvrira tous les frais de soins résultant de la grossesse et de l'accouchement, comme le souhaitent les interventions parlementaires et l'initiative; cela ne signifie pas que le nombre des examens de contrôle, qui relèvent de la prévention et non du traitement, puisse être illimité. Nous estimons que l'assurance devrait allouer, durant une période suivant l'accouchement qu'il conviendra encore de déterminer, une contribution pour frais de soins à domicile. A l'heure où les femmes, en plus grand nombre, souhaitent accoucher à domicile, et où, de toutes façons, les séjours à l'hôpital sont de courte durée, cette prestation nouvelle se justifie.

Enfin, nous proposons d'ajouter aux prestations spécifiques de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques une modeste contribution en espèces dont devraient bénéficier les femmes qui ne sont pas assurées obligatoirement pour une indemnité journalière. Certes, ces femmes, qui exercent une profession indépendante ou n'ont pas d'activité lucrative, peuvent s'assurer volontairement pour une indemnité journalière; mais un montant minimum devrait leur être alloué sans cotisation en contrepartie, pour les frais résultant de la maternité.

Dans l'assurance d'une indemnité journalière, l'assurance obligatoire pour les salariés garantit automatiquement aux mères exerçant une activité lucrative dépendante une indemnité compensant leur perte de salaire en cas d'accouchement. Cette indemnité sera la même qu'en cas de maladie, c'est-à-dire qu'elle s'élèvera à 80 pour cent du salaire assuré. Nous estimons que ce montant est suffisant, bien qu'il soit inférieur à celui que demandent la motion J. Meier (M 77.429) et l'initiative (100% du salaire jusqu'à un montant maximum). Pour bénéficier de l'indemnité, l'assurée doit avoir exercé son activité au moins jusqu'à huit semaines avant l'accouchement. La durée de versement de 16 semaines, dont au moins 8 après l'accouchement, représente une forte amélioration par rapport à la loi actuelle (10 semaines, dont 6 au moins après l'accouchement) et se rapproche des solutions étrangères. Pour l'essentiel, notre proposition correspond à ce qui est demandé dans la motion J. Meier et dans l'initiative.

Si la mère est assurée facultativement pour une indemnité journalière en cas de maladie, elle recevra une indemnité aussi en cas de maternité pendant la durée susmentionnée. Son montant sera égal à celui qui est assuré en cas de maladie à condition, si la femme exerçait une activité lucrative, qu'elle n'ait pas cessé celle-ci plus de huit semaines avant l'accouchement. Sinon, comme l'assurée n'exerçant pas d'activité lucrative, elle recevra l'indemnité considérée comme

ne procurant pas un gain d'assurance (voir ch. 232). L'initiative préconise pour les femmes exerçant une activité lucrative indépendante une indemnité journalière égale à celle des salariées et, pour les femmes sans activité lucrative, une indemnité équitable. En cas d'adhésion à l'assurance facultative, ces montants pourraient être atteints. Des interventions parlementaires et l'initiative demandent que des indemnités journalières soient versées également pendant un congé parental. Elles compenseraient la perte de gain du père ou de la mère qui se consacrerait pendant plusieurs mois à l'enfant en bas âge. Cette question est trop complexe et a des conséquences financières trop vastes pour pouvoir être étudiée sous tous ses aspects de droit du travail et de droit des assurances dans les limites d'une révision partielle de l'assurance-maladie; nous l'examinerons dans notre rapport sur l'initiative.

Les partisans d'une assurance-maternité obligatoire demandent en général un financement semblable à celui de l'AVS: cotisations en pour-cent du salaire et subsides des pouvoirs publics. Comme dit plus haut, nous avons dû renoncer à introduire un tel financement pour l'assurance des soins médico-pharmaceutiques et estimons, dès lors, qu'il ne serait pas justifié de le prévoir seulement pour les prestations en cas de maternité. Pour établir, selon les vœux de nombreux milieux, une plus grande solidarité en faveur de toutes les mères et pour que les hommes assurés n'aient pas à payer des cotisations par trop élevées du fait des charges supplémentaires occasionnées par les femmes, nous proposons que toutes les prestations médico-pharmaceutiques allouées en cas de maternité soient à la charge des pouvoirs publics.

Les subventions accordées aux caisses-maladie devraient couvrir toutes les prestations pour soins dus à la maternité. Cela fera un peu plus que quadrupler le subside versé actuellement aux caisses-maladie pour la maternité. Quant aux indemnités journalières en cas de maternité, elles seront financées, dans l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière, par les cotisations en pour-cent des assurés et des employeurs et, dans l'assurance facultative, par les cotisations des assurés, à l'instar de ce qui est le cas pour la maladie.

Enfin, la protection contre le licenciement sera étendue à toute la durée de la grossesse et du congé-maternité. Les droits des femmes enceintes et des mères qui découlent de la législation sur le travail et de l'assurance sociale seront ainsi mieux coordonnés que jusqu'à présent.

## **25            Coordination avec les autres assurances sociales**

Afin de prévenir les abus et les cas de surassurance, mais aussi d'épargner aux assurés des complications administratives, le projet contient certaines règles sur la coordination entre l'assurance-maladie et d'autres assurances sociales ou donne au Conseil fédéral la compétence d'en édicter.

Dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, les prestations ne sont versées, comme jusqu'à présent, que dans la mesure où l'assuré ne réalise pas un gain d'assurance en bénéficiant aussi de celles d'un autre assureur ou d'un service officiel de santé (p. ex. médecine dentaire scolaire). Les relations avec les autres assurances sociales seront réglées par ordonnance, notamment

en ce qui concerne l'avance des prestations lorsque la compétence des assureurs en présence n'est pas encore déterminée et l'allocation des prestations dans les cas de concours entre maladie et accident. Pour ce qui est des rapports avec l'assurance-invalidité, le projet comporte une innovation importante: l'abrogation de l'article 12 LAI. Seront ainsi écartées les innombrables difficultés que soulève la distinction actuelle entre les mesures médicales destinées au traitement de l'affection comme telle et celles qui servent à la réadaptation. Les mesures médicales nécessaires à la réadaptation seront, comme les autres traitements médicaux, en principe à la charge des caisses-maladie, qui recevront les subsides correspondants versés à l'AI.

Dans l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière, le cumul des prestations avec la rente de vieillesse de l'AVS sera évité par l'exclusion de l'assurance des bénéficiaires d'une telle rente, même lorsqu'ils continuent d'exercer une activité salariée. D'autre part, le passage de l'assurance-maladie à l'AI est amélioré, en ce sens que la durée de versement de l'indemnité journalière de l'assurance-maladie dépendra du moment où la rente de l'AI est fixée. Pour les salariés victimes d'un accident ou tombés au chômage, qui risquent de devoir sortir de l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière, il est prévu que cette assurance pourra être prolongée par ordonnance. C'est également par ordonnance que sera désignée l'assurance tenue à prestation en cas de concours avec l'accident ou le chômage.

### **3           Commentaire des dispositions du projet**

#### **30           Titre et préambule**

La loi actuelle s'intitule «loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents». Ses titres II et III seront supprimés lors de l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'assurance-accidents et son intitulé deviendra «loi fédérale sur l'assurance-maladie». Mais le projet présenté ici ne se borne pas à modifier certaines dispositions sur l'assurance-maladie; il étend aussi les prestations de maternité et augmente les subsides de la Confédération dans ce domaine. Ces innovations relatives à la maternité ne reposent pas sur l'article 34<sup>bis</sup> de la constitution, mais sur son article 34<sup>quinquies</sup>, 4<sup>e</sup> alinéa, ce qui est d'ailleurs déjà le cas actuellement des dispositions spéciales touchant la maternité. C'est pourquoi il convient de mentionner également l'article 34<sup>quinquies</sup>, 4<sup>e</sup> alinéa, *ctd.* dans le préambule de la loi. Cette place particulière donnée aux prestations en cas de maternité devait aussi apparaître dans l'intitulé de la loi, qui devient donc «loi fédérale sur l'assurance-maladie et maternité» (LAMM).

#### **31           Principes**

##### *Article premier*   But et objet

Dans la forme où il est proposé, cet article est nouveau. Les règles figurant actuellement à l'article premier ont été transposées dans l'article 2<sup>bis</sup>.

Le 1<sup>er</sup> alinéa définit de manière générale le but et l'objet de l'assurance-maladie, tels qu'ils sont réglés en détail dans les articles suivants. Contraire-

ment à ce qui est le cas dans d'autres assurances sociales, notamment l'AVS/AI, la Confédération ne gère pas elle-même l'assurance-maladie, ni n'en confie la pratique à une institution fédérale. Cette assurance est gérée par les caisses-maladie, qui sont le plus souvent constituées en personnes juridiques de droit privé et parfois en institutions de droit public cantonal. Comme par le passé, la loi vise à l'encouragement de l'assurance-maladie. Jusqu'à présent, le seul mode d'encouragement qu'elle citait était les subventions fédérales aux caisses, alors même que l'assurance-maladie est, du moins depuis la révision de la LAMA du 13 mars 1964, encouragée également d'une autre manière, à savoir par des normes impératives sur la formation et le contenu du rapport d'assurance. Ce mode d'encouragement sera maintenu et développé. A ce titre, il doit désormais être évoqué au début de la loi, parmi les principes.

Le 2<sup>e</sup> alinéa prévoit expressément que l'assurance-maladie comprend l'assurance-maternité. C'est déjà le cas actuellement. Mais l'assurance-maternité acquiert une plus grande importance du fait que ses prestations seront développées. De plus, cette nouvelle disposition fait ressortir que le droit aux prestations de maternité ne s'obtient pas par la conclusion d'une assurance-maternité spéciale, mais que la maternité est également couverte par la conclusion d'une assurance-maladie.

Le 3<sup>e</sup> alinéa règle l'obligation d'allouer des prestations en cas d'accident. La réglementation appliquée de nos jours par de nombreuses caisses (voir ch. 222) devient ainsi obligatoire, en vertu de la loi, pour toutes les caisses. Cela signifie qu'en cas d'accident, celles-ci doivent allouer les mêmes prestations que pour la maladie. Lorsqu'il existe une autre assurance, les prestations ne sont dues que dans la mesure où celle-ci ne les couvre pas. D'autre part, il ne sera pas permis de verser, dans le cadre de l'assurance-maladie, des prestations plus élevées en cas d'accident qu'en cas de maladie. Cette assurance-accidents subsidiaire revêtira une importance particulière pour les enfants, les femmes tenant un ménage et les personnes âgées, qui ne sont très souvent pas assurés spécialement contre les accidents.

Le 4<sup>e</sup> alinéa pose les principes généraux relatifs à l'obligation d'assurance. Ainsi qu'on l'a vu (ch. 211 et 221), l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques reste facultative sur le plan fédéral. Sont réservées, comme jusqu'à présent, les assurances obligatoires cantonales ou communales. En revanche, l'assurance d'une indemnité journalière devient obligatoire pour tous les travailleurs (voir ch. 231.1).

## *Article 2* Collaboration des cantons

Selon le 1<sup>er</sup> alinéa, les cantons conservent leur compétence de rendre obligatoire l'assurance des soins médico-pharmaceutiques. Par contre, l'assurance d'une indemnité journalière sera obligatoire pour tous les travailleurs de par le droit fédéral. Cette compétence fédérale sera exclusive, de sorte que les cantons ne pourront pas étendre le cercle des assurés dans ce domaine.

L'alinéa 2<sup>bis</sup> (nouveau) prévoit que les cantons prennent en charge une partie des subventions fédérales et versent en outre eux-mêmes des subsides destinés à réduire les cotisations des assurés à ressources modestes. Les cantons allouent

déjà des subventions à l'assurance-maladie (voir ch. 124.4). Mais elles varient beaucoup d'un canton à l'autre, tant pour les conditions d'obtention que pour les montants.

Il conviendra de mieux coordonner les fonctions des subventions fédérales et cantonales, afin qu'elles forment ensemble un système cohérent de subsides des pouvoirs publics. Dans ce système, les cantons auront – outre l'obligation de prendre en charge une partie des subventions fédérales – la tâche d'allouer des subsides visant à réduire les cotisations des assurés les moins favorisés. Le droit se bornera toutefois à poser le principe d'une telle aide. Tous les cantons seront tenus de la prévoir, mais ils pourront déterminer librement le montant des subsides et le cercle des bénéficiaires. Ne sont pas soumis à cet alinéa 2<sup>bis</sup> les subsides accordés indépendamment du revenu et de la fortune des assurés et ceux qui entraîneraient une réduction générale, et non individuelle, des cotisations. Les cantons sont libres d'allouer de telles subventions, mais en complément, et non pas à la place de celles qui sont destinées aux assurés à ressources modestes.

### **32 Assurance des soins médico-pharmaceutiques et assurance facultative d'une indemnité journalière**

#### *Article 2<sup>bis</sup> Caisses-maladie*

Le principe, énoncé au 1<sup>er</sup> alinéa, selon lequel l'assurance des soins médico-pharmaceutiques et l'assurance facultative d'une indemnité journalière sont pratiquées par les caisses-maladie reconnues ne figure pas expressément dans la loi en vigueur. Il paraissait évident que l'assurance-maladie sociale soit gérée par les caisses reconnues. Mais il se justifie dorénavant de mentionner expressément ce principe, puisque l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière pourra également être pratiquée par des compagnies privées (voir art. 40n). Cette disposition n'interdit pas aux autres assureurs de couvrir le risque de maladie; elle fait ressortir que la LAMM ne s'applique pas à l'assurance pratiquée par eux, ou alors seulement lorsqu'ils participent à la gestion de l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière.

Comme c'est déjà le cas, toute institution d'assurance qui gère l'assurance-maladie selon les règles de ce qui devient la LAMM a le droit d'être reconnue en qualité de caisse-maladie. L'assujettissement à cette loi implique que les caisses-maladie doivent aussi observer toutes les autres règles qui concernent l'assurance-maladie sociale. Parmi elles figurent non seulement les dispositions des ordonnances fondées sur la loi, mais encore les principes généraux du droit des assurances sociales, tels qu'ils ont été formulés par la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (TFA). Pour le reste, les caisses conservent leur autonomie, notamment en ce qui concerne l'organisation interne, l'administration et le versement des prestations allant au delà des exigences minimales de la loi.

Nous nous sommes demandé si un canton qui a déclaré l'assurance pour les soins médicaux et pharmaceutiques obligatoire (en vertu de l'art. 2, 1<sup>er</sup> al.) est tenu d'en confier la pratique exclusivement aux caisses reconnues.

Jusqu'à présent, nous avons toujours refusé d'approuver les dispositions de droit cantonal qui permettaient aussi à d'autres assureurs de pratiquer une telle assurance. En 1962 déjà, la commission du Conseil des Etats chargée d'examiner le projet de révision de la LAMA qui était en discussion à l'époque avait adopté un postulat invitant le Conseil fédéral à étudier dans quelles conditions les compagnies d'assurance privées pourraient également participer à la gestion d'une assurance-maladie obligatoire. Au cours de la procédure de consultation sur l'avant-projet de 1978 également, la Conférence d'assureurs-maladie concessionnaires a demandé que les assureurs privés soient également autorisés à pratiquer les assurances obligatoires pour soins médicaux et pharmaceutiques. Les motifs invoqués étaient qu'il ne faut pas instaurer un monopole en faveur de certains assureurs et que la législation récente en matière d'assurances sociales admet de plus en plus la participation des assureurs privés.

Il est de fait que l'article 68 LAA dispose que l'assurance-accidents obligatoire peut également être pratiquée par des entreprises soumises à la loi sur la surveillance des institutions d'assurance privées (LSA, RS 961.01). Tel sera également le cas, selon le projet présenté ici, pour l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière. Mais, dans les deux lois, tous les assureurs concernés devront pratiquer l'assurance obligatoire selon des dispositions légales uniformes. Si ce principe était appliqué aux assurances obligatoires des soins médicaux et pharmaceutiques, les assureurs privés devraient, comme les caisses-maladie, satisfaire à toutes les exigences légales qui caractérisent une assurance sociale: règles sur l'admission des assurés, réserves d'assurance, limitation du droit d'exclusion, libre passage, cotisations, prestations obligatoires, y compris la maternité, procédure applicable en cas de litige portant sur les prestations, etc. Des réglementations différentes selon les institutions pratiquant une assurance obligatoire seraient en effet contraires au principe de l'égalité devant la loi. En outre, aucune garantie ne serait donnée que toutes les personnes assujetties à une telle assurance sont traitées de la même manière. Les assureurs privés qui désirent participer à la gestion d'assurances obligatoires des soins médicaux et pharmaceutiques devraient donc également se soumettre à la procédure de reconnaissance prévue au 2<sup>e</sup> alinéa. Mais puisque toute institution qui remplit les conditions requises par la loi peut, aujourd'hui déjà, être reconnue comme institution de l'assurance-maladie sociale, il n'est pas nécessaire de déroger à la réglementation actuelle. Il existe d'ailleurs déjà des caisses-maladie reconnues qui ont été fondées par une compagnie d'assurance privée ou coopèrent étroitement avec elle.

#### *Article 3, alinéa 4<sup>bis</sup>* Assurances complémentaires

Selon le droit en vigueur, les caisses doivent pratiquer au moins l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques ou l'assurance d'une indemnité journalière. Dans chacune de ces assurances de base, elles doivent allouer les prestations légales (voir art. 12 et 12<sup>bis</sup>). Des prestations plus étendues peuvent être prévues dans les statuts. Lorsqu'elles sont importantes du point de vue financier, par exemple dans le domaine hospitalier, ces prestations ne sont pas incluses dans l'assurance de base, mais offertes aux membres sous forme d'assurances dites complémentaires. Celles-ci ne peuvent être conclues que si

elles se rattachent à une assurance de base. C'est ce qui ressort de l'article 12, 1<sup>er</sup> alinéa, LAMA.

Le droit en vigueur ne règle pas expressément le problème de l'application des dispositions légales aux assurances complémentaires. La jurisprudence part de l'idée que les dispositions et les exigences de la loi doivent être en principe observées aussi bien pour les assurances complémentaires que pour les assurances de base. Le TFA admet certaines exceptions, notamment pour ce qui est de l'obligation d'accepter les assurés. Cette jurisprudence a été contestée. Les caisses-maladie estiment qu'en matière d'assurances complémentaires, l'obligation de satisfaire aux exigences de la loi les désavantage, puisque les assureurs privés ne sont pas tenus d'observer ces règles (limitation de la différence de cotisations entre hommes et femmes, durée de validité des réserves, etc.). De telles obligations n'étant pas compensées par des subventions fédérales dans les assurances complémentaires, les caisses-maladie demandent de pouvoir aménager celles-ci aussi librement que les autres assureurs.

Il est donc nécessaire de régler expressément cette question de l'application de la loi aux assurances complémentaires. Le projet prévoit en premier lieu que les caisses peuvent offrir de telles assurances pour les prestations de maladie et de maternité qui ne sont pas déjà prescrites par la loi. Les assurances complémentaires doivent en principe rester dans les limites de cette loi. Cependant, les caisses seront un peu plus libres dans l'aménagement de ces assurances qu'elles ne le sont aujourd'hui en vertu de la jurisprudence. C'est ainsi qu'elles ne seront pas tenues d'observer en matière d'assurances complémentaires les exigences légales relatives à l'admission des assurés dans l'assurance de base (art. 5). Elles peuvent donc refuser l'accès à une assurance complémentaire pour des raisons de santé ou prévoir une réserve valable pour plus de cinq ans. Les caisses ne seront pas non plus tenues, en ce qui concerne les assurances complémentaires, de respecter les règles sur la fixation des cotisations (art. 6<sup>bis</sup>, al. 2<sup>bis</sup> à 4). Elles peuvent donc, par exemple, adapter celles-ci au risque (système de bonus/malus) et prévoir une différence de cotisations entre hommes et femmes correspondant à la différence effective des risques. Néanmoins, le principe de la mutualité requiert, dans le domaine des assurances complémentaires également, que les variations de cotisations se justifient objectivement et que le produit des cotisations soit affecté exclusivement à la réalisation du but de l'assurance.

Si les caisses entendent déroger, pour les assurances complémentaires, aux principes généraux applicables à l'assurance de base, elles doivent le préciser dans leurs statuts ou d'autres normes de portée générale. Elles sont aussi tenues de définir les prestations des assurances complémentaires et de spécifier si elles sont également versées en cas d'accident.

Pour certaines catégories d'assurances complémentaires, le projet restreint expressément la liberté des caisses quant à l'admission des assurés, à la fixation des prestations et à l'échelonnement des cotisations. Il s'agit de l'assurance de soins dentaires et de l'assurance couvrant le forfait pour frais de pension en cas de séjour hospitalier (voir art. 12<sup>ter</sup> et 12<sup>quater</sup>).

Les caisses continuent de ne pouvoir être reconnues comme institutions de l'assurance-maladie sociale que si elles offrent au moins l'une des deux

assurances de base (voir art. 2<sup>bis</sup>). Par contre, elles ne sont plus tenues de réserver les assurances complémentaires aux membres ayant conclu une assurance de base. C'est pourquoi l'article 12, 1<sup>er</sup> alinéa, LAMA est supprimé. Ce changement ne revêt pas une grande importance dans la pratique, puisqu'il suffit, selon le droit actuel, que l'assurance complémentaire se rattache à une assurance de base pour indemnité journalière garantissant 2 francs par jour seulement.

#### *Article 5* Droit à l'affiliation

La loi actuelle déclare que tout citoyen suisse a le droit de s'affilier à une caisse-maladie dont il remplit les conditions statutaires d'admission. Selon une jurisprudence constante, ce principe vaut également pour les étrangers qui habitent ou travaillent en Suisse. Aussi proposons-nous, au 1<sup>er</sup> alinéa, de reconnaître expressément à toute personne résidant en Suisse le droit de s'affilier à une caisse-maladie. Comme suite logique à la modification de l'article 12, 1<sup>er</sup> alinéa, nous avons ajouté ici le principe du libre choix entre les assurances pratiquées par une caisse.

L'admission dans une caisse peut aujourd'hui être subordonnée à une condition d'âge. De nombreuses caisses fixent un âge maximal d'admission, qui se situe entre 50 et 60 ans. Quelques-unes seulement se sont décidées à ne plus tenir compte de l'âge des candidats. Le 2<sup>e</sup> alinéa apporte une restriction au droit de fixer librement un âge-limite: désormais, l'âge maximal d'admission des adultes ne pourra plus être inférieur à celui qui ouvre droit à la rente de l'AVS.

D'autre part, les caisses ne pourront plus refuser l'admission pour des motifs tenant au mode de vie. De même, ceux-ci ne pourront plus justifier une exclusion (voir art. 11, 1<sup>er</sup> al.). De tels motifs sont encore prévus dans de nombreux statuts de caisses. Ils concernent surtout les détenus. Les caisses ne les empêchent pas de s'assurer, ni ne les excluent; mais il arrive qu'elles leur refusent les prestations. Se fondant sur le principe de la liberté des caisses en matière d'admissions et d'exclusions, la jurisprudence n'a pas condamné ces procédés. La solution du projet, qui répond d'ailleurs à certaines interventions parlementaires (postulat Villard n° P 76.334, motion Egli-Winterthour n° M 78.583), interdit donc du même coup la pratique consistant à ne pas verser dans de tels cas les prestations assurées. Les caisses ne seront toutefois pas tenues à prestation pour les examens et les traitements auxquels l'autorité chargée de l'exécution des peines fait procéder à son propre compte (voir art. 26, 3<sup>e</sup> al.).

Le projet ne change pratiquement rien à l'établissement des réserves d'assurance, ni à leur durée de validité. Il apporte simplement certains allègements pour l'admission des enfants. Le 3<sup>e</sup> alinéa dispose en effet que ceux-ci doivent être admis sans réserve jusqu'à l'âge d'un an. Il limite en outre à deux ans la durée de validité des réserves pour les enfants. Cette réglementation vise à faire assurer les enfants le plus tôt possible.

Sont considérés comme enfants les assurés jusqu'à l'âge de 16 ans révolus (5<sup>e</sup> al.), et non plus 15 ans. Toutes les autres personnes sont des adultes au sens de cette loi. La limite des 16 ans coïncide, dans la plupart des cantons, avec la fin

de la scolarité obligatoire. C'est aussi jusqu'à cet âge que sont généralement versées les allocations familiales.

#### *Article 6<sup>bis</sup> Cotisations*

Le principe énoncé au 1<sup>er</sup> alinéa oblige les caisses à fixer les cotisations de telle manière qu'à longue échéance elles peuvent suffire à financer chaque catégorie d'assurance. Une compensation passagère entre les diverses catégories est cependant possible. Cette disposition vise avant tout à éviter que des membres soient tenus de financer par leurs cotisations des prestations pour lesquelles ils ne sont pas assurés.

Le principe, inscrit dans la loi en vigueur, selon lequel les assurances collectives doivent se suffire à elles-mêmes s'est révélé inapplicable, surtout lorsque la communauté de risques est restreinte. C'est pourquoi il n'a pas été repris dans le projet. C'est le Conseil fédéral qui déterminera, sur la base de l'article 5<sup>bis</sup>, 5<sup>e</sup> alinéa, les limites dans lesquelles les assurances collectives doivent se suffire à elles-mêmes.

Les possibilités d'échelonnement des cotisations, prévues aujourd'hui déjà au 2<sup>e</sup> alinéa, sont maintenues. Le projet y ajoute un nouveau cas: l'échelonnement d'après le salaire lorsque l'assurance dépend des rapports de travail. Des cotisations en pour-cent des salaires pourront donc être fixées non seulement dans les contrats d'assurance collective, mais aussi par les caisses d'entreprise. Il sera enfin loisible aux caisses de prélever auprès de leurs membres qui ne sont pas assurés ailleurs contre les accidents un supplément de prime pour la couverture de ce risque (voir art. 1<sup>er</sup>, 3<sup>e</sup> al.).

Nous avons renoncé à reprendre dans le projet l'actuelle disposition générale qui permet d'échelonner les cotisations en vue de faciliter l'assurance des familles et des mineurs ou de venir en aide à certaines catégories de personnes. Mais les nouvelles subventions prévues pour les enfants se répercuteront favorablement sur les familles.

Le 3<sup>e</sup> alinéa pose de manière distincte le principe, déjà contenu dans le 2<sup>e</sup> alinéa du texte actuel, selon lequel les cotisations des femmes ne peuvent dépasser celles des hommes de plus de 10 pour cent. Les raisons du maintien de ce principe ont été exposées plus haut (ch. 224).

Le 4<sup>e</sup> alinéa sert de base pour le calcul des cotisations maximales des enfants. Les cotisations des enfants devront être fixées uniquement d'après le risque, les frais d'administration et la constitution de réserves ne pouvant pas être pris en compte (cotisations nettes). Après déduction des subventions fédérales versées pour les enfants (voir commentaire de l'art. 37), on obtient le montant des cotisations des enfants.

Afin d'assouplir les conditions d'assurance des jeunes de moins de 25 ans (groupe des cotisations pour adultes les plus basses), le 5<sup>e</sup> alinéa autorise les caisses à fixer pour eux des cotisations inférieures à celles des autres assurés, à condition toutefois qu'elles soient plus élevées que celles des enfants. C'est après l'accomplissement de la 26<sup>e</sup> année que l'intéressé passera de la catégorie des jeunes dans le groupe immédiatement supérieur des cotisations ordinaires pour adultes.

## *Article 11 Exclusion d'assurés*

Le droit en vigueur interdit aux caisses d'exclure un membre pour des motifs politiques ou religieux. Au surplus, les caisses disposent d'une assez large liberté dans la détermination des motifs d'exclusion.

Comme il l'avait fait pour le refus d'admission (art. 5), le projet limite cette liberté en interdisant aux caisses d'exclure un membre pour des motifs tenant au mode de vie (p. ex. à cause d'une peine privative de liberté).

Dans les cas où un assuré doit être exclu parce qu'il n'a pas payé ses cotisations ou une participation aux frais, le 2<sup>e</sup> alinéa oblige les caisses à en avertir l'autorité compétente de son canton de domicile. La caisse doit faire précéder cette annonce d'une mise en demeure de l'assuré. En vertu de l'article 38, 2<sup>e</sup> alinéa, le canton prendra en charge les sommes dues par celui-ci lorsque leur paiement le mettrait dans une «situation intolérable», notamment du point de vue économique (voir art. 11, 2<sup>e</sup> al., de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS), RS 831.10). Cette nouvelle disposition vise à garantir la protection accordée par l'assurance également aux personnes qui ont des difficultés financières. Les caisses ayant intérêt à savoir le plus tôt possible si le canton prend en charge les sommes dues, celui-ci devra se prononcer dans un certain délai, fixé à trois mois.

## *Article 12 Prestations de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques*

### *Généralités*

(1<sup>er</sup> al., phrase introductive et ch. 1)

La loi contiendra, comme jusqu'à présent, un catalogue des prestations minimales que les caisses sont tenues de prendre en charge dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques (assurance de base). Les caisses pourront cependant continuer non seulement à offrir des assurances complémentaires, mais aussi à étendre l'assurance de base au delà du minimum légal. Les exigences de la loi (relatives, p. ex., à l'admission des membres, aux réserves d'assurance et à la fixation des primes) valent autant pour ces prestations supplémentaires que pour les prestations obligatoires.

Les caisses ne pourront toutefois pas inclure certaines prestations dans l'assurance de base. C'est ainsi que les médicaments qui ne sont pas désignés comme prestations obligatoires ne seront remboursés qu'en partie, voire pas du tout (5<sup>e</sup> al.). D'autre part, le projet prévoit des assurances complémentaires pour les soins dentaires non compris dans les prestations obligatoires et pour le forfait couvrant les frais de pension en cas de séjour hospitalier (art. 12<sup>ter</sup> et 12<sup>quater</sup>), ce qui signifie que ces prestations ne pourront pas non plus faire partie de l'assurance de base.

Les dispositions sur les prestations obligatoires distingueront, comme aujourd'hui, entre le traitement ambulatoire et le traitement hospitalier. Comme par le passé, les soins ambulatoires comprendront en premier lieu les actes diagnostiques et thérapeutiques accomplis par le médecin, ainsi que les médicaments et les analyses et mesures thérapeutiques auxquelles procèdent des tiers sur son indication. Outre les médecins, seuls les chiropraticiens et – ce qui est nouveau – les médecins-dentistes pourront pratiquer directement à la charge des caisses-

maladie. Celles-ci n'auront à rembourser les prestations fournies par les autres personnes et institutions que si elles ont été prescrites par un médecin ou, en cas de traitement dentaire, par un médecin-dentiste.

### *Soins à domicile*

(1<sup>er</sup> al., ch. 1, let. b)

Les caisses doivent, aujourd'hui déjà, prendre en charge certaines prestations de soins à domicile fournies par des infirmières et infirmiers exerçant leur profession à titre indépendant et à leur propre compte. L'étendue de ces prestations est déterminée par l'ordonnance VI du Conseil fédéral sur l'assurance-maladie (RS 832.151.I) et l'ordonnance 7 du Département de l'intérieur (RS 832.141.II). Leur extension est réclamée depuis longtemps par divers milieux. L'une des raisons invoquées est que les soins donnés dans le cadre habituel du patient sont plus avantageux pour son moral et, partant, pour le processus de guérison. De plus, les soins à domicile seraient moins coûteux que le traitement hospitalier. D'un autre côté, certains craignent – c'est notamment le cas de caisses-maladie – que l'intégration des soins à domicile dans l'assurance-maladie n'oblige finalement les caisses à supporter des charges financières assumées jusqu'à présent par les pouvoirs publics ou des institutions soutenues par eux. Il a en outre été relevé que le développement hospitalier de ces dernières années a plutôt conduit à une pléthore de lits d'hôpital, si bien que la promotion des soins à domicile augmenterait le risque d'une sous-occupation des hôpitaux. Les tenants des soins à domicile rétorquent cependant que c'est surtout les hôpitaux pour maladies aiguës qui ont été développés et qu'il n'y a toujours pas suffisamment de places pour les malades chroniques. Or, c'est justement à ces patients que s'adapteraient le mieux les soins à domicile. Dans l'ensemble, il convient de reconnaître qu'une meilleure prise en considération des soins à domicile se justifie. Mais il faut aussi, dans la situation actuelle, éviter un transfert trop important des charges à l'assurance-maladie. Il n'est aujourd'hui pas possible aux caisses de prendre en charge la totalité des soins à domicile. Le projet prévoit donc qu'elles continueront de ne rembourser que des prestations déterminées, ordonnées par le médecin. La compétence actuelle du Conseil fédéral de définir ces prestations sera toutefois quelque peu étendue. Pourront être ainsi compris dans l'assurance-maladie non seulement des traitements destinés à la guérison, mais aussi d'autres soins, à l'exclusion toutefois de l'aide apportée dans le ménage du patient. La mention expresse du personnel prodiguant des soins à domicile est avant tout destinée à marquer l'intention d'étendre les prestations de soins à domicile au delà des limites actuelles. Lors de l'élaboration des règles d'exécution correspondantes, il faudra examiner en détail jusqu'où ces prestations seront effectivement étendues et si des prestations de soins doivent également être désignées comme obligatoires. Nous prévoyons en tous cas que les caisses devront également prendre en charge les prestations du personnel soignant salarié.

### *Moyens et appareils*

(1<sup>er</sup> al., ch. 1, let. d)

Les caisses ne sont actuellement tenues de prendre en charge que dans une mesure limitée les moyens et appareils qui servent au traitement ou en sont le

complément. Elles ne remboursent que les endoprothèses, c'est-à-dire des objets qui font pratiquement partie intégrante du corps, et non d'autres moyens nécessaires au traitement et au rétablissement, tels que les cannes, les attelles pour bras ou jambes, les cathéters et les appareils de respiration. Cette lacune est ressentie depuis longtemps dans la pratique. Il convenait donc de créer une base légale permettant d'admettre comme prestations obligatoires non seulement des endoprothèses, mais aussi des moyens et appareils nécessaires au traitement d'une maladie. Il n'est toutefois pas question de mettre à la charge des caisses-maladie les moyens auxiliaires fournis par l'AI. Les moyens et appareils dont il est ici question seront énumérés dans une liste accompagnée d'un tarif, comme c'est le cas pour les médicaments. Enfin, les caisses ne seront tenues de les rembourser que s'ils ont été prescrits par un médecin.

### *Soins hospitaliers*

(1<sup>er</sup> al., ch. 2, et 3<sup>e</sup> al.)

En cas de séjour dans la division commune d'un établissement hospitalier, les caisses doivent aujourd'hui prendre en charge certaines prestations expressément désignées dans la loi (traitement par le médecin et le personnel paramédical, médicaments et analyses de laboratoire). Elles ne sont tenues de verser pour les autres frais occasionnés par les soins hospitaliers qu'une contribution journalière d'au moins 9 francs. En règle générale, les conventions passées entre les caisses et les établissements hospitaliers ne fixent toutefois pas les remboursements pour chaque prestation, mais un montant forfaitaire par journée de soins. Ce forfait couvre souvent davantage que les prestations minimales prévues par la loi. De plus, il n'est pas rare qu'un forfait spécial soit convenu pour les frais de logement et de nourriture. Les caisses sont alors libres d'inclure ce forfait dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. Elles obligent souvent leurs membres à conclure une assurance complémentaire pour sa couverture.

La réglementation actuelle pour les prestations obligatoires en cas d'hospitalisation est très compliquée. C'est ce qu'a encore confirmé un récent sondage d'opinion, dont il ressort que de larges milieux de la population considèrent le système de prestations de l'assurance-maladie comme peu clair («Das schweizerische Gesundheitswesen im Spiegel der Öffentlichkeit. Publikumsbefragung des SRG-Forschungsdienstes», publié par l'Office fédéral de la santé publique, Berne 1980). Ce manque de clarté est aggravé par le fait que les prestations couvertes au titre de l'assurance de base peuvent être très différentes d'une caisse à l'autre. De plus, l'assuré ne se voit pas garantir des prestations équivalentes dans tous les hôpitaux, même s'il séjourne dans la division commune. En cas de traitement dans un établissement qui ne se trouve pas au lieu de résidence de l'assuré ou dans les environs, notamment, la part non comprise dans les prestations obligatoires peut être fort élevée, et cela même si c'est pour des raisons médicales que l'intéressé doit séjourner dans cet hôpital.

A l'avenir, l'assuré devra être mieux à même de connaître les modalités de remboursement des caisses en cas d'hospitalisation. La loi ne contiendra plus une énumération des genres de prestations minimales prises en charge par les

caisses en cas de soins hospitaliers; elle disposera que le traitement et le séjour dans la division commune d'un hôpital doivent être remboursés sous forme de montants forfaitaires par journée de soins. Conformément à la pratique qui est aujourd'hui largement répandue, les établissements hospitaliers devront porter en compte deux forfaits: l'un pour les frais de traitement, l'autre pour les frais de pension. L'assurance de base des soins médicaux et pharmaceutiques devra toujours comprendre le forfait pour frais de traitement, mais jamais le forfait pour frais de pension. Pour la couverture de celui-ci, les caisses seront tenues d'offrir à leurs membres une assurance complémentaire spéciale (art. 12<sup>quater</sup>). Le montant des forfaits et le droit de l'assuré de choisir l'établissement hospitalier font l'objet des articles 19<sup>bis</sup>, 22<sup>quinquies</sup> et 22<sup>sexies</sup>.

Le 3<sup>e</sup> alinéa de cet article 12 prévoit que les prestations de soins hospitaliers sont dorénavant versées sans limite de durée, comme c'est déjà le cas en matière de traitement ambulatoire. La possibilité donnée actuellement aux caisses de limiter les prestations en cas d'hospitalisation à 720 jours compris dans une période de 900 jours consécutifs est considérée depuis longtemps comme choquante. De nombreuses interventions parlementaires ont demandé que ces prestations soient allouées pour une durée illimitée. La proposition de supprimer cette limitation a été approuvée de manière pratiquement unanime par la commission d'experts et lors de la procédure de consultation sur l'avant-projet. On ne voit en effet plus guère pourquoi le risque qui est précisément le plus important pour l'assuré du point de vue financier devrait, du jour au lendemain, cesser d'être couvert après un certain temps. Les caisses ne seront toutefois tenues à prestation que pour les établissements hospitaliers proprement dits.

### *Cures balnéaires*

(1<sup>er</sup> al., ch. 3, et 4<sup>e</sup> al.)

Aujourd'hui déjà, les caisses doivent verser une contribution journalière aux frais de cure balnéaire. Le risque d'abus étant particulièrement grand dans ce domaine, les conditions du droit à cette prestation feront l'objet d'une réglementation détaillée. La contribution ne sera versée que si la cure a été ordonnée comme traitement d'une maladie ou comme traitement subséquent à une maladie, et non pas si elle est uniquement destinée à prévenir les maladies en général. De plus, la notion d'établissement de cure sera définie plus en détail (voir art. 19<sup>bis</sup>, 4<sup>e</sup> al.). Quant au montant de la contribution aux frais de cure, il sera, comme jusqu'à présent, fixé par ordonnance du Conseil fédéral.

La durée des prestations en cas de cure est aujourd'hui la même qu'en cas de séjour hospitalier. Si le projet prévoit une durée illimitée pour les prestations en cas d'hospitalisation, il maintient le principe d'une limitation pour les cures. Cette limitation ne doit cependant pas aboutir à ce que le droit à prestation cesse complètement après un certain temps; elle doit empêcher que les cures soient exagérément mises à la charge de l'assurance maladie. Pour chaque cure, les prestations seront donc versées pendant une certaine durée comprise dans une période de référence. La durée du droit aux prestations sera fixée par ordonnance du Conseil fédéral.

## *Médecine préventive*

(1<sup>er</sup> al., ch. 4)

Dans le régime actuel, la médecine préventive ne fait pas partie des prestations obligatoires des caisses, car elle ne concerne ni le diagnostic, ni le traitement d'une maladie existante. Elle se caractérise au contraire, notamment pour ce qui est des contrôles préventifs, par des mesures prises à un certain moment ou à intervalles réguliers, en l'absence de symptômes concrets de maladie.

Mais il est souvent difficile de déterminer en pratique si une mesure est purement préventive ou appartient déjà au traitement d'une affection existante. D'autre part, il serait logique qu'une assurance prenne et soutienne des mesures qui sont précisément destinées à écarter ou à diminuer les risques qu'elle couvre (p. ex. prévention des accidents par les assureurs-accidents). Aussi divers milieux ont-ils demandé, ces dernières années, que les caisses-maladie prennent en charge certains examens préventifs. L'idée est que de graves maladies peuvent ainsi être évitées, ce qui est en fin de compte dans l'intérêt de l'assurance-maladie. Les caisses ne sont pas restées sourdes à ces arguments, puisqu'elles allouent déjà librement des prestations pour certains examens préventifs. Cette pratique n'étant toutefois pas uniforme, les demandes visant à une réglementation légale de la question ont été maintenues. C'est avant tout la prévention du cancer, notamment du cancer du sein et du col de l'utérus, qui a été au centre des discussions ces dernières années.

L'idée d'inclure en principe les examens préventifs dans l'assurance-maladie a été favorablement accueillie tant par la commission d'experts qu'au cours de la procédure de consultation sur l'avant-projet. Mais l'accent a toujours été mis sur la nécessité de ne prévoir une prise en charge que pour les examens dont le coût est en juste relation avec l'utilité. Le projet dispose donc que des examens préventifs peuvent en principe être pris en charge par les caisses, mais uniquement s'ils sont désignés expressément comme prestations obligatoires. Cette désignation se fera selon les principes posés au 5<sup>e</sup> alinéa, étant entendu qu'une attention particulière sera accordée au rapport entre le coût de l'examen et son utilité.

Le projet prévoit aussi que, outre des examens, certaines mesures préventives pourront être désignées comme prestations obligatoires. Ces mesures ne seront toutefois prises en charge que pour les personnes particulièrement menacées. Il s'agit par exemple du vaccin contre la rage administré à des gardes-chasse ou à des vétérinaires particulièrement exposés. Les campagnes générales de vaccination restent l'affaire des cantons. De même, les vaccinations requises par un voyage à l'étranger ne feront pas partie du catalogue des prestations. Là encore, les mesures à prendre en compte seront désignées par ordonnance.

## *Réadaptation médicale*

(1<sup>er</sup> al., ch. 5)

Les mesures de réadaptation médicale sont, dans un certain sens, le pendant des examens préventifs. Elles ne visent pas non plus, à proprement parler, le traitement d'une maladie. Mais contrairement aux examens préventifs, qui précèdent le traitement d'une maladie, les mesures de réadaptation médicale sont consécutives à un tel traitement. Elles sont destinées à rétablir ou

améliorer la capacité physique ou mentale lorsqu'elle a été amoindrie par une maladie ou par le traitement lui-même (p. ex. à la suite d'une intervention chirurgicale). Parmi ces mesures figurent notamment les gymnastiques thérapeutiques ordonnées à la suite d'une maladie cardiaque ou circulatoire ou en cas de paralysie. Lorsqu'il y a doute, la tendance est, actuellement déjà, de compter de telles mesures dans les prestations obligatoires. Il ne faut cependant pas perdre de vue que la question des limites de ces mesures se pose dans un système où les prestations obligatoires ne peuvent se rapporter en principe qu'au traitement proprement dit. C'est justement dans le domaine des traitements subséquents à une maladie que se développent de plus en plus des méthodes qui ne correspondent pas forcément à la conception classique du traitement médical ou des soins prodigués par le personnel paramédical. En élargissant le champ des prestations obligatoires à des mesures de réadaptation médicale, le projet pose donc les bases d'une prise en charge de certaines formes de thérapie subséquente à une maladie.

Au cours de la procédure de consultation, de nombreuses réponses ont établi un lien entre l'inclusion des mesures de réadaptation médicale dans l'assurance-maladie et l'abrogation de l'article 12 LAI. Or, il n'existe qu'une relation indirecte entre les deux propositions, car les mesures médicales servant à la réadaptation professionnelle sont très souvent, mais pas nécessairement, des mesures de réadaptation médicale.

### *Traitement dentaire*

(2<sup>e</sup> al.)

Le traitement dentaire proprement dit n'est actuellement pas compris dans le traitement médical au sens de la loi. Les caisses sont donc habilitées à exclure de l'assurance-maladie tout ou partie des actes de médecine dentaire.

Le TFA a cependant reconnu qu'il existe à cet égard une lacune de la loi. Certains actes médicaux pratiqués dans la cavité buccale mais ne relevant pas de la médecine dentaire proprement dite sont en effet accomplis de nos jours presque exclusivement par des médecins-dentistes. Dans de tels cas, ceux-ci sont assimilés aux médecins, et les caisses doivent prendre le traitement en charge. D'après la jurisprudence, il faut, pour savoir si la caisse est tenue à prestation, prendre aussi en considération la méthode de traitement utilisée. Les méthodes qui relèvent de l'odontologie ne donnent pas lieu à prestations. Doivent notamment être remboursés par les caisses certaines interventions chirurgicales sur la mâchoire et le traitement de maladies affectant les gencives. (voir ATF 98 V 69, 100 V 70 et 102 V 2).

Le projet de révision partielle de l'assurance-maladie tient compte de cette jurisprudence. Les médecins-dentistes feront désormais également partie, en vertu de la loi, des personnes pouvant exercer leur activité à la charge de l'assurance-maladie. Les caisses continueront toutefois de ne pas être tenues de rembourser tous les traitements administrés par les médecins-dentistes. Conformément à la jurisprudence, seuls la chirurgie dentaire et les traitements apparentés de maladies feront partie des prestations obligatoires. Ces prestations pourront être définies selon la procédure prévue au 5<sup>e</sup> alinéa. Les caisses devront en outre prendre en charge les traitements dentaires nécessités par un

accident. Comme pour tout autre traitement en cas d'accident, elles ne seront cependant tenues à prestation que si une autre assurance ne couvre pas ce risque (voir art. 1<sup>er</sup>, 3<sup>e</sup> al.). Cette réglementation permettra aux personnes assurées contre les accidents par une caisse-maladie de bénéficier, elles aussi, de la protection dont jouissent celles qui sont soumises à l'assurance-accidents obligatoire.

*Limites des prestations à la charge des caisses (méthodes de traitement, médicaments)*

(5<sup>e</sup> à 7<sup>e</sup> al.)

Le droit en vigueur permet déjà au Conseil fédéral de désigner plus avant les prestations obligatoirement à la charge des caisses-maladies. Il doit au préalable consulter une commission de spécialistes. Mais la loi ne précise pas quels sont les critères que doivent prendre en considération le gouvernement et cette commission. Le Conseil fédéral a spécifié dans une ordonnance que les soins médicaux obligatoirement à la charge des caisses sont les mesures diagnostiques et thérapeutiques scientifiquement reconnues que prend le médecin. La question de la prise en charge d'une mesure ne fait l'objet d'une décision formelle que dans les cas où son caractère scientifique est contesté (art. 21 de l'ordonnance III sur l'assurance-maladie, RS 832.140). Par contre, les traitements administrés par le personnel paramédical ne sont pris en charge que s'ils sont expressément désignés.

Dans son principe, cette réglementation sera maintenue. Les critères servant à déterminer s'il y a prestation obligatoire seront toutefois mentionnés dans la loi. Il ne s'agira plus seulement de la valeur scientifique de la méthode d'examen ou de traitement considérée, mais aussi de son efficacité et de son caractère économique. Il devrait ainsi être possible, dans la perspective d'une réduction des frais, d'exclure de la prise en charge obligatoire les méthodes coûteuses dont l'efficacité n'est pas établie. Comme par le passé, la prise en charge obligatoire des traitements administrés par le médecin ne fera l'objet d'une décision formelle que si leur valeur est contestée, alors que les traitements et les soins prodigués par le personnel paramédical et le personnel de soins à domicile ne seront obligatoirement remboursés que s'ils sont expressément désignés. Quant aux traitements administrés par un médecin-dentiste, ils ne seront remboursés, ainsi qu'on l'a vu plus haut, que dans une mesure limitée par la loi (voir 2<sup>e</sup> al.). Leur prise en charge pourra, en cas de besoin, être réglée en détail par ordonnance. Enfin, les examens préventifs seront, eux aussi, remboursés uniquement s'ils sont expressément désignés.

Il est souvent difficile de distinguer, dans la pratique, entre les examens et traitements qui portent sur une affection déterminée et les mesures médicales servant au bien-être physique et moral en général. De nos jours, l'obligation pour les caisses de prendre en charge telle ou telle mesure ne saurait être que reconnue ou exclue entièrement, ce qui peut donner des résultats peu satisfaisants dans les cas-limites. Il faut donc poser les bases permettant d'adopter des solutions plus souples, par exemple la prise en charge des prestations en partie seulement ou pour une durée déterminée, ou encore l'exclusion du remboursement pour certains genres de traitements. La question de l'exclusion ou de la

limitation des prestations obligatoires dans les cas où le traitement ne vise plus ou que partiellement la maladie peut, sans doute, se poser en principe dans tous les domaines de la médecine. Elle se pose toutefois avec plus d'acuité dans certains d'entre eux, par exemple la physiothérapie, la psychothérapie, les mesures de réadaptation médicale et la chirurgie esthétique.

Le Conseil fédéral nommera des commissions de spécialistes chargées de donner leur avis sur les questions relatives aux prestations. Contrairement à ce qui est prévu dans le droit en vigueur, il n'est donc pas tenu de nommer une seule commission. Cette innovation rendra plus facile la désignation de spécialistes pour toutes les questions à trancher.

Les médicaments et les analyses que les caisses doivent prendre en charge sont aujourd'hui énumérés dans des listes accompagnées de tarifs établies par les autorités fédérales. En ce qui concerne les médicaments, on distingue ceux qui doivent toujours être remboursés par les caisses (liste des médicaments) et ceux dont la prise en charge n'est que recommandée (liste des spécialités). Les caisses sont libres de rembourser encore des médicaments qui ne figurent pas sur l'une de ces listes. Elles ne versent toutefois rien pour certaines préparations (produits de caractère alimentaire, stimulants, produits cosmétiques, etc.) qui figurent dans une liste dite négative reposant sur un accord entre le Concordat des caisses-maladie suisses et la Société suisse de pharmacie.

D'après le 6<sup>e</sup> alinéa, les médicaments et les analyses obligatoirement pris en charge continueront d'être énumérés dans des listes. Il en ira de même pour les moyens et appareils, nouvellement cités dans la loi. L'inscription sur une liste sera subordonnée aux mêmes conditions que celles qui sont requises pour les autres prestations. C'est-à-dire qu'il faudra examiner si les médicaments, les analyses, etc. sont scientifiquement reconnus, efficaces et économiques. La réalisation de ces conditions sera vérifiée après consultation d'une Commission des médicaments nommée par le Conseil fédéral.

Liste des médicaments et liste des spécialités auront désormais la même valeur impérative pour les caisses. La distinction faite actuellement entre elles a d'ailleurs perdu de son importance, puisque pratiquement toutes les caisses remboursent maintenant aussi les préparations énumérées dans la liste des spécialités. Les caisses seront en outre libre, comme devant, de prendre en charge des médicaments ne figurant pas sur la liste unique, mais seulement jusqu'à concurrence de la moitié de leur prix, le reste étant payé par l'assuré. Sans cette règle, la liste perdrait à la longue toute fonction régulatrice des prix. Enfin, certains produits seront, à l'avenir aussi, totalement exclus de la prise en charge par les caisses. Ils feront l'objet d'une liste négative, établie selon la même procédure que la liste des prestations obligatoires. Comme c'est le cas de nos jours, le médecin devra tenir compte des listes. Il est permis d'attendre de lui qu'il informe le patient avant de prescrire un médicament que la caisse ne rembourse pas ou seulement en partie.

Le Conseil fédéral nommera les commissions de spécialistes et la Commission des médicaments. D'après les 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> alinéas, il est aussi en principe compétent pour définir en détail les prestations. A l'heure actuelle, c'est l'OFAS qui est délégué pour établir la liste des médicaments, la liste des spécialités et la liste

des analyses. Il faudra encore examiner si cette délégation doit être maintenue, car la nouvelle pratique n'admet plus que rarement la délégation du pouvoir d'édicter des règles de droit à un office de l'administration fédérale. Nous n'entendons toutefois pas exclure d'emblée la possibilité de déléguer, comme aujourd'hui, certaines compétences au Département de l'intérieur ou à l'OFAS. Dans le domaine des médicaments, en particulier, il convient de suivre l'évolution du plus près possible (production de nouveaux médicaments). En outre, il s'agit de questions au sujet desquelles les autorités ne peuvent se prononcer sans l'avis des spécialistes siégeant dans les commissions consultatives.

#### *Article 12<sup>bis</sup> Assurance facultative d'une indemnité journalière*

Les caisses-maladie reconnues par la Confédération continueront de pouvoir pratiquer l'assurance facultative d'une indemnité journalière, conformément aux dispositions générales de la loi. Pourront adhérer à cette assurance les personnes qui ne sont pas ou ne sont plus assujetties à l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière, instituée en vertu de l'article 40a, et celles qui y sont assujetties, mais souhaitent encore conclure une assurance complémentaire. Même les personnes sans activité lucrative, par exemple celles qui tiennent un ménage, pourront s'assurer à titre facultatif (2<sup>e</sup> al.). Seuls les enfants âgés de moins de 16 ans révolus (voir art. 5, 5<sup>e</sup> al.) n'auront pas cette possibilité.

Selon le 1<sup>er</sup> alinéa, l'assuré aura droit aux indemnités dès qu'il atteint une incapacité de travail de la moitié au moins. Ce principe, également adopté dans l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière, représente une amélioration puisque la loi ne prévoit actuellement le versement des indemnités qu'en cas d'incapacité totale de travail. Ce même alinéa dispose que les caisses-maladie fixeront librement, dans leurs statuts ou leurs règlements, le montant et la durée des prestations qu'elles allouent. La règle actuelle prescrivant une indemnité minimale de 2 francs (art. 12<sup>bis</sup>, 1<sup>er</sup> al., LAMA) est donc supprimée. Les caisses seront toutefois tenues de prendre en considération la période de 16 semaines prévue par l'article 14, 6<sup>e</sup> alinéa, en cas de maternité et la nouvelle réglementation introduite par l'article 26, 1<sup>er</sup> alinéa, en matière de surassurance (notamment prise en compte des dépenses nécessaires à l'engagement d'une personne remplaçant l'assuré malade).

Nous inspirant de dispositions semblables de la LAA, nous avons en outre prévu, au 4<sup>e</sup> alinéa, que la caisse-maladie pourra réduire les indemnités journalières si l'assuré a, avec intention ou négligence coupable, causé ou aggravé l'atteinte à la santé qui est à l'origine de son incapacité de travail, ou encore s'il ne s'est pas conformé aux prescriptions du médecin. C'est seulement dans les cas particulièrement graves que les prestations pourront être entièrement refusées. La caisse appréciera, dans chaque cas, s'il convient de réduire ou de refuser les prestations et dans quelle mesure celles-ci seront réduites. Le fait qu'une personne ait agi sous l'empire de la drogue ou de l'alcool, par exemple, sera pris en considération dans cette appréciation. Le 5<sup>e</sup> alinéa tempère ces règles de réduction, en prévoyant que les prestations ne pourront pas être refusées et que leur réduction sera limitée à la moitié lorsque l'assuré

doit pourvoir à l'entretien de proches. Il ne serait en effet pas équitable que ces derniers supportent toutes les conséquences du comportement de l'assuré. D'autre part, les caisses ne pourront ni réduire, ni refuser leurs prestations pendant les cures de désintoxication prescrites par un médecin à des alcooliques ou à des toxicomanes. Il ne serait pas logique de pénaliser des patients soumis au traitement qui doit précisément les désaccoutumer du comportement portant atteinte à leur santé. Il convient enfin de préciser que les règles de réduction ne s'appliquent qu'à l'indemnité journalière, et que les prestations pour soins médico-pharmaceutiques ne peuvent être ni réduites, ni refusées.

#### *Article 12<sup>ter</sup>* Assurance des frais de traitement dentaire

Comme on l'a déjà vu dans le commentaire de l'article 12, les traitements administrés par un médecin-dentiste seront en partie des prestations obligatoires de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques (avant tout les interventions chirurgicales sur la mâchoire et le traitement d'affections touchant les tissus mous de la cavité buccale) et en partie l'objet d'une assurance facultative des frais de traitement dentaire (actes odontologiques proprement dits). Le chiffre 222 expose les raisons principales de ce partage et les avantages de la nouvelle réglementation.

Le 1<sup>er</sup> alinéa oblige toutes les caisses à offrir à leurs membres assurés pour les soins médicaux et pharmaceutiques une assurance facultative des frais de traitement dentaire. Cela ne signifie pas que chaque caisse devra elle-même gérer une telle assurance, ce qui ne pourrait guère être exigé notamment des petites caisses. Celles-ci devront toutefois veiller, en passant des contrats de collaboration ou de réassurance avec d'autres caisses, à ce que leurs propres membres aient aussi la possibilité de conclure une assurance-frais dentaires à des conditions supportables. La réglementation proposée correspond largement à ce que pratiquent déjà nombre de caisses.

Le 2<sup>e</sup> alinéa exige du candidat qu'il ait une denture saine ou remise en état. L'affiliation à l'assurance facultative des frais de traitement dentaire n'est pas possible si un examen révèle que la denture de l'intéressé est en mauvais état. Les frais occasionnés par le traitement d'une affection dentaire existante ne peuvent être mis à la charge de l'assurance.

Le 3<sup>e</sup> alinéa définit l'ampleur des prestations obligatoires. Les caisses doivent prendre en charge au moins 50 pour cent des rémunérations tarifaires pour les actes odontologiques, ainsi qu'un examen de la denture par année – de tels examens étant par nature étroitement liés aux traitements couverts par l'assurance. Afin de permettre aux caisses de garder un certain contrôle sur les coûts, le Conseil fédéral fixe des montants maximaux pour les traitements et les prothèses. L'examen annuel prévu, qui est considéré comme suffisant par les dentistes eux-mêmes, doit servir à promouvoir la prophylaxie, notamment chez les adultes. L'assurance facultative des frais de traitement dentaire n'apportera aucun changement dans les services de médecine dentaire pour les écoliers, les jeunes, etc., ni n'influencera leur développement.

L'une des conditions essentielles du bon fonctionnement de l'assurance facultative des frais de traitement dentaire réside dans un tarif équilibré, qui garantisse aux assurés une protection efficace et aux médecins-dentistes une rémuné-

ration digne de leurs prestations. Toutes les dispositions de la loi qui règlent l'élaboration des tarifs pour les médecins s'appliqueront par analogie aux tarifs concernant les médecins-dentistes (art. 21, 1<sup>er</sup> al.). Ces dispositions visant essentiellement les tarifs établis par voie conventionnelle, il suffirait pratiquement de développer les conventions existantes.

*Article 12<sup>quater</sup>* Assurance du forfait pour frais de pension dans un établissement hospitalier

Ainsi qu'on l'a vu, le forfait pour frais de pension (art. 22<sup>sexies</sup>) ne sera pas couvert par l'assurance de base. Mais les caisses seront tenues d'offrir à leurs membres assurés pour les soins médicaux et pharmaceutiques une assurance complémentaire prenant en charge ce forfait.

L'article 3, alinéa 4<sup>bis</sup>, qui autorise d'une manière générale les caisses à adopter des règles particulières sur l'admission, le droit aux prestations et l'échelonnement des cotisations dans les assurances complémentaires, ne s'applique pas à l'assurance du forfait pour frais de pension, qui obéit pleinement aux dispositions régissant l'assurance de base. Toute personne qui, selon la loi et les statuts, a le droit d'entrer dans l'assurance de base des soins médicaux et pharmaceutiques peut aussi conclure cette assurance complémentaire. L'article 6<sup>bis</sup> doit être observé pour la fixation des cotisations. Les caisses doivent rembourser le forfait ordinaire pour frais de pension (voir art. 22<sup>sexies</sup>, 1<sup>er</sup> al.), tel qu'il a été fixé. Lorsque le Conseil fédéral augmente le forfait, elles ne peuvent donc pas imposer de réserves pour la différence correspondant à cette majoration. Par contre, l'augmentation éventuelle par l'hôpital du forfait pour les malades chroniques (voir art. 22<sup>sexies</sup>, 2<sup>e</sup> al.) n'est pas assurée. De même que le forfait pour frais de traitement, le forfait pour frais de pension n'est pas soumis à une limitation de durée et doit être versé non seulement en cas de maladie, mais aussi en cas de maternité et, s'il y a lieu, d'accident.

*Article 13* Délai d'attente dans l'assurance facultative d'une indemnité journalière

Dans l'assurance facultative d'une indemnité journalière, les caisses pourront à l'avenir déterminer à leur gré le montant de l'indemnité assurée et la durée de son versement (art. 12<sup>bis</sup>, 1<sup>er</sup> al.). C'est pourquoi le projet supprime les prescriptions légales sur la durée du délai d'attente.

*Article 14* Prestations en cas de maternité

Suite aux nombreuses demandes visant à une meilleure prise en charge des soins à domicile, le chiffre 3 du 2<sup>e</sup> alinéa innove en prévoyant une contribution aux frais de soins pour la mère et l'enfant, qui sera fixée par le Conseil fédéral et versée durant un certain temps après l'accouchement à domicile. Il s'agit de donner aux femmes la possibilité d'accoucher à domicile ou de rentrer chez elles le plus tôt possible après un accouchement en clinique.

Déjà sous le régime actuel (2<sup>e</sup> al., ch. 4), les caisses doivent prendre en charge 4 examens de contrôle pendant la grossesse et un après l'accouchement. Bien que la fixation d'un nombre déterminé de contrôles ait été critiquée par les organisations féminines, cette règle sera maintenue, car elle a donné satisfac-

tion dans la pratique et la nécessité de prévoir plus d'examens n'a pas été établie. Afin d'unifier les délais prévus par la loi, la période pendant laquelle le contrôle effectué après l'accouchement doit avoir lieu sera réduite de 10 à 8 semaines. Ce changement ne devrait pas soulever de difficultés dans la pratique, puisque l'examen en question est de toute façon effectué peu de temps après l'accouchement.

Le principe inscrit dans la 1<sup>re</sup> phrase du 4<sup>e</sup> alinéa figure déjà dans le texte en vigueur, mais le délai sera porté de 4 à 8 semaines avant l'accouchement. De même, la règle voulant que l'assurée n'ait droit aux indemnités journalières que si elle n'exécute pas d'activités préjudiciables à sa santé est déjà contenue dans la loi actuelle. Selon certaines réponses données lors de la procédure de consultation sur l'avant-projet, elle est cependant considérée comme dépassée. Elle se justifie pourtant, eu égard au fait que la réglementation en matière d'indemnités journalières est plus avantageuse pour la maternité que pour la maladie. L'indemnité journalière est en effet versée à la femme enceinte ou à l'accouchée sans que l'on vérifie si elle est réellement incapable de travailler. Au demeurant, la règle précitée contribue aussi à protéger la santé de l'intéressée et de l'enfant à naître.

Le 5<sup>e</sup> alinéa reconnaît aux femmes assurées pour les soins médicaux et pharmaceutiques, mais qui ne sont pas soumises à l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière, le droit de recevoir une indemnité journalière, qui sera fixée par le Conseil fédéral. Le projet répond ainsi aux nombreuses demandes visant à ce que, en cas de maternité, les femmes disposent d'une certaine somme leur permettant de faire face aux dépenses supplémentaires dues à l'accouchement. En ce qui concerne le montant de l'indemnité journalière, nous avons compté 5 francs par jour dans nos estimations concernant le coût de l'assurance-maternité. Les femmes auront la possibilité de s'assurer à titre facultatif pour une indemnité plus élevée (voir art. 12<sup>bis</sup> et 26, 1<sup>er</sup> al.).

Sont réputées prestations de maternité, à l'heure actuelle, toutes les prestations de soins médicaux et pharmaceutiques fournies pendant la période légale de 10 semaines, même si elles sont occasionnées par une maladie. Sont également réputés prestations de maternité les traitements médicaux résultant d'examens de contrôle, à condition qu'ils soient administrés par le médecin ayant procédé à ces examens. La réglementation proposée au 6<sup>e</sup> alinéa étend le droit aux prestations de soins à toute la durée de la grossesse et aux 8 semaines qui suivent l'accouchement. Il précise toutefois que seules les prestations liées à la maternité sont prises en considération, les autres étant à la charge de l'assurance-maladie. Cette réglementation répond à peu près aux exigences de l'initiative populaire et des différentes interventions parlementaires. Comme on l'a déjà vu au chiffre 24, la durée de versement des indemnités journalières est portée de 10 à 16 semaines.

Le 7<sup>e</sup> alinéa innove en prévoyant que les femmes à ressources modestes qui seraient placées dans une situation financière difficile à cause de l'accouchement ont droit aux prestations de maternité même si, au moment de l'accouchement, elles n'ont pas été assurées pour les soins médicaux et pharmaceutiques ou l'ont été moins de 270 jours. Les femmes concernées pourront exercer ce droit auprès de la caisse-maladie de leur choix. Elles devront cependant

habiter en Suisse depuis au moins 270 jours, sans interruption. Selon certains avis reçus lors de la procédure de consultation, cette durée est considérée comme trop longue. Mais il faut relever que, sur le plan international, le droit à des prestations pour lesquelles l'intéressé n'a pas versé de cotisations est souvent subordonné à des durées minimales de séjour plus longues. Les prestations de soins ne seront pas remboursées en totalité, mais seulement jusqu'à concurrence des quatre cinquièmes. L'idée est d'encourager les femmes jeunes et en bonne santé à s'assurer pour les soins médicaux et pharmaceutiques déjà avant une éventuelle maternité.

#### *Article 14<sup>bis</sup>* Participation des assurés aux frais

Il ressort du 1<sup>er</sup> alinéa que le principe d'une participation des assurés aux frais est maintenu. Alors que le régime actuel connaît la franchise (montant fixe) et la participation aux frais proprement dite (pourcentage), le projet ne prévoit plus qu'une participation en pour-cent, comme c'était d'ailleurs le cas avant la révision de la LAMA de 1964. Au cours de la procédure de consultation, le maintien de la franchise a été réclamé de divers côtés, comme un moyen efficace de décharger l'assurance des cas bénins. L'expérience ayant toutefois montré que la franchise n'a pas réduit le nombre de ces cas, il est préférable d'en revenir au seul système de la participation en pour-cent. La suppression de la franchise améliorera d'ailleurs sensiblement la situation financière des malades chroniques, notamment, qui doivent consulter un médecin régulièrement. De plus, la participation en pour-cent est un système beaucoup plus simple que la franchise, qui a toujours été d'une application difficile et provoque de nombreux litiges. La suppression de la franchise implique cependant une augmentation de la participation en pour-cent. Celle-ci sera portée de 10 à 20 pour cent des frais médicaux et pharmaceutiques, mais soumise à une limite maximale, qui sera fixée par le Conseil fédéral. Nous envisageons dans nos calculs un montant maximal de 400 francs par année. Pour les enfants, le taux sera de 10 pour cent et le montant maximal réduit de moitié.

La règle libérant l'intéressé de la participation aux frais dans certains cas sera étendue aux examens préventifs et aux mesures de contrôle (2<sup>e</sup> al.). Cette amélioration vise à encourager les assurés à se soumettre aux examens utiles à leur santé. Le projet ne réservant plus une place particulière à la tuberculose, il supprime l'exemption de la participation aux frais qui est prévue actuellement pour cette maladie. Une telle exemption ne vaudra également plus pour les cures balnéaires, puisque les contributions aux frais de cure sont de toute façon des prestations qui ne couvrent pas toutes les dépenses. Les seuls cas de libération de la participation qui seront maintenus sont le séjour hospitalier et la maternité; celle-ci parce que l'assurance-maternité occupera une place spéciale dans l'assurance-maladie, celui-là parce qu'il ne faut pas ajouter une charge financière au forfait pour frais de pension que doit payer l'assuré.

Il ressort du 3<sup>e</sup> alinéa que le Conseil fédéral continuera d'édicter les prescriptions de détail sur la participation aux frais. Il pourra en particulier imposer aux adultes un montant fixe supplémentaire ou une participation en pour-cent

plus élevée pour certaines prestations. Il pourra en outre prévoir des exceptions pour les traitements prolongés et coûteux.

La disposition actuelle autorisant les caisses à prélever une taxe sur les feuilles de maladie est supprimée. Les caisses ne pourront donc réclamer à l'avenir que la participation aux frais.

Le 4<sup>e</sup> alinéa permet aux personnes qui préfèrent être assurées uniquement contre les gros risques, et donc supporter elles-mêmes les frais de traitement jusqu'à un certain montant, de conclure une assurance comprenant une franchise annuelle. Cette assurance remplace l'assurance avec participation en pour-cent et doit lui être au moins équivalente. La franchise annuelle sera assortie d'une réduction des cotisations, puisque les cas de maladie les moins graves seront pris en charge par l'assuré. Ainsi que l'ont demandé les caisses-maladie, l'assurance avec franchise annuelle sera – contrairement à ce qui était prévu dans l'avant-projet – ouverte non seulement aux adultes, mais aussi aux enfants. Seuls les parents doivent en effet pouvoir décider de quelle manière ils entendent assurer leurs enfants. Les caisses régleront elles-mêmes le passage d'un genre de participation à l'autre, mais seront tenues d'accorder à l'assuré qui change de système les mêmes avantages qu'en cas d'affiliation initiale.

#### *Article 18 Médecins-conseils*

A la différence du droit actuel, le 1<sup>er</sup> alinéa oblige les caisses à désigner des médecins-conseils. Placée sous le signe de la modération des coûts, cette obligation vise avant tout au contrôle du caractère adéquat et économique des traitements. Les caisses restent libres dans la manière de désigner leur médecin-conseil. Les petites caisses, en particulier, pourront en désigner un en commun, que ce soit sur le plan cantonal ou régional. Afin d'aplanir les difficultés que les médecins-conseils pourraient rencontrer dans leur activité, le 2<sup>e</sup> alinéa prévoit que les médecins-traitants, les pharmaciens, les chiropraticiens, les sages-femmes, le personnel paramédical, les laboratoires et les établissements hospitaliers seront tenus de leur donner toutes les indications nécessaires.

#### *Article 19<sup>bis</sup> Choix de l'établissement hospitalier*

##### *Libre choix*

(1<sup>er</sup> al.)

L'assuré conserve le droit de choisir librement parmi les établissements hospitaliers suisses. Il ne doit toutefois faire son choix qu'entre les hôpitaux qui conviennent au traitement de sa maladie. Certes, le critère de la nécessité de l'hospitalisation, institué par la jurisprudence, va aujourd'hui déjà dans le même sens. Mais le projet tient expressément compte du fait qu'il existe plusieurs catégories d'établissements selon la nature de l'hospitalisation qui est nécessaire (maladie aiguë ou chronique).

La définition de l'établissement hospitalier, qui figurera désormais dans la loi, reprendra pour l'essentiel les critères développés par la jurisprudence. D'après celle-ci, la condition de la direction médicale est remplie, si le patient reçoit des soins médicaux et si un médecin se rend régulièrement dans l'établissement

hospitalier (p. ex., une fois par mois, voir ATF 100 V 71). A l'avenir, la direction médicale sera définie de manière un peu plus limitative. Seules les institutions dans lesquelles les patients sont soignés sous la direction constante d'un médecin seront considérées comme des établissements hospitaliers. Ceux-ci seront dès lors tenus d'avoir un médecin à disposition, qui leur consacre une part importante de son temps de travail. Cette définition plus restrictive de l'établissement hospitalier se justifie, puisqu'à l'avenir les caisses devront verser des prestations pour les séjours dans des homes qui ne sont pas des établissements hospitaliers proprement dits (art. 22<sup>quinq.</sup>, 6<sup>e</sup> al.) et également, de façon plus étendue qu'aujourd'hui, pour les soins donnés à domicile (art. 12, 1<sup>er</sup> al., ch. 1<sup>er</sup>, let. b).

Le droit de l'assuré de choisir librement l'établissement hospitalier signifie que les caisses doivent allouer leurs prestations pour tout traitement hospitalier dont il a besoin. Cela n'implique cependant pas que les caisses soient toujours obligées de prendre en charge l'intégralité des frais de traitement portés en compte par l'hôpital que l'assuré a choisi. Par exemple, si un malade chronique séjourne dans un établissement pour maladies aiguës, la caisse-maladie doit uniquement verser les prestations qu'il lui incomberait d'allouer en cas de séjour dans un établissement pour maladies chroniques. La liberté de choix de l'assuré se limite en effet à l'établissement hospitalier qui convient au traitement de sa maladie. Les caisses alloueront en outre leurs prestations selon les critères figurant dans les alinéas que nous commentons ci-après.

#### *Prestations entièrement à la charge des caisses* (2<sup>e</sup> al.)

La caisse-maladie doit prendre à sa charge la totalité du forfait pour frais de traitement valable dans l'hôpital concerné, pour autant que l'assuré ait choisi la division commune d'un établissement hospitalier situé à son lieu de résidence ou dans les environs, ou qu'il ait dû, pour des raisons médicales, se faire soigner dans un autre établissement. Le principe de cette réglementation existe déjà; mais, contrairement à ce qui résulte du droit actuel, l'assuré aura toujours la garantie d'obtenir dans ces cas le remboursement intégral des frais de traitement et de soins hospitaliers. Aujourd'hui en effet, la part des frais de soins et de séjour qui n'est pas obligatoirement prise en charge par l'assurance peut être très élevée, notamment lorsque l'assuré doit, pour des raisons médicales, être traité hors de son canton de domicile. L'avant-projet prévoyait encore que les caisses-maladie prennent en charge la totalité du forfait pour frais de traitement quand l'assuré choisit un établissement hospitalier situé dans les environs du lieu de résidence de ses proches. Au cours de la procédure de consultation, les cantons et les caisses-maladie, avant tout, ont reproché à cette solution d'étendre les prestations obligatoires d'une manière trop large et difficilement contrôlable dans la pratique. Nous avons tenu compte de cette objection. Dans les cas spéciaux, où la proximité du lieu de résidence des proches peut exercer une influence considérable sur le processus de guérison (p. ex. chez des personnes atteintes de troubles psychiques), le choix d'un établissement hospitalier situé dans les environs du lieu de résidence de ces proches peut toutefois se justifier par des raisons médicales.

L'établissement hospitalier doit appliquer de manière uniforme à l'ensemble des membres des caisses-maladie le forfait fixé par la convention ou par le gouvernement cantonal (voir art. 22<sup>quinquies</sup>, 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> al.). Contrairement à ce qui est le cas dans le droit en vigueur, le fait que la caisse n'était pas partie à la convention ne revêt aucune importance. Il est cependant possible d'échelonner le montant de ce forfait d'après le lieu de résidence de l'assuré (voir art. 22<sup>quinquies</sup>, 4<sup>e</sup> al.).

#### *Prestations partiellement à la charge des caisses* (3<sup>e</sup> al.)

Si l'assuré se rend, sans y être contraint par des raisons médicales, dans un établissement hospitalier qui n'est pas situé à son lieu de résidence ou dans les environs, ou s'il choisit la division privée d'un établissement hospitalier, la caisse-maladie ne doit pas supporter de ce fait une charge financière plus lourde que s'il avait choisi un établissement approprié à proximité de son lieu de résidence. Dès lors, les caisses ne devront pas prendre en charge la différence entre le forfait pour frais de traitement valable dans l'établissement choisi ou le coût de la journée en division privée, d'une part, et le forfait pour frais de traitement de l'établissement que l'assuré aurait pu choisir dans les environs de son lieu de résidence, d'autre part. S'il se trouve plusieurs établissements au lieu de résidence de l'assuré ou dans les environs, les prestations de la caisse se déterminent d'après le forfait pour frais de traitement de l'établissement le plus proche qui aurait également convenu au traitement du patient. Par lieu de résidence («Wohnort/luogo di residenza»), il faut entendre le lieu où l'assuré séjourne habituellement. Les caisses doivent en effet, lorsqu'elles calculent leurs cotisations, partir de l'idée qu'elles sont en principe tenues de prendre en charge le forfait pour frais de traitement valable dans l'établissement hospitalier situé à proximité du lieu de résidence de leurs assurés. Les différences de cotisations qui peuvent en résulter selon le domicile des assurés sont justifiées, car le montant des forfaits pour frais de traitement dépend aussi des moyens financiers engagés par les cantons, et donc par les contribuables, dans le secteur hospitalier. Les intéressés pourront conclure des assurances complémentaires couvrant entièrement les coûts hospitaliers, quel que soit l'établissement qu'ils choisissent.

#### *Cures balnéaires* (4<sup>e</sup> al.)

L'assuré dispose aussi du droit de choisir librement parmi les stations thermales suisses. Il n'est ici pas nécessaire de réglementer l'étendue des prestations d'après l'établissement choisi, car les caisses ne sont, de toute manière, tenues de prendre en charge qu'une contribution aux frais de cure fixée uniformément par le Conseil fédéral. Les conditions de la reconnaissance d'un établissement de bain par la Confédération feront l'objet d'une ordonnance du Conseil fédéral, élaborée en commun avec les milieux intéressés (cantons, caisses-maladie, médecins spécialistes, établissements balnéaires, etc.). La loi ne fait qu'indiquer les domaines touchés par une telle réglementation, à savoir la direction médicale, le traitement et les eaux thermales.

*Liste des établissements hospitaliers*  
(5<sup>e</sup> al.)

On se demande souvent si certaines institutions, en particulier des homes pour personnes âgées, peuvent être considérées comme des établissements hospitaliers. Il est certes possible de laisser aux tribunaux des assurances le soin de déterminer dans chaque cas si l'institution en question est bien un établissement hospitalier, et par là même si la caisse doit allouer ses prestations. Il s'agit toutefois d'une procédure longue et compliquée. De plus, un jugement n'a qu'une portée spéciale et les caisses ne peuvent pas l'invoquer de manière absolue, car il n'est pas certain que les circonstances n'aient pas changé entre-temps. Il convient dès lors de charger les cantons de dresser une liste des établissements hospitaliers situés sur leur territoire et de la tenir à jour régulièrement.

L'avant-projet prévoyait que les cantons devaient soumettre ces listes à l'approbation du Conseil fédéral. Etant donné que la santé publique est en principe du domaine des cantons et qu'elle doit demeurer de leur compétence avec le moins de restrictions possible, nous avons renoncé à prévoir l'approbation de ces listes par le Conseil fédéral. Par contre, les tribunaux continueront à examiner si les caisses sont tenues de verser des prestations d'hospitalisation dans tel ou tel cas. Ce faisant, ils devront prendre en considération, notamment, le 1<sup>er</sup> alinéa de cet article, qui donne la définition de l'établissement hospitalier. Quant aux listes, elles seront publiées en la forme appropriée et portées à la connaissance des offices fédéraux compétents.

*Article 21* Qualifications des personnes exerçant leur activité dans le domaine médical et des laboratoires

Ce projet imposant aux caisses de prendre en charge certains traitements dentaires et d'offrir une assurance complémentaire des frais dentaires à leurs membres assurés pour les soins médico-pharmaceutiques, il était logique de prévoir que, sous réserve d'autres réglementations, les dispositions valables pour les médecins s'appliquent par analogie aux médecins-dentistes (1<sup>er</sup> al.).

En vertu du 6<sup>e</sup> alinéa, le Conseil fédéral continuera à établir les règles générales relatives au personnel paramédical et aux laboratoires qui effectuent des analyses à la charge de l'assurance-maladie. Cet alinéa précise que le Conseil fédéral peut déterminer quel est le champ d'activité attribué au personnel paramédical. La nouvelle loi permettant une plus large prise en charge des soins à domicile (art. 12, ch. 1<sup>er</sup>, let. b), il convient aussi d'établir des prescriptions sur l'autorisation donnée au personnel prodiguant des soins à domicile. Le cercle des professions qui appartiennent en fait au domaine paramédical peut ainsi être adapté à l'évolution et à la spécialisation en matière de traitements. Avant de fixer les règles précitées, le Conseil fédéral devra consulter les cantons compétents pour délivrer au personnel paramédical les autorisations de pratiquer, ainsi que les organisations intéressées. Pour le reste, les articles déjà mentionnés dans la disposition actuelle seront applicables par analogie (choix du médecin en général, en cas de convention et en cas de traitement hospitalier).

Les 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> alinéas, consacrés aux chiropraticiens et aux sages-femmes pratiquant à la charge de l'assurance-maladie, renvoient aux dispositions correspondantes valables pour les médecins en ce qui concerne la liberté de choix de l'assuré et ses limites (art. 15, 1<sup>er</sup> al., et 17, 1<sup>er</sup> al.). Ces deux alinéas prévoient en outre que les chiropraticiens et les sages-femmes pourront également passer convention avec les caisses, ce qui répond à un besoin qui s'est fait jour dans la pratique. Le 6<sup>e</sup> alinéa a aussi été complété dans ce sens.

Alors que le droit actuel garantit uniquement que les analyses de laboratoires sont effectuées sous la direction et la surveillance d'une personne ayant reçu une formation scientifique à cet effet, le 7<sup>e</sup> alinéa prévoit en outre que la qualité de ces analyses fera l'objet d'un examen spécial. Ainsi, le Conseil fédéral pourra introduire un contrôle de qualité des analyses tant pour les laboratoires que pour les médecins qui disposent d'un laboratoire. Mis à part l'avantage que présentent des analyses de bonne qualité, cette solution permet d'utiliser de manière plus appropriée les ressources de l'assurance-maladie qui sont affectées à ce domaine.

#### *Article 22* Caractère économique des tarifs

Les conventions tarifaires passées entre caisses et médecins continueront d'être approuvées par le gouvernement cantonal. De plus, dans l'optique de la modération des coûts, les taxes prévues par les tarifs et les autres dispositions conventionnelles devront dorénavant être examinées non seulement sous l'angle de la conformité à la loi et à l'équité, mais encore du point de vue de leur caractère économique.

#### *Article 22<sup>bis</sup>, 7<sup>e</sup> alinéa* Indications données au débiteur des honoraires

Cette disposition, réclamée en particulier par les caisses-maladie, oblige le médecin, d'une part, à continuer de donner au débiteur des honoraires toutes les indications relatives à la fixation des prestations, et d'autre part, à lui fournir désormais tous les renseignements nécessaires au contrôle du caractère économique du traitement. Cela signifie que le médecin informe l'assuré ou la caisse du diagnostic, des différents soins et des dates auxquels ceux-ci ont été prodigués. C'est en effet seulement sur la base de telles indications qu'il est possible d'examiner, dans la perspective d'une réduction des coûts, le caractère économique d'un traitement. Par ailleurs, cet alinéa maintient la règle selon laquelle le médecin traitant n'est en droit de donner des renseignements d'ordre médical qu'au médecin-conseil de la caisse.

#### *Article 22<sup>quater</sup>* Tarifs pour traitements ambulatoires

Cet article innove dans la mesure où il ne réglemente plus que les tarifs du traitement ambulatoire, ceux du traitement hospitalier étant déterminés par les dispositions qui suivent.

D'après le 1<sup>er</sup> alinéa, le Conseil fédéral fixe les tarifs des médicaments, des analyses, ainsi que des moyens et appareils à la charge des caisses. Il peut déléguer cette tâche. Pour la fixation des tarifs (listes de prix), il convient de tenir compte, d'une part, des intérêts de l'assurance sociale et, d'autre part, de considérations d'ordre politique et économique. Cela signifie que les tarifs

doivent certes être le plus favorables possible pour l'assurance sociale, mais qu'en même temps ils doivent être fixés – compte tenu de critères économiques – de telle sorte qu'ils puissent garantir à notre population des prestations de soins modernes et de haut niveau. Contrairement au droit actuel, les tarifs des analyses ne pourront plus être augmentés sur le plan cantonal; seule une réduction sera encore possible.

Les dispositions concernant les rémunérations applicables pour les prestations du personnel paramédical ainsi que pour les traitements ambulatoires prodigués par des établissements hospitaliers seront désormais réglées dans un seul alinéa (2<sup>e</sup> al.), ce qui correspond largement au droit en vigueur.

Le 3<sup>e</sup> alinéa prévoit que le gouvernement cantonal approuve les conventions tarifaires. Cette approbation doit être donnée comme le prescrit l'article 22, 3<sup>e</sup> alinéa, dernière phrase, c'est-à-dire compte tenu du caractère économique.

L'article 22<sup>bis</sup>, 7<sup>e</sup> alinéa, s'applique aussi par analogie aux prestations non médicales (voir commentaire relatif à cette disposition). Il reste loisible au pharmacien de ne délivrer sa facture qu'à la fin du traitement, comme cela est prévu actuellement.

#### *Article 22<sup>quinqües</sup>* Forfait pour frais de traitement en cas d'hospitalisation

Cet article concerne le montant du forfait pour frais de traitement que les caisses-maladie doivent prendre en charge pour les soins donnés à un assuré séjournant dans la division commune d'un établissement hospitalier.

D'après le droit en vigueur, les tarifs de la division commune sont fixés par conventions passées entre établissements hospitaliers et caisses. En l'absence de convention, il incombe au gouvernement cantonal de fixer les tarifs. Les caisses ne sont cependant tenues de prendre en charge que certaines prestations (voir commentaire de l'art. 12). Aujourd'hui, il n'est donc pas possible d'obliger les caisses à prendre en charge tous les frais occasionnés par un séjour hospitalier, même si c'est le gouvernement cantonal qui fixe un montant forfaitaire. Les établissements hospitaliers sont toutefois libres de mettre encore à la charge du patient les frais que l'assurance-maladie n'assume pas. Comme nous l'avons déjà mentionné, cette situation conduit à un manque de clarté et de sécurité quant à l'étendue de la couverture d'assurance en cas de séjour hospitalier.

Le projet prévoit que les caisses-maladie ne prendront plus en charge des prestations déterminées, mais le forfait pour frais de traitement fixé par la convention ou par le gouvernement cantonal. On peut se demander s'il faut, malgré cette réglementation, déterminer plus en détail l'étendue des prestations mises à la charge des caisses, en prévoyant dans la loi des dispositions sur le montant du forfait pour frais de traitement et sur les frais à prendre en considération. La commission d'experts avait proposé qu'après une période transitoire de dix ans le forfait couvre dans tous les hôpitaux 50 pour cent des frais d'exploitation. Pendant cette période, on aurait admis des taux de couverture de 30 à 70 pour cent. La commission d'experts s'était fondée sur les conditions existantes. De fait, les prestations de l'assurance-maladie couvrent en moyenne 50 pour cent des frais journaliers effectifs par patient.

Tant au cours de la procédure de consultation sur l'avant-projet que dans celle

qui concerne la nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons, ceux-ci se sont fermement prononcés en faveur du maintien de leur autonomie en matière hospitalière, en particulier de leur autonomie tarifaire. Les propositions relatives à la nouvelle répartition des tâches partent de l'idée que la santé publique doit rester en principe de la compétence des cantons. Ceux-ci doivent dès lors aussi veiller à ce que la population puisse recevoir des soins hospitaliers dans une mesure suffisante et garantir par là même le financement de ces hôpitaux. En revanche, l'importance de la participation de l'assurance-maladie aux frais hospitaliers est une question qui relève du droit de l'assurance, et ne peut donc être réglée que par la Confédération. C'est ici le lieu de constater à quel point la santé publique et l'assurance-maladie sont liées. La Confédération et les cantons devront dès lors, quelle que soit la solution choisie, collaborer étroitement dans ce domaine et harmoniser leurs réglementations.

A la suite des propositions faites au sujet de la nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons, le projet prévoit la solution suivante: seuls les frais d'exploitation de l'établissement hospitalier seront pris en considération dans le calcul du forfait pour frais de traitement. Celui-ci ne saurait donc couvrir ni les coûts de construction et d'installation de l'hôpital, ni les coûts du crédit s'y rapportant (intérêts et amortissements). De même, l'assurance-maladie ne prend pas à sa charge les dépenses pour l'enseignement et la recherche. La loi ne précisera pas quelle part des frais d'exploitation devra être couverte par le forfait pour frais de traitement. Elle se bornera à exiger que ce forfait soit en rapport avec les frais d'exploitation. Lors de la fixation de ce forfait, il faudra donc aussi préciser quelle part des frais d'exploitation sera couverte par l'hôpital lui-même.

D'après le 2<sup>e</sup> alinéa, le montant du forfait pour frais de traitement sera en principe fixé dans une convention passée entre l'établissement hospitalier et les caisses. Comme les autres tarifs, cette convention ne sera valable qu'après avoir été approuvée par le gouvernement cantonal. Il appartiendra à celui-ci d'examiner au cours de la procédure d'approbation si la convention est conforme aux prescriptions légales.

Au cas où aucune convention ne pourrait être conclue entre l'établissement hospitalier et les caisses, le gouvernement cantonal devra fixer le forfait pour frais de traitement. Il devra cependant requérir au préalable l'avis de l'hôpital concerné et des caisses qui pratiquent dans son rayon d'activité. Le gouvernement cantonal ne peut fixer un tel forfait que pour les établissements hospitaliers qui disposent d'une division commune et appliquent aux membres des caisses-maladie un régime tarifaire conforme à la LAMM. Il s'agit en général des hôpitaux publics et des hôpitaux soutenus par les pouvoirs publics.

Contrairement à ce qui est le cas dans le droit en vigueur, le gouvernement cantonal pourra donc se prononcer sur l'importance de la participation financière des caisses. Les cantons pourraient ainsi charger l'assurance-maladie, plus qu'actuellement, du financement des hôpitaux. Nous sommes cependant convaincus qu'ils sont conscients de la part de responsabilité qui leur revient dans le bon fonctionnement de notre système d'assurance-maladie, et qu'ils continueront donc à participer au financement des frais d'exploitation des hôpitaux.

Dans une assurance facultative principalement financée par des cotisations individuelles, il n'est pas possible d'imposer sans limite des charges aux assurés. En effet, s'ils doivent consacrer une partie toujours croissante de leur revenu au paiement des cotisations d'assurance-maladie, il faut s'attendre à ce qu'augmentent les revendications en faveur d'une réduction des cotisations et, de manière générale, d'une plus forte contribution des pouvoirs publics au financement de l'assurance-maladie. C'est pourquoi le projet prévoit que les cantons devront également assumer une partie de cette contribution (art. 38 et 38<sup>ter</sup>).

Le 3<sup>e</sup> alinéa comprend des dispositions sur le calcul des frais d'exploitation et la possibilité de contrôler celui-ci. L'avant-projet prévoyait que le Conseil fédéral devait fixer des prescriptions uniformes quant à la façon d'établir les factures et de tenir la comptabilité. Il convient toutefois, dans ce domaine également, de garantir l'autonomie des cantons. Le projet se borne dès lors à prévoir que les établissements hospitaliers doivent calculer leurs frais d'exploitation d'après les principes admis de la comptabilité analytique, ce qui permet de faire des comparaisons entre les frais d'exploitation des différents établissements (voir aussi art. 22<sup>septies</sup>, 3<sup>e</sup> al.). Dans les cas où le forfait pour frais de traitement varie suivant les divisions d'un même hôpital, il conviendra de calculer les frais d'exploitation séparément pour chaque division. Les établissements hospitaliers seront tenus de permettre aux gouvernements cantonaux et aux caisses de consulter leurs comptes d'exploitation et les pièces qui s'y rapportent.

Le 4<sup>e</sup> alinéa prévoit que le montant du forfait pour frais de traitement peut être différent suivant le canton où réside l'assuré. Le fait d'exiger que tous les membres des caisses-maladie soient traités de la même façon ne signifie pas qu'il faille fixer, pour un établissement hospitalier ou une division déterminés, un seul montant forfaitaire applicable à l'ensemble des assurés. Si les cantons continuent à financer une partie des frais d'exploitation des hôpitaux au moyen des ressources publiques – soit au moyen de la perception d'impôts auprès de leurs contribuables – il est légitime de fixer un forfait plus élevé pour les assurés domiciliés hors du canton où ils sont soignés. Revenant sur l'avant-projet, nous renonçons à prévoir dans la loi un forfait différent suivant le lieu de résidence du patient. L'établissement hospitalier pourra toutefois, dans le forfait pour frais de pension, porter en compte, au plus, la totalité des frais d'exploitation par journée de soins et par patient. Il résulte clairement de cette disposition que l'assurance-maladie ne peut être mise à contribution pour le financement des frais d'investissements des hôpitaux.

Lorsque le rayon d'activité d'un hôpital déborde les limites d'un canton, il n'est guère possible d'exiger de celui-ci qu'il pourvoie seul au financement de ses frais d'investissements. Ce problème ne doit cependant pas être réglé dans le régime tarifaire de l'assurance-maladie, mais par des accords passés entre les cantons intéressés sur le financement commun des hôpitaux. Le montant de la participation de chaque canton doit pouvoir être pris en compte dans la fixation du forfait pour frais de traitement.

Il résulte du 5<sup>e</sup> alinéa que le traitement et les soins dispensés dans la division privée d'un établissement hospitalier ne doivent pas nécessairement être remboursés sous forme d'un montant forfaitaire par jour et par patient. Il est

possible de maintenir dans ces cas un régime tarifaire où les différentes prises en charge sont expressément désignées. La manière dont le tarif est mis sur pied n'est pas réglée. Il peut donc être édicté par l'établissement hospitalier lui-même. Dans les cas où un tarif prévoit, pour la division privée, le remboursement de prestations qui sont aussi fournies en cas de traitement ambulatoire, les montants fixés par les tarifs applicables à celui-ci ne pourront pas être dépassés. Cette limitation ne vaut pas pour les prestations qui ne peuvent être fournies ambulatoirement, c'est-à-dire en particulier les soins généraux et la nourriture.

Le 6<sup>e</sup> alinéa tient compte du fait que la délimitation entre traitement ambulatoire et soins hospitaliers peut poser des problèmes dans certains cas. En général, il y a soins hospitaliers lorsque le patient passe au moins une nuit à l'hôpital. Mais il existe aujourd'hui, surtout dans les cliniques psychiatriques, des formes de séjour partiel (patient de jour ou de nuit) qui ne correspondent plus aux critères admis. Il faudra donc déterminer par ordonnance si l'établissement hospitalier peut dans ces cas spéciaux porter en compte la totalité ou une partie du forfait pour frais de traitement, ou si chaque prestation sera remboursée séparément.

Le séjour dans une institution qui ne peut pas être considérée comme un établissement hospitalier (p. ex. un home pour personnes âgées) ne constitue pas une hospitalisation au sens de la loi, et n'est donc en principe pas pris en charge par l'assurance-maladie. Pour les personnes qui reçoivent des soins médicaux dans ces institutions, les caisses-maladie doivent déterminer leurs prestations d'après les principes applicables au traitement ambulatoire et aux soins à domicile. Or, ces principes ne permettent pas de régler entièrement de tels cas. Aussi, des réglementations spéciales doivent-elles également pouvoir être adoptées dans ce domaine. Mais il conviendra de ne jamais perdre de vue que les institutions en question ne sont pas des établissements hospitaliers au sens de la loi. Cela signifie que les soins généraux prodigués aux intéressés ne peuvent pas être mis à la charge de l'assurance-maladie et que l'institution ne peut les porter en compte d'après les règles applicables aux établissements hospitaliers.

#### *Article 22<sup>sexies</sup>* Forfait pour frais de pension en cas d'hospitalisation

Outre le forfait pour frais de traitement, les établissements hospitaliers devront porter en compte un forfait journalier pour frais de pension. Cette distinction correspond, dans son principe, à une pratique aujourd'hui largement répandue. Les caisses-maladie peuvent en effet exclure de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques les prestations hospitalières qui ne sont pas obligatoires, notamment les frais de nourriture et de logement, ou obliger les assurés à conclure une assurance complémentaire couvrant de tels frais. Dorénavant, les caisses-maladie devront toujours rembourser, en cas de soins hospitaliers, le forfait pour frais de traitement valable dans l'établissement considéré. Ce forfait couvrant une partie des frais d'exploitation, il peut aussi comprendre en fait les frais de nourriture et de logement.

En cas de séjour hospitalier, l'assuré économise une partie de ses dépenses habituelles de nourriture et de logement. Il se justifie donc que non seulement

l'assurance de base, mais aussi le patient lui-même prend en charge une partie des frais de pension occasionnés par le séjour à l'hôpital. En conséquence, il faut calculer le forfait pour frais de pension, non pas sur la base des frais effectifs de nourriture et de logement, mais d'après ce que le patient a pu épargner du fait de l'hospitalisation. Comme ces montants ne dépendent pas de l'hôpital où séjourne l'intéressé et sont à peu près les mêmes pour tous les assurés, le montant du forfait doit être établi uniformément pour tout le pays, comme c'est le cas dans l'assurance-accidents obligatoire. Le projet prévoit donc qu'il sera fixé par le Conseil fédéral, et non dans des conventions passées entre hôpitaux et caisses ou par décision du gouvernement cantonal. C'est seulement lorsque l'assuré peut être sûr que le forfait pour frais de pension se tiendra dans des limites supportables, quel que soit l'établissement hospitalier suisse où il sera soigné, que l'on peut admettre qu'il n'est pas obligé de recourir à la possibilité de conclure une assurance complémentaire (voir art. 12<sup>quater</sup>). La commission d'experts avait proposé de fixer le forfait pour frais de pension à 15 francs par jour pour tous les assurés. Cet ordre de grandeur nous paraît raisonnable.

Le 2<sup>e</sup> alinéa contient une réglementation spéciale pour les malades chroniques qui ne vivent plus chez eux et reçoivent une rente d'une assurance sociale. C'est l'établissement hospitalier qui, dans ces cas, subvient dans une large mesure aux besoins vitaux de l'intéressé. Il se justifie donc que la rente de celui-ci soit aussi utilisée pour couvrir lesdits besoins, conformément à son but. Il faut éviter que la rente ne serve qu'à accumuler une épargne.

Dans ces cas, l'assuré doit verser un forfait pour frais de pension plus élevé, à condition toutefois qu'il séjourne en établissement hospitalier depuis au moins six mois sans interruption notable. L'interruption devrait être réputée notable, à notre avis, lorsque l'assuré a pu s'absenter de l'hôpital durant au moins 30 jours consécutifs. De plus, l'assuré doit être au bénéfice d'une rente de l'AVS, de l'AI, de l'assurance-accidents obligatoire ou de l'assurance militaire. Le forfait ne peut être augmenté si cet assuré tient encore son propre ménage ou doit pourvoir à l'entretien de proches. De plus, ce forfait doit être adapté à la situation particulière de l'assuré. Celui-ci doit pouvoir disposer de sa rente dans la mesure où elle sert à couvrir ses besoins personnels. Le principe de l'égalité de traitement exige enfin que l'établissement hospitalier ne puisse demander pour le traitement, les soins et le séjour un montant global plus élevé à une personne assurée par une caisse-maladie qu'à un patient auquel les tarifs de l'assurance-maladie ne s'appliquent pas. Le montant qui dépasse le forfait ordinaire pour frais de pension fixé par le Conseil fédéral ne sera pas couvert par l'assurance complémentaire au sens de l'article 12<sup>quater</sup>.

Le 3<sup>e</sup> alinéa précise que, pour la division commune, l'établissement hospitalier ne peut porter en compte que le forfait pour frais de traitement et le forfait pour frais de pension – le cas échéant augmenté en vertu du 2<sup>e</sup> alinéa.

#### *Article 22<sup>septies</sup>* Harmonisation et coordination des tarifs

Le présent projet accorde une attention particulière à l'harmonisation des nombreux et différents tarifs cantonaux de l'assurance-maladie ainsi qu'à leur coordination avec les régimes tarifaires des autres assurances sociales.

Lors de la procédure de consultation, l'harmonisation des tarifs prévue dans l'avant-projet a été favorablement accueillie par la majorité des organisations consultées, mais uniquement pour ce qui est de la structure des tarifs, et non en ce qui concerne une réglementation de ceux-ci sur le plan fédéral. C'est pourquoi le projet se borne à prévoir une harmonisation formelle des tarifs pour soins ambulatoires, en ce sens que seuls des principes relatifs au calcul et à la structure des tarifs seront posés dans la loi. Quant à la coordination avec les régimes tarifaires des autres assurances sociales, qui n'a suscité aucune objection en procédure de consultation, il convient maintenant de la mettre en œuvre.

Le 2<sup>e</sup> alinéa habilite le Conseil fédéral à fixer aussi des taux indicatifs pour certaines prestations dans le secteur ambulatoire, en particulier pour les prestations de caractère technique requérant l'utilisation d'appareils. Celles-ci prenant toujours plus d'ampleur par rapport aux autres traitements médicaux, les taux indicatifs joueront un rôle particulièrement important. Dans la perspective d'une réduction des coûts de la santé, ils permettront en effet de promouvoir une utilisation rationnelle et modérée des installations techniques et des appareils. Le Conseil fédéral peut en outre fixer des taux maximaux pour les prestations de maternité. La raison d'une si large compétence provient de l'obligation qu'a la Confédération de prendre en charge la totalité des prestations de maternité (voir art. 36).

Par ailleurs, le Conseil fédéral pourra procéder à des comparaisons de frais d'exploitation entre établissements hospitaliers comparables et demander à cet effet aux cantons et aux hôpitaux de fournir tous documents nécessaires. Ces comparaisons seront aussi utiles aux cantons, car elles leur permettront de fixer des tarifs plus appropriés, ainsi qu'aux institutions signataires des conventions tarifaires. Les résultats de ces comparaisons serviront en outre à établir les principes ainsi que les taux indicatifs et maximaux mentionnés dans cet article.

#### *Article 22<sup>octés</sup>* Droit de recours

Le droit en vigueur prévoit que les dispositions et les décisions prises par les gouvernements cantonaux en matière tarifaire peuvent faire l'objet d'un recours au Conseil fédéral. L'actuelle disposition sera seulement complétée par la mention du nouvel article sur le forfait pour frais de traitement (art. 22<sup>quinquies</sup>). Au cours de la procédure de consultation, certains cantons ont exprimé la crainte qu'un recours au Conseil fédéral permette aussi un contrôle de leur pouvoir d'appréciation, et ont déclaré préférer la voie du recours au Tribunal fédéral. Cette disposition n'ayant jusqu'à présent pas donné lieu à des conflits avec les cantons, nous ne prévoyons cependant pas de modifier le régime actuel, eu égard notamment à la surcharge du Tribunal fédéral. En prenant nos décisions sur recours, nous nous efforcerons d'ailleurs, comme jusqu'à présent, de ne pas intervenir sans nécessité absolue dans le champ d'appréciation que la loi reconnaît aux cantons en matière tarifaire.

#### *Article 23* Traitement économique

Les personnes et les établissements du secteur médical participant à la pratique de l'assurance-maladie sont, aujourd'hui déjà, obligés de tenir compte du

caractère économique des traitements. La disposition proposée ici consacre en outre, dans l'optique de la modération des coûts, la pratique selon laquelle les caisses sont en droit de réclamer le remboursement des prestations disproportionnées. Les caisses peuvent faire jouer ce droit tant contre les établissements hospitaliers et les laboratoires que contre les personnes exerçant leur activité dans le domaine médical.

De plus, l'assuré doit se voir remettre une facture détaillée et compréhensible, qui le renseigne sur le traitement ambulatoire ou hospitalier, lui permettant ainsi de se rendre compte de l'importance des frais qu'il occasionne. Lorsque l'assuré est débiteur direct des honoraires, il doit en outre recevoir, en même temps que la facture, toutes les indications prévues à l'article 22<sup>bis</sup>, 7<sup>e</sup> alinéa.

#### *Article 25, alinéa 4<sup>bis</sup>* Tribunaux des assurances comme organes d'arbitrage

Les cantons devront, comme aujourd'hui, désigner un tribunal arbitral, constitué paritairement, pour connaître des contestations entre les caisses et les personnes de profession médicale et en fixer la procédure. Les retards apportés par certains tribunaux arbitraux cantonaux à la liquidation des affaires a donné lieu à différentes critiques. Afin de combler ces lacunes, dues en partie à l'absence d'un corps de juges expérimentés et en partie aux arcanes de la procédure d'arbitrage, le projet prévoit que les cantons pourront désormais déléguer les compétences du tribunal arbitral au tribunal cantonal des assurances, qui dispose de juges d'expérience, celui-ci devant toutefois être alors complété par un représentant de chaque partie intéressée.

#### *Article 26* Surassurance

Le 1<sup>er</sup> alinéa autorise expressément le Conseil fédéral à édicter des dispositions en vue de compléter la règle interdisant la surassurance, qui figure déjà dans la loi. Ces dispositions devront mieux tenir compte que le droit actuel de la situation particulière des femmes au foyer et des indépendants, puisque les dépenses occasionnées par l'engagement d'une personne qui remplace l'intéressé devront désormais être prises en considération, et seront donc assurables.

Le 3<sup>e</sup> alinéa reprend le principe voulant que les caisses-maladie ne versent pas leurs prestations si une autre assurance couvre le même risque. Mais il l'étend aux services de santé publique, c'est-à-dire à tous les services de santé institués ou gérés par les collectivités publiques (soins dentaires aux écoliers ou aux adolescents, soins médicaux dans les établissements pénitentiaires, etc.).

D'après le 4<sup>e</sup> alinéa, il incombe au Conseil fédéral de régler les rapports de l'assurance-maladie avec les autres assurances sociales. Il devra en particulier édicter des prescriptions sur l'avance des prestations et l'information réciproque au sujet des prestations. Le Conseil fédéral devra en outre déterminer les critères servant à limiter les prestations des caisses en cas de concours entre un accident et une maladie et réglementer le droit de recours des caisses contre les décisions émanant d'autres institutions d'assurances sociales. La formulation de cet article est nouvelle, car nous avons voulu l'adapter aux dispositions analogues des autres lois d'assurances sociales.

### *Article 32 Recours contre le tiers responsable*

Jusqu'à maintenant, les caisses ne disposaient d'aucun droit de recours légal contre le tiers responsable, mais elles se faisaient souvent céder dans leurs statuts les droits des assurés envers le tiers responsable. A l'exemple de ce qui est prévu dans les autres assurances sociales, les caisses seront dorénavant subrogées de par la loi, pour le montant de leurs prestations, aux droits de l'assuré envers le tiers responsable. Le projet se borne toutefois à poser le principe d'un droit de recours et renvoie pour les détails aux articles 48<sup>ter</sup> à 48<sup>sexies</sup> LAVS et 52 LAI, qui deviennent applicables par analogie à l'assurance-maladie.

### *Articles 33 et 34, titres marginaux*

L'article 32 introduit un nouveau titre marginal dans la loi, ce qui entraîne une nouvelle numérotation des titres marginaux des articles 33 et 34.

### *Article 35 Subside fédéral pour la compensation des charges*

Les caisses reçoivent un subside destiné à compenser les charges générales que la loi leur impose (voir à ce sujet art. 1<sup>er</sup>). Font notamment partie de ces charges l'obligation d'admettre les candidats, la limitation de la durée de validité des réserves, le catalogue légal des prestations, la suppression de la limite de durée pour le versement des prestations et la limitation du droit d'exclure un assuré. Ces charges n'affectent pas toutes les caisses dans une mesure égale. Mais il est très difficile de fixer des critères à la fois objectifs et relativement simples à appliquer pour calculer le subside à verser à chaque caisse. Jusqu'à présent, nous utilisions, comme on l'a vu plus haut, le système quelque peu indifférencié du subside par tête.

Les assurés qui mettent le plus les caisses à contribution sont principalement les personnes âgées et les patients atteints de graves affections chroniques qui conduisent à l'invalidité. Nous prévoyons donc de fixer le subside accordé à chaque caisse d'après le nombre de ses membres assurés pour les soins médicaux et pharmaceutiques qui sont au bénéfice d'une rente de l'AI ou d'une rente de vieillesse de l'AVS.

Les caisses-maladie ont souhaité que des subsides soient alloués pour les rentiers de l'AI qui sont hospitalisés, comme le prévoit le droit en vigueur (art. 37 LAMA). Cette solution ne présenterait toutefois des avantages d'ordre administratif que pendant la phase introductive de la nouvelle réglementation. Une fois que les caisses auront dressé la liste de tous les assurés qui touchent une rente de l'AI, le recensement des nouveaux rentiers de l'AI présentera moins de difficultés que le contrôle systématique auprès de chaque assuré qui doit être hospitalisé, pour savoir s'il bénéficie d'une rente de l'AI. En outre, les rentiers de l'AI représentent aussi un risque plus élevé dans le domaine des traitements ambulatoires. Pour nous, l'élément décisif est toutefois le suivant: Le subside destiné à compenser les charges fédérales imposées par la loi ne doit plus être calculé d'après les prestations effectivement versées ou les frais moyens. Le montant global mis à disposition pour cette subvention doit au contraire être fixé d'avance (art. 38<sup>bis</sup>, 2<sup>e</sup> al.), le subside alloué par rentier étant ensuite calculé d'après le nombre de bénéficiaires d'une rente de vieillesse de

l'AVS ou d'une rente de l'AI qui sont assurés par les caisses-maladie. Le subside ainsi déterminé ne comprend aucun élément se rapportant aux coûts.

Les subsides servent à faciliter une péréquation des charges entre les assurés. Bien qu'ils soient versés en fonction du nombre des rentiers, ils ne profitent donc pas uniquement à ceux-ci, mais doivent être utilisés pour réduire de manière générale les cotisations de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques. Ces subsides ont en effet précisément pour but de maintenir les cotisations à un niveau qui rende l'assurance-maladie intéressante également pour les personnes qui présentent de «bons» risques (soit les personnes jeunes et en bonne santé).

Les subsides sont fixés de telle sorte que pour un rentier de l'AI il soit alloué un montant du double de celui qui est versé pour un rentier de l'AVS. La raison en est que les obligations imposées aux caisses par la loi se font particulièrement sentir en ce qui concerne les rentiers de l'AI. C'est ainsi que les caisses-maladies sont tenues d'accepter un candidat qui touche déjà une rente de l'AI, alors qu'elles ne sont pas obligées d'admettre les personnes ayant atteint l'âge donnant droit à la rente de l'AVS (voir art. 5, 2<sup>e</sup> al.).

#### *Article 36* Remboursement des prestations de maternité

Comme nous l'avons déjà mentionné, les prestations de maternité seront entièrement financées par des subsides fédéraux (voir ch. 24). Contrairement à ce qui est le cas aujourd'hui, le subside alloué à chaque caisse ne sera plus calculé d'après la moyenne suisse des frais par cas de maternité; chaque caisse se verra rembourser la totalité des prestations qu'elle a versées. La Confédération ne prendra cependant à sa charge que les prestations assurées en vertu de la loi (voir art. 14). Les prestations versées sur la base de dispositions statutaires plus favorables ou résultant d'assurances complémentaires seront financées par des cotisations.

#### *Article 36<sup>bis</sup>* Subside fédéral pour la compensation des frais occasionnés par les femmes

La différence de 10 pour cent qui est admise entre les cotisations des hommes et celles des femmes ne permet pas de compenser les frais plus élevés que celles-ci occasionnent à l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. Dans notre système d'assurance facultative, il appartient donc à la Confédération de compenser par des subsides, outre les frais de maternité, au moins une part appréciable de ces frais plus élevés occasionnés par les femmes (voir ch. 224).

Le subside mis à la disposition pour compenser les frais supplémentaires occasionnés par les femmes sera également fixé d'avance (art. 38<sup>bis</sup>, 2<sup>e</sup> al.). Pour calculer le montant par femme assurée, il conviendra de tenir compte de la différence moyenne des coûts entre hommes et femmes. Il faudra d'abord fixer un montant uniforme pour toutes les assurées. Mais des différences fondées sur l'âge ne sont pas exclues. Des enquêtes menées par certaines caisses ont en effet montré que la différence de coûts entre hommes et femmes n'est pas la même dans toutes les classes d'âge. Elle semble être plus grande – même après déduction des frais de maternité – dans les classes jeunes que dans les classes âgées. Avec l'âge, le risque de maladie augmente très fortement, mais indépendamment du sexe des intéressés.

### Article 37 Subsidés fédéraux pour enfants

Le système de l'assurance individuelle peut entraîner de lourdes charges, surtout pour les familles. Aussi des contributions de solidarité en faveur des enfants sont-elles nécessaires. Les dispositions sur les cotisations des enfants (art. 6<sup>bis</sup>, 4<sup>e</sup> al.) vont déjà, quoique modestement, dans ce sens. Mais il y faut également des subsides des pouvoirs publics. La commission d'experts avait déjà prévu que des subventions seraient versées pour réduire de manière générale les cotisations des enfants et prendre certaines d'entre elles entièrement en charge. Cette proposition a été très favorablement accueillie lors de la procédure de consultation. C'est pourquoi le projet cite deux sortes de subsides pour les enfants.

Un premier subside fédéral doit permettre de réduire de manière générale les cotisations des enfants. Le montant mis à disposition à cet effet sera fixé d'avance (art. 38<sup>bis</sup>, 2<sup>e</sup> al.). Le montant alloué à chaque caisse se détermine d'après le nombre d'enfants assurés pour les soins médicaux et pharmaceutiques. Contrairement au système actuel des cotisations par tête pour les enfants et au régime de subventions prévu dans le projet pour la compensation des charges (art. 35) et celle des frais supplémentaires occasionnés par les femmes (art. 36<sup>bis</sup>), le subside pour les enfants exerce une influence directe sur le montant des cotisations de ceux-ci. Les caisses sont en effet tenues de réduire ces cotisations en conséquence (voir art. 6<sup>bis</sup>, 4<sup>e</sup> al.).

Le 2<sup>e</sup> alinéa prévoit en outre que la Confédération prend à sa charge, dans les familles comprenant plus de deux enfants, les cotisations de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques (assurance de base) pour le troisième enfant et les suivants. Les parents ne devront ainsi payer des cotisations que pour deux enfants au plus. Pour les enfants suivants, les cotisations seront prises en charge par la Confédération. Le montant du subside fédéral sera donc fixé d'après les cotisations qui doivent être effectivement prises en charge; il est dès lors fonction directe des coûts. Il ne faut cependant guère s'attendre à ce qu'il augmente proportionnellement aux coûts de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, car le nombre des enfants qui en bénéficient devrait plutôt diminuer.

Seront prises en charge les cotisations dues pour le troisième enfant ou pour chaque enfant suivant. Cependant, dès que l'assuré a atteint l'âge de 16 ans révolus, il ne sera en principe plus compris dans les bénéficiaires du subside. Ainsi, une famille de trois enfants, dont l'un est âgé de plus de 16 ans, devra en principe payer elle-même les cotisations dues pour les trois enfants. Toutefois, l'assuré qui parachève encore sa formation et n'a pas accompli sa 25<sup>e</sup> année sera considéré comme un enfant au sens de cette loi, et donnera donc droit au subside. D'après certains avis exprimés en procédure de consultation, il faudrait uniquement prendre en charge les cotisations des enfants appartenant à des familles à ressources modestes. Cette idée avait été rejetée par la majorité de la commission d'experts chargée d'élaborer l'avant-projet. Nous estimons aussi qu'il est juste de faire bénéficier de ces subsides toutes les familles, quelle que soit leur situation économique, car il s'agit ici principalement d'une mesure de politique familiale. Il ressort de la conception même du projet que l'aide aux assurés à ressources modestes est l'affaire des cantons.

Le 3<sup>e</sup> alinéa prévoit que la cotisation ne peut être ni réduite ni prise en charge, lorsqu'elle se rapporte à une assurance comportant une franchise annuelle (voir art. 14<sup>bis</sup>, 4<sup>e</sup> al.). Actuellement, il n'est pas possible de percevoir une franchise pour les enfants. Quant à l'avant-projet, il prévoyait que les adultes étaient les seuls à pouvoir conclure une assurance comportant une franchise annuelle. Nous envisageons maintenant de rendre aussi accessible aux enfants ce genre d'assurance, qui permet de réduire considérablement les cotisations. Les familles nombreuses n'étant toutefois guère en mesure de supporter des franchises annuelles élevées, nous avons voulu éviter de les inciter à contracter pour leurs enfants des assurances qui comportent de telles franchises.

#### *Article 37<sup>bis</sup> Indemnités annuelles en faveur des médecins de montagne*

L'installation de médecins dans les régions de montagne doit souvent être encouragée au moyen de mesures spéciales. Celles-ci consistent à verser aux dix médecins des montants fixes destinés à réduire les frais constants de leur cabinet ou une contribution à la construction de celui-ci. Il s'agit d'une tâche essentiellement cantonale, mais la Confédération participe, aujourd'hui déjà, à ces mesures d'encouragement (art. 38, 3<sup>e</sup> al., LAMA). Nous sommes d'avis que la Confédération doit continuer d'apporter une telle aide aux régions de montagne, d'autant plus que, malgré l'augmentation générale du nombre des médecins, la densité médicale dans ces régions reste une préoccupation importante, qui appelle aussi le soutien de la Confédération. La participation fédérale dépend des indemnités annuelles qui sont effectivement allouées. Jusqu'à présent, elle se montait au quart de celles-ci, ce qui représente un montant global de près de 250 000 francs par an. Afin d'apporter aux régions de montagne une aide véritablement conforme à son but, nous proposons d'élever à la moitié le taux de cette contribution, tout en supprimant le supplément de montagne alloué de manière générale aux habitants de ces régions. Le montant total se montera donc à environ 500 000 francs.

#### *Article 38 Subsidés des cantons*

Le 1<sup>er</sup> alinéa pose le principe suivant lequel les cantons doivent allouer des subsides destinés à réduire les cotisations des assurés à ressources modestes. Il résulte de la conception même du projet que la péréquation sociale est une tâche des cantons, puisqu'une assurance-maladie bien aménagée a pour effet d'alléger leurs charges dans le domaine de l'assistance.

Le projet n'impose aucune règle aux cantons quant au cercle des bénéficiaires de subsides et au montant de ceux-ci. Il les oblige simplement à prévoir un système de subventions qui prenne en considération les possibilités financières des assurés. Les caisses sont tenues d'employer ces subventions pour réduire individuellement les cotisations de chaque assuré qui a droit à l'aide cantonale.

Le 2<sup>e</sup> alinéa, qui oblige les cantons à prendre en charge les cotisations et les participations aux frais des assurés se trouvant dans une situation intolérable, s'inspire de réglementations analogues valables dans d'autres branches des assurances sociales (voir art. 11, 2<sup>e</sup> al., LAVS). Il s'agit d'éviter que les personnes qui ne peuvent pas faire face à leurs obligations financières envers la caisse perdent de ce fait toute couverture d'assurance. A cet effet, les caisses doivent

informer l'autorité cantonale compétente, avant de procéder à l'exclusion d'un assuré (art. 11, 2<sup>e</sup> al.). Les cantons seront libres de faire participer les communes au versement des subsides. D'ailleurs, de nombreuses communes versent déjà des subventions destinées à réduire les cotisations.

Actuellement, la Confédération accorde aux caisses un subside supplémentaire en faveur des assurés des régions de montagne (art. 38, 1<sup>er</sup> al., LAMA), qui permet de réduire leurs cotisations. Il est cependant supprimé dans le projet, car il a été versé d'une manière trop indifférenciée jusqu'à présent. En effet, tous les assurés des régions de montagne en bénéficient, quels que soient leurs revenus. Ce sont désormais les subventions des cantons aux assurés à ressources modestes (art. 38, 1<sup>er</sup> al.) qui rempliront, entre autres fonctions, celle des actuels subsides supplémentaires de montagne, mais de manière plus sélective.

La suppression des subsides supplémentaires de montagne fera augmenter les cotisations des intéressés, ce qui grèvera sensiblement le budget des personnes à ressources modestes, en particulier. Ces personnes étant précisément assez nombreuses dans les régions de montagne, les cantons qui recevaient jusqu'à présent le supplément de montagne seront mis à plus forte contribution. Afin de permettre à ces cantons, dont la capacité financière est en général faible, de pratiquer, eux aussi, une politique efficace de réduction des cotisations, le projet prévoit que la Confédération prendra à sa charge une partie des subsides prévus au 1<sup>er</sup> alinéa. Le montant global mis à disposition à cet effet sera, lui aussi, fixé d'avance (art. 38<sup>bis</sup>, 2<sup>e</sup> al.). Il appartiendra au Conseil fédéral de désigner les cantons bénéficiaires et de fixer leurs parts respectives. Ce faisant, il devra tenir compte de la capacité financière des cantons et de l'importance de leurs zones de montagne. Afin de s'assurer que ses subsides seront utilisés conformément à leur but, la Confédération pourra subordonner leur versement à la condition que le canton considéré procède à une réduction appropriée des cotisations.

#### *Article 38<sup>bis</sup>* Montant des subsides fédéraux

D'après la réglementation introduite dans la LAMA en 1964, tous les subsides de la Confédération aux caisses-maladie dépendaient pratiquement de la moyenne suisse des frais de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques. Ils augmentaient donc, de par la loi, proportionnellement à la hausse des coûts de l'assurance-maladie. La loi du 5 mai 1977 sur les mesures visant à équilibrer les finances fédérales (RS 611.04) a cependant fixé des montants qui ne doivent pas être dépassés. Le projet présenté ici prévoit pour l'avenir une réglementation qui s'éloigne du strict plafonnement des subventions, tel que nous le connaissons actuellement, sans toutefois revenir au système initial.

Seules quelques subventions dépendront directement des dépenses des caisses-maladie. Ce sont notamment le remboursement des prestations de maternité (art. 36), la prise en charge des cotisations du troisième enfant et des suivants (art. 37, 2<sup>e</sup> al.) et la contribution fédérale aux indemnités annuelles en faveur des médecins de montagne (art. 37<sup>bis</sup>). Le projet définit ces subsides, de telle manière qu'ils devront automatiquement être adaptés aux dépenses effectives. Toutefois, de tels subsides ne devraient augmenter dans leur ensemble que d'une manière limitée.

Quant aux autres subsides, leur montant global annuel sera fixé par arrêté fédéral simple. Ce montant annuel sera établi périodiquement, à intervalles de trois ans, étant entendu qu'il faudra alors tenir compte tant de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie que de la situation financière de la Confédération.

Ce mode de fixation des subsides fédéraux a été critiqué de divers côtés au cours de la procédure de consultation. De nombreux avis demandaient que ces subventions soient fixées par un arrêté fédéral de portée générale, soumis au référendum. Il convient toutefois de rappeler à cet égard que les dépenses fédérales sont toujours déterminées par un arrêté simple, sauf lorsque leur montant résulte directement d'une disposition légale. Ce principe s'applique ici également. Le référendum financier n'existe pas sur le plan fédéral.

En ce qui concerne l'importance et la cadence de l'adaptation des subsides fédéraux déjà fixés, certains milieux ont demandé un strict plafonnement dans la loi, alors que d'autres se prononçaient pour une adaptation directe à l'évolution des coûts. Des voix se sont aussi élevées pour que l'on ne tienne pas compte de la situation financière de la Confédération lors de la fixation des subsides fédéraux. Les cantons et les caisses-maladie, en particulier, craignent que, sur la base de cette disposition, la Confédération se décharge toujours plus de ses obligations sur les cantons et les assurés. Pourtant, la situation financière de la Confédération doit toujours être prise en considération lors de la fixation de subsides fédéraux. Ce critère est d'ailleurs également cité dans les dispositions analogues d'autres lois.

Comme nous l'avons déjà exposé, les subsides versés par la Confédération aux caisses-maladie sont nécessaires au bon fonctionnement de notre système d'assurance-maladie. Or, ils ne peuvent remplir cette fonction que s'ils ne sont pas inférieurs à un certain niveau. C'est ainsi qu'ils atteindraient un point critique si les cotisations de l'assurance-maladie représentaient, pour de larges milieux de la population, une part du revenu qui ne serait plus considérée comme supportable ou si les obligations légales imposées aux caisses en faveur des malades prenaient une telle ampleur que les personnes en bonne santé émigreraient lentement, mais de façon constante, vers l'assurance privée. C'est pourquoi il convient de tenir également compte de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie en fixant le montant des subventions fédérales. Cette obligation ne signifie certes pas que les subsides doivent être adaptés constamment à l'évolution des coûts. Mais ils doivent l'être de telle manière qu'ils puissent encore répondre pleinement à leur destination.

#### *Article 38<sup>ter</sup>* Participation des cantons aux subsides fédéraux

D'après les propositions relatives à la nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (voir ch. 113), les cantons doivent prendre en charge 50 pour cent des subsides fédéraux. La Confédération allouera donc aux caisses-maladie les subsides qu'elle leur doit en vertu de la loi et réclamera aux cantons la moitié de cette somme.

La répartition entre les cantons du montant qu'ils doivent à la Confédération se fera d'après une clef, qui tient compte du fait qu'ils peuvent exercer une influence considérable sur les coûts de l'assurance-maladie, en particulier au

moyen de leur politique tarifaire et hospitalière. Les facteurs suivants devront notamment être pris en considération :

- La somme des prestations que les caisses allouent aux assurés résidant dans le canton: Cet élément résulte pour ainsi dire de la nature même des choses. Les cantons à plus forte densité d'assurés et où ceux-ci reçoivent beaucoup de prestations participeront plus à l'assurance-maladie que les cantons qui ont moins d'assurés et moins de frais. Seront toutefois prises en considération uniquement les prestations que la loi met obligatoirement à la charge des caisses.
- La différence par rapport à la moyenne suisse des coûts: La différence des coûts entre les cantons se répercute déjà sur le montant total des prestations versées. La densité de la population cantonale joue cependant un rôle prépondérant dans ce facteur. Les cantons dont les assurés reçoivent plus de prestations ou dont les tarifs pour traitement hospitalier et ambulatoire sont plus élevés que dans d'autres participeront davantage à l'assurance-maladie – et pas seulement de façon proportionnelle. A l'inverse, les cantons dont les coûts sont faibles se verront avantagés en conséquence.
- Les dépenses du canton pour les hôpitaux et pour l'allègement des cotisations: Les cantons peuvent exercer une influence considérable sur les coûts de l'assurance-maladie au moyen de leur politique hospitalière. Si un canton réduit ses prestations aux hôpitaux, il fait augmenter les tarifs de ceux-ci et, partant, les dépenses des caisses-maladie. La liberté dont jouissent les cantons en matière de taxes hospitalières comporte le risque qu'ils transfèrent toujours plus de charges financières à l'assurance-maladie. Aussi les dépenses d'un canton dans le domaine hospitalier doivent-elles exercer une influence directe sur sa contribution aux subsides versés à l'assurance-maladie. Les cantons dont les prestations hospitalières par tête d'habitant sont plus élevées y participeront donc dans une moindre mesure que ceux dont les efforts en matière hospitalière sont plus modestes. Seront prises en considération toutes les dépenses engagées dans le secteur hospitalier, c'est-à-dire non seulement celles qui se rapportent aux établissements du canton considéré, mais aussi celles qu'il alloue par exemple aux hôpitaux d'un autre canton, sur la base d'un accord de collaboration.

Il est également du pouvoir des cantons d'atténuer les effets d'une augmentation des coûts de l'assurance-maladie au moyen d'un système bien conçu d'allègement des cotisations. C'est pourquoi il sera aussi tenu compte, dans le calcul de la part de chaque canton, des dépenses engagées par celui-ci pour la réduction des cotisations des assurés à ressources modestes. Contrairement à ce qui est le cas dans d'autres régimes de subventions, la capacité financière des cantons ne sera pas prise en considération. L'intention est de donner plus de poids aux autres critères de répartition. Nous entendons toutefois proposer, dans le projet de redistribution des tâches entre la Confédération et les cantons, un renforcement correspondant de la péréquation financière au moyen des parts cantonales à l'impôt de défense nationale.

Le mode de calcul pour la part de chaque canton et la pondération des critères de répartition seront déterminés par une ordonnance du Conseil fédéral. Celle-ci ne sera édictée qu'après consultation des cantons. Etant donné que le 2<sup>e</sup> ali-

néa n'est pas exhaustif, l'ordonnance pourra tenir compte d'autres éléments, tels que les différences de structure démographique entre les cantons. De plus, certains éléments, dont la valeur en chiffres ne sera calculable avec certitude qu'après la révision, ne pourront d'abord être pris en compte que de manière peu différenciée. Tel sera notamment le cas des dépenses hospitalières des cantons et des subsides alloués par ceux-ci en vue de réduire les primes des assurés à ressources modestes.

#### *Article 39* Coordination et statistiques

Les liens étroits existant entre la santé publique et l'assurance-maladie – deux domaines où les coûts augmentent fortement – appellent une coopération propre à réaliser des économies. A cet égard, la collaboration avec les nombreuses institutions qui s'occupent déjà de ces questions est nécessaire. C'est pourquoi le 1<sup>er</sup> alinéa confie à la Confédération le soin d'encourager, avec le concours des cantons, la collaboration entre les personnes et institutions qui participent à la gestion de l'assurance-maladie. La Confédération pourra en outre s'associer à des institutions qui œuvrent dans ce sens (p. ex., l'Institut suisse des hôpitaux) ou conclure des accords de collaboration avec de tels organismes. Nous n'avons pas repris la disposition de l'avant-projet qui permettait à la Confédération de déclarer obligatoires les recommandations de ces institutions.

Pour pouvoir lutter efficacement contre l'explosion des coûts et ses causes, il convient d'observer et d'analyser les faits avec précision, ce qui suppose un développement correspondant des statistiques. C'est pourquoi le 2<sup>e</sup> alinéa autorise la Confédération à procéder ou à faire procéder par d'autres institutions à des enquêtes statistiques. Elle pourra requérir à cette fin la collaboration des personnes exerçant une activité dans le domaine médical, des laboratoires ainsi que des établissements hospitaliers et leur demander de mettre les pièces nécessaires à disposition. En procédure de consultation, le corps médical a soulevé des objections contre de telles enquêtes, estimant qu'elles violeraient le secret professionnel. Ces craintes sont toutefois sans fondement, et cela pour deux raisons. D'une part, les statistiques en question ne comporteront que des données de nature générale (âge, sexe, etc.), et non d'ordre personnel (nom, adresse, etc.). D'autre part, toutes les personnes collaborant aux enquêtes seront tenues au secret, soit en vertu de l'article 4, 2<sup>e</sup> alinéa, de cette loi, soit d'après l'article 321 du code pénal (CP, RS 311.0).

#### *Article 39<sup>bis</sup>* Commission de l'assurance-maladie

Afin de promouvoir la collaboration entre les milieux intéressés dans le domaine de l'assurance-maladie, le projet prévoit la création, au niveau fédéral, d'une Commission de l'assurance-maladie, à l'exemple de ce qui est le cas dans l'AVS (voir art. 73 LAVS). La Confédération, les cantons ainsi que les organisations et institutions intéressées devront être représentés en nombre équitable au sein de cette commission. La tâche de celle-ci consistera à donner son avis, sur demande du Conseil fédéral, au sujet de questions générales concernant la gestion et le développement de l'assurance-maladie et de problèmes connexes de politique de la santé. Il ressort du texte du projet que ces

attributions ne sont pas exhaustives, puisqu'il permet expressément au Conseil fédéral de confier d'autres tâches à la commission. Il s'agira notamment de traiter des questions relatives à la réduction des coûts de la santé ou à certains aspects de l'assurance-maladie. Cette commission ne sera pas seulement un organe consultatif du Conseil fédéral, chargé d'examiner à son intention des problèmes touchant à l'exécution de l'assurance-maladie. Elle jouira aussi d'une certaine autonomie, lui permettant de soumettre de sa propre initiative des propositions au Conseil fédéral.

### **33 Assurance obligatoire d'une indemnité journalière**

#### **331 Assujettissement**

##### *Article 40a* Personnes assurées

L'assurance d'une indemnité journalière devient obligatoire; les raisons de cette innovation ont été exposées au chiffre 231.1.

Seront assurés tous les travailleurs (1<sup>er</sup> al.), c'est-à-dire, comme dans la LAA, les personnes occupées en vertu d'un contrat de travail ou d'un rapport de service de droit public, y compris notamment les travailleurs à domicile, les apprentis et les stagiaires. De plus, la lettre a du 3<sup>e</sup> alinéa permet au Conseil fédéral d'étendre l'assurance obligatoire à des catégories de personnes dont le statut est analogue à celui des salariés (p. ex. les sous-traitants). Quant à la lettre b du même alinéa, elle l'habilite à exclure de l'assurance notamment les membres de la famille de l'employeur qui collaborent à l'entreprise sans toucher de salaire en espèces ou pour un salaire modique, les personnes travaillant de façon irrégulière et certains fonctionnaires soumis à l'assurance militaire. Vu l'esprit de la disposition, nous ne procéderons à de telles exclusions qu'avec une certaine retenue, notamment en ce qui concerne les personnes occupées à temps partiel. Enfin, c'est la loi elle-même qui exclut les rentiers de l'AVS exerçant encore une activité salariée. Ceux-ci pourront toutefois bénéficier du passage facilité dans l'assurance facultative d'une indemnité journalière (voir art. 40d).

En principe, seules les personnes occupées en Suisse seront assurées. Afin de garantir la sécurité juridique et d'éviter les complications administratives, le 2<sup>e</sup> alinéa maintient cependant le rapport d'assurance pour les personnes détachées à l'étranger pour une durée limitée, à fixer par ordonnance, par un employeur domicilié en Suisse (p. ex. monteur allant installer une machine). A l'inverse, les personnes occupées en Suisse par un employeur domicilié à l'étranger ne seront assujetties à l'assurance obligatoire qu'à l'expiration d'une durée limitée, qui sera également fixée par ordonnance. Le Conseil fédéral pourra édicter des dispositions spéciales et prévoir notamment que les personnes occupées par une entreprise de transports publics, une administration publique ou un bureau de promotion touristique restent assurées même en cas de séjour prolongé à l'étranger. Les conventions bilatérales de sécurité sociale joueront en outre un certain rôle dans ce domaine.

Le 4<sup>e</sup> alinéa donne à l'employeur la possibilité de s'assurer pour une indemnité journalière auprès du même assureur et aux mêmes conditions que son

personnel. Cette réglementation doit permettre à tous les membres de l'entreprise d'être assurés par le même assureur (voir art. 40b).

#### *Article 40b* Obligations de l'employeur

Les travailleurs d'une même entreprise devront être assurés pour l'indemnité journalière par le même assureur. Ce principe résulte essentiellement de la nécessité de garantir une répartition équitable des risques (voir ch. 231.1). Dans un groupe de sociétés, chaque entreprise pourra cependant être assurée par un assureur différent.

Ainsi que le prévoit également l'article 69 LAA, les travailleurs auront le droit de participer au choix de l'assureur. Ce choix les intéresse en effet directement, puisque les primes, dont ils paient généralement une part appréciable, peuvent varier d'un assureur à l'autre.

#### *Article 40c* Début et fin du rapport d'assurance

Destinée à compenser la perte de salaire, l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière commencera à déployer ses effets, selon le 1<sup>er</sup> alinéa, dès que le travailleur entre en service. Contrairement à ce qui est le cas dans l'assurance-accidents obligatoire, l'intéressé n'est donc pas déjà couvert avant l'entrée effective en service, ce qui s'explique par la nature du risque de maladie.

L'assurance cessera en principe de déployer ses effets trente jours après la fin du droit au salaire (2<sup>e</sup> al., let. a). Mais elle prendra fin en même temps que le droit au salaire lorsque l'assuré est domicilié à l'étranger, sous réserve de certains cas qui seront déterminés par ordonnance, par exemple pour les travailleurs détachés (2<sup>e</sup> al., let. b, et 3<sup>e</sup> al.).

Le rapport d'assurance prendra en outre fin immédiatement lorsque l'assuré atteint l'âge donnant droit à la rente de l'AVS, même s'il continue à exercer une activité salariée. Mais il convient de rappeler que celui-ci pourra, sous certaines conditions, bénéficier du passage facilité dans l'assurance facultative (art. 40d). En outre, la cessation du rapport d'assurance obligatoire n'affectera pas les prestations en cours (voir commentaire de l'art. 40h).

Il serait inéquitable de priver de la couverture d'assurance les personnes qui tombent au chômage ou sont incapables de travailler à la suite d'un accident. Pour ces cas, le 3<sup>e</sup> alinéa prévoit que des dispositions spéciales sur la prolongation de la couverture d'assurance et l'obligation de verser des prestations seront édictées par ordonnance. La manière dont l'indemnité journalière sera alors versée fait l'objet des règles de coordination entre assurances sociales (voir ch. 25).

#### *Article 40d* Passage de l'assurance obligatoire à l'assurance facultative

Le 1<sup>er</sup> alinéa pose le principe selon lequel les personnes qui ne sont plus assujetties à l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière (notamment les femmes qui cessent d'exercer une activité lucrative et les salariés devenant indépendants ou atteignant l'âge de la retraite) ont le droit de passer dans l'assurance facultative, quel que soit leur âge et leur état de santé. Les prestations garanties à ces assurés seront (sous réserve de surassurance) en principe les

mêmes que celles de l'assurance obligatoire. La possibilité d'imposer des réserves, peu contestée au cours de la procédure de consultation, a été maintenue, afin d'éviter des abus. Elle a toutefois été assouplie, en ce sens que la durée de l'assurance obligatoire sera imputée sur les cinq années de validité (maximale) de la réserve. Si une personne a été assurée pendant trois ans à titre obligatoire, la durée de la réserve grevant son assurance facultative sera donc de deux ans au plus. Il s'agissait d'éviter qu'une personne désirant bénéficier de la continuation de son assurance soit soumise aux mêmes conditions qu'une personne n'ayant jamais été assurée.

Les personnes assujetties à l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière ne bénéficieront cependant pas toutes du passage facilité dans l'assurance facultative. Seules celles qui sont domiciliées en Suisse pourront exercer ce droit. En particulier, les frontaliers domiciliés à l'étranger n'auront pas cette faculté.

L'assurance facultative sera une assurance au sens de l'article 12<sup>bis</sup> du projet lorsque l'assureur est une caisse-maladie ou une assurance conforme à la loi sur le contrat d'assurance (LCA, RS 221.229.1) s'il s'agit d'une compagnie privée. Toutefois, le 2<sup>e</sup> alinéa permettra de prévoir les mêmes conditions pour les deux types d'assureurs, en ce qui concerne tant le droit de passage (p. ex. délai pour l'exercer et obligation de renseigner l'assuré) que certains éléments de l'assurance facultative elle-même (p. ex. fixation des primes et couverture d'assurance). Il convient d'empêcher que les assurés faisant usage de ce droit de passage soient soumis à des régimes totalement différents, selon qu'ils sont affiliés à une caisse-maladie ou à une compagnie privée. Nous veillerons notamment à ce que les compagnies d'assurance ne puissent pas se réserver le droit de résilier le contrat pour cause d'aggravation essentielle du risque sans le fait de l'assuré (comme le prévoit l'art. 30, 2<sup>e</sup> al., LCA). Pour les compagnies privées, l'observation de telles règles constitue le prolongement des obligations qu'elles se seront engagées à respecter en demandant à participer à la gestion de l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière.

### 332 Prestations

#### *Article 40e* Droit à l'indemnité

Selon le 1<sup>er</sup> alinéa, l'assuré aura droit à l'indemnité journalière dès qu'il atteint une incapacité de travail de la moitié au moins. Cette règle constitue une amélioration par rapport à la législation actuelle et a également été proposée pour l'assurance facultative d'une indemnité journalière (voir ch. 231.2).

Aucune réserve ne pourra être faite pour les maladies existant au moment de l'assujettissement à l'assurance obligatoire. En revanche, le 2<sup>e</sup> alinéa prévoit un stage, afin d'empêcher les abus (p. ex. conclusion d'un contrat de travail dans le seul but de toucher les prestations assurées). L'assuré n'aura droit aux prestations que s'il a été assuré pendant au moins trois mois au cours des deux années précédentes. Cette période minimale d'affiliation pourra avoir été accomplie indifféremment dans l'assurance obligatoire ou facultative d'une indemnité journalière pratiquée par une caisse-maladie. Il est ainsi tenu

compte, en particulier, de la situation des femmes et des jeunes qui entrent dans la vie professionnelle.

Le 3<sup>e</sup> alinéa donne au Conseil fédéral la compétence d'édicter les dispositions de détail relatives à l'attestation de l'incapacité de travail. Il conviendra en effet de préciser par voie d'ordonnance les indications qui doivent figurer sur cette attestation et quelles personnes sont autorisées à la délivrer (médecin, employeur dans certains cas).

#### *Article 40f* Montant de l'indemnité

Le 1<sup>er</sup> alinéa fixe l'indemnité journalière à 80 pour cent du gain assuré en cas d'incapacité totale de travail. Ce taux est le même qu'en matière d'assurance-accidents et correspond aux conditions requises par l'article 324b du code des obligations (CO, RS 220) pour que l'employeur soit libéré du paiement du salaire. Comme dans la LAA, nous avons renoncé à échelonner l'indemnité journalière selon les charges de famille, mais prévoyons d'inclure les allocations familiales dans le gain assuré. Si l'incapacité de travail est partielle, mais de la moitié au moins (vu l'art. 40e, 1<sup>er</sup> al.), l'indemnité sera réduite proportionnellement.

Selon le 2<sup>e</sup> alinéa, l'indemnité journalière sera calculée selon le gain assuré qui a été perçu en dernier lieu avant l'incapacité de travail. Ce gain ne sera toutefois pris en compte que jusqu'à concurrence d'un maximum (3<sup>e</sup> al.), qui sera déterminé par ordonnance. Nous prévoyons de fixer le même plafond que dans l'assurance-accidents obligatoire. C'est également par ordonnance que seront désignés les revenus accessoires (p. ex. les allocations familiales) et de remplacement qui font partie du gain assuré. Là encore, nous nous efforcerons d'harmoniser la notion de salaire avec celle qui existe dans les autres assurances sociales. Seront en outre édictées des dispositions sur le gain à prendre en considération dans des cas spéciaux, notamment pour les personnes atteintes d'une longue maladie et pour celles qui ne reçoivent pas encore de salaire usuel ou dont le salaire est soumis à de fortes variations.

#### *Article 40g* Réduction et refus de prestations

L'indemnité journalière pourra être réduite, voire refusée, en cas de faute grave de l'assuré, des aménagements étant toutefois prévus pour les assurés qui pourvoient à l'entretien de proches et pour ceux qui suivent une cure de désintoxication. Cette réglementation est identique à celle qui est proposée en matière d'assurance facultative d'une indemnité journalière (voir commentaire de l'art. 12<sup>bis</sup>).

#### *Article 40h* Durée du versement

Selon le 1<sup>er</sup> alinéa, l'indemnité journalière ne sera en principe versée qu'à partir du 31<sup>e</sup> jour qui suit le début de l'incapacité de travail. Pendant les trente premiers jours, l'assuré aura toutefois droit à 80 pour cent au moins de son salaire (art. 324b CO). L'idée est de donner le pas au versement du salaire pendant les maladies relativement courtes, ce qui permet de limiter le montant des primes et d'éviter des complications administratives.

D'après le 2<sup>e</sup> alinéa, le délai d'attente pourra être prolongé ou réduit par

contrat de travail ou convention collective, mais toujours à la condition que l'assuré reçoive au moins 80 pour cent du salaire pendant toute sa durée. Il s'agit de laisser une marge de manœuvre assez large pour les réglementations conventionnelles. Des périodes relativement longues pour le droit au salaire en cas de maladie pourront, comme actuellement, être fixées par convention collective de travail. Des considérations analogues valent pour les fonctionnaires. Comme dans la LAA, ceux-ci ne seront pas exclus de l'assurance obligatoire, mais le début des prestations peut être fixé de telle manière que le droit à la rémunération ait d'abord été épuisé, ce qui réduira sensiblement le montant des primes. Seule la prolongation du délai d'attente par accord individuel entre l'employeur et le travailleur est limitée à trois mois. Cette restriction vise à éviter que le travailleur se trouve démuné en cas de longue maladie.

Le 3<sup>e</sup> alinéa prévoit que l'indemnité journalière sera versée, sauf interruption notable, pendant 540 jours au plus. Le délai d'attente, pendant lequel l'assuré reçoit un salaire, sera imputé sur la durée de versement de l'indemnité journalière. A l'instar de ce qui est prévu pour la durée minimale d'incapacité de travail qui doit précéder le droit à une rente de l'AI, les 540 jours recommenceront à courir lorsque l'incapacité de travail a subi une interruption notable, ce qui peut être considéré comme une amélioration par rapport à la législation actuelle. Cette nouvelle réglementation de la durée du droit aux indemnités journalières permettra de réaliser une meilleure coordination avec les rentes de l'AI (voir ch. 231.2).

Dans les cas où l'assuré remplit les conditions du droit à une rente de l'AI, mais où elle n'est pas encore fixée au bout de 540 jours, le 4<sup>e</sup> alinéa dispose que cette période sera prolongée de 180 jours au plus, l'indemnité journalière subissant toutefois une réduction pendant ces 180 jours. Cette solution vise à ce que l'assuré ne soit pas privé de moyens pendant la procédure de fixation de la rente de l'AI sans que, pour autant, la durée de versement des indemnités journalières de l'assurance-maladie se recoupe trop longtemps avec celle des prestations de l'AI (voir ch. 231.2). Nous proposons pour cette période une indemnité journalière de 50 pour cent du gain assuré pour les personnes avec charges de famille et de 40 pour cent pour celles qui n'en ont pas. Contrairement à ce qui est le cas de l'indemnité entière (80% du gain assuré, selon art. 40f, 1<sup>er</sup> al.), le taux diffère donc suivant la situation familiale de l'intéressé. C'est que l'indemnité journalière versée pendant la prolongation de 180 jours est censée compenser l'absence provisoire des prestations de l'AI, dont le montant varie précisément d'après les charges de famille (voir notamment art. 35 LAI). Le principe voulant que l'indemnité journalière soit réduite à proportion d'une incapacité partielle de travail s'appliquera également aux indemnités versées pendant la prolongation de 180 jours. Relevons enfin que les assureurs pourront se faire rembourser par l'AI en vertu de l'article 40k, 1<sup>er</sup> alinéa.

L'indemnité journalière provenant de l'assurance obligatoire cessera en tout cas d'être versée lorsque l'assuré ne souffre plus que d'une incapacité de travail inférieure à la moitié ou lorsqu'il décède. Il en sera de même lorsque l'assuré atteint l'âge ouvrant droit à la rente de l'AVS, qu'il poursuive ou non une activité salariée.

La cessation du rapport d'assurance ne mettra en principe pas fin aux versements en cours. La durée du droit à l'indemnité journalière pourra cependant être limitée par ordonnance lorsque le rapport d'assurance prend fin pour cause de transfert du domicile à l'étranger. Des prescriptions spéciales seront également édictées, conformément au 5<sup>e</sup> alinéa, pour les travailleurs qui touchent une rente de l'AI, mais quittent définitivement leur emploi du fait de la maladie.

#### *Article 40i* Indemnité journalière en cas de maternité

En cas de maternité, l'assurée recevra également une indemnité journalière de 80 pour cent du gain assuré (1<sup>er</sup> al.). La condition d'une période préalable d'affiliation de 270 jours (voir art. 14, 5<sup>e</sup> al.) n'est pas requise ici. Mais l'intéressée devra avoir été assurée pour une indemnité journalière pendant au moins trois mois au cours des deux années qui précèdent l'accouchement (art. 40e, 2<sup>e</sup> al.).

Le 2<sup>e</sup> alinéa correspond à l'article 14, 4<sup>e</sup> alinéa, qui vaut pour l'assurance facultative d'une indemnité journalière (voir ch. 31).

La prolongation de la durée de prestations prévue au 3<sup>e</sup> alinéa répond à diverses requêtes. Comme les 10 semaines prévues actuellement, les 16 semaines du projet ne pourront être imputées sur la durée maximale de 540 jours fixée pour les indemnités journalières en cas de maladie.

#### *Article 40k* Subrogation et relations avec les autres assurances sociales

L'assureur sera subrogé aux droits de l'assuré envers l'AI pour les indemnités journalières versées après le début du droit à la rente d'invalidité (1<sup>er</sup> al.). Les rentes allouées avec effet rétroactif seront ainsi pratiquement récupérées par l'assurance-maladie, ce qui permettra d'éviter les cas de surindemnisation et de réduire les charges de l'assurance-maladie.

Les cas de concours entre les prestations de l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière et celles d'autres assurances sociales seront réglés par ordonnance en vertu du 2<sup>e</sup> alinéa (voir ch. 25).

### **333 Financement**

#### *Article 40l* Primes

Selon le 1<sup>er</sup> alinéa, le taux des primes sera fixé en pour-mille du gain assuré, comme dans l'assurance-accidents obligatoire. Le gain pris en considération correspondra en principe à celui sur lequel se base le calcul de l'indemnité journalière, mais le Conseil fédéral pourra prévoir certaines dérogations. C'est ainsi que nous envisageons de ne pas tenir compte des allocations familiales dans le calcul de l'assiette des primes. Nous veillerons en tout cas à l'harmonisation de la notion de gain assuré avec celle de l'assurance-accidents obligatoire et des autres assurances sociales.

Tous les assureurs devront fixer les primes selon les mêmes principes actuariels, qu'il s'agisse de caisses-maladie ou de compagnies privées. Le même principe figure dans la LAA, qui prévoit également la participation d'assureurs de

diverses catégories. La constitution de réserves, facteur important pour le montant des primes, sera réglée par ordonnance (3<sup>e</sup> al.).

Le taux de la prime devra être identique pour tout le personnel d'une entreprise. Contrairement à ce qui est le cas dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, les primes ne pourront pas être différentes pour les hommes et les femmes travaillant dans la même entreprise.

La charge des primes sera répartie entre le travailleur et l'employeur, la part de celui-ci étant de la moitié au moins (2<sup>e</sup> al.). La participation patronale pourra toutefois être plus élevée, notamment en vertu du contrat de travail ou d'une convention collective. C'est l'employeur qui sera débiteur de l'intégralité de la prime. Il déduira la part de l'assuré de son salaire. Le Conseil fédéral édictera les dispositions nécessaires sur la perception des primes.

Le chiffre 421 du présent message donne des indications sur le montant prévisible des primes.

#### *Article 40m Primes spéciales*

L'employeur qui n'a pas assuré son personnel conformément aux dispositions légales ou n'a pas acquitté ses primes devra verser, selon le 1<sup>er</sup> alinéa, des primes spéciales pour la durée de sa négligence, mais pour cinq ans au plus.

Ces primes s'élèveront au montant des primes dues, augmenté d'intérêts moratoires. Si c'est de manière inexcusable que l'employeur a failli à son obligation d'assurance ou qu'il a omis de payer les primes, les primes spéciales seront doublées. Elles pourront être multipliées par trois à dix en cas de récidive (2<sup>e</sup> al.). Les primes spéciales seront exclusivement à la charge des employeurs négligents. Toute participation du travailleur est exclue.

Les primes spéciales seront prélevées par l'assureur concerné, lorsque l'employeur néglige de payer les cotisations, ou par la caisse supplétive instituée à l'article 40o, s'il omet d'assurer son personnel.

Cette réglementation concernant la prime spéciale s'inspire d'un principe déjà admis dans l'assurance-accidents obligatoire.

### **334 Organisation**

#### *Article 40n Assureurs*

Pourront participer à la gestion de l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière les caisses-maladie reconnues et les compagnies privées d'assurance (1<sup>er</sup> al.). Cette solution s'inspire de celle qui a été adoptée dans la LAA (voir ch. 231.4).

En vertu du 2<sup>e</sup> alinéa, un assureur ne pourra gérer l'assurance obligatoire que s'il s'est fait inscrire dans un registre public tenu par l'OFAS. Ce registre servira à informer les employeurs et les travailleurs, en vue du choix d'un assureur, et permettra à l'autorité de surveillance de connaître les assureurs concernés et de veiller à une application uniforme des dispositions légales. En cas d'exclusion de l'assurance par application de l'article 40p, 2<sup>e</sup> alinéa, l'assureur sera radié du registre.

#### *Article 40o* Caisse supplétive

Les assureurs devront, en vertu du 1<sup>er</sup> alinéa, instituer une caisse supplétive, qui prendra la forme d'une fondation au sens des articles 80 et suivants du code civil (CC, RS 210), et en nommer les organes. L'acte de fondation et les règlements de cette caisse seront soumis à l'approbation du Conseil fédéral. Celui-ci instituera lui-même la caisse supplétive si les assureurs ne le font pas (3<sup>e</sup> al.). Il édictera en outre les prescriptions nécessaires au cas où les assureurs ne parviendraient pas à s'entendre sur la gestion de cette caisse.

Le 4<sup>e</sup> alinéa charge la caisse supplétive de verser les indemnités journalières légales aux travailleurs qui ne les obtiennent pas, soit parce que leur employeur ne les a pas assurés, soit parce que l'assureur est devenu insolvable. La caisse supplétive ne crée cependant aucun rapport durable d'assurance; elle désigne l'assureur qui devra prendre en charge les travailleurs concernés.

La caisse sera financée par une certaine part des primes de l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière que les assureurs devront virer à son compte (2<sup>e</sup> al.), ainsi que par les primes spéciales qui sont prélevées, en vertu de l'article 40m, auprès des employeurs ayant omis d'assurer leur personnel. La part de primes que les assureurs seront tenus de transférer à la caisse supplétive devra être fixée de telle manière qu'avec les primes spéciales, elle couvre les dépenses de ladite caisse. Cette part pourra être fixée par le Conseil fédéral. La réglementation concernant la caisse supplétive s'inspire de dispositions analogues de la LAA.

#### *Article 40p* Surveillance des assureurs

Les dispositions sur l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière doivent être appliquées de manière uniforme par les assureurs, qu'il s'agisse de caisses-maladies ou de compagnies privées. Des prescriptions de détail seront édictées à cet effet. Il faudra veiller notamment à ce que les bases actuarielles soient les mêmes pour tous les assureurs. C'est pourquoi le 1<sup>er</sup> alinéa habilite l'autorité de surveillance à requérir de ceux-ci des comptes, des statistiques ainsi que d'autres documents et à les obliger à lui fournir des renseignements.

L'uniformité dans l'application de la loi exige aussi que cette autorité puisse prendre des mesures pour remédier aux manquements qu'elle constate. En cas d'infraction grave, ces mesures pourront aller jusqu'à l'exclusion de l'assureur de la pratique de l'assurance obligatoire, en vertu du 2<sup>e</sup> alinéa.

Le 3<sup>e</sup> alinéa réserve les dispositions de cette loi et de la LSA. Quant à la surveillance exercée en vertu de la LAMM sur la caisse supplétive prévue à l'article 40o, elle comprendra celle qui résulte de l'article 84 CC, relatif aux fondations. Le Conseil fédéral réglera la coordination entre les offices chargés de ces diverses tâches de surveillance.

#### *Article 40q* Tâches des cantons

Comme le prévoit l'article 80 LAA, il incombera aux cantons de renseigner les employeurs sur leurs devoirs en matière d'assurance et de veiller à leur observation. A cet effet, ils pourront faire appel au concours de leurs caisses de compensation de l'AVS (1<sup>er</sup> al.).

S'il en est besoin, le Conseil fédéral pourra confier aux caisses cantonales de compensation de l'AVS, contre indemnisation, d'autres tâches relatives à l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière (2<sup>e</sup> al.), en particulier la perception des primes dans certains secteurs de l'économie, tels que l'agriculture.

### **335 Voies de droit et dispositions pénales**

#### *Article 40r* Voies de droit

Les litiges survenant dans l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière seront aussi du ressort des tribunaux arbitraux et des tribunaux des assurances désignés aux articles 25 et 30 à 30<sup>ter</sup> et seront soumis à la même procédure. Cette réglementation vaudra donc aussi pour le recours contre des décisions émanant de compagnies privées d'assurance.

#### *Article 40s* Dispositions pénales

Les dispositions pénales ont été réduites au minimum et groupées en un seul article. Celui-ci s'inspire des articles 87 LAVS et 111 LAA. Les infractions seront punies d'une peine d'emprisonnement de six mois au plus ou d'une amende. Le montant de celle-ci n'est pas fixé dans la loi, mais il ne pourra pas dépasser le maximum fixé par le code pénal (actuellement 40 000 fr.).

### **34 Modification d'autres lois fédérales**

#### **341 Modifications du code des obligations**

##### *Article 336e* Protection contre la résiliation du contrat de travail

La protection contre le licenciement en cas de maternité (qui vaut actuellement pour les 8 semaines qui précèdent et les 8 semaines qui suivent l'accouchement) sera étendue à toute la durée de la grossesse, de même qu'à la durée maximale du droit aux prestations de maternité après l'accouchement (16 semaines). Durant cette période, aucun licenciement ne peut être signifié et tout délai de congé consécutif à un licenciement intervenu précédemment est suspendu. L'extension qui est proposée ici répond à un postulat qui figure dans l'initiative populaire «pour une protection efficace de la maternité». Elle correspond d'ailleurs à ce que connaissent les pays voisins. Comme dans le droit en vigueur, la protection contre le licenciement ne vaut toutefois pas durant le temps d'essai.

##### *Articles 361 et 362* Dispositions impératives

Selon l'article 336f CO, l'employeur est également protégé contre la résiliation du contrat de travail, et cela aux mêmes conditions que celles dont fait état l'article 336e. Le travailleur ne peut donc, en particulier, donner son congé pendant les 8 semaines qui précèdent et les 8 semaines qui suivent l'accouchement de l'employeuse ou d'une supérieure dont il est en mesure d'assumer les fonctions.

Tant l'article 336e que l'article 336f sont aujourd'hui absolument impératifs. Si le projet étend considérablement la protection de la travailleuse contre le

licenciement, une protection identique de l'employeuse ne paraît pas s'imposer de manière absolue. Il devrait donc être permis d'exclure ou de réduire par convention la protection légale en faveur de celle-ci. En revanche, l'extension de cette protection au détriment du travailleur devrait rester interdite. C'est pourquoi nous proposons de faire figurer la disposition sur la protection contre la résiliation du contrat en cas de maternité (art. 336e, 1<sup>er</sup> al., let. c) parmi les normes relativement impératives (art. 362). Quant aux autres dispositions sur la résiliation en temps inopportun, elles restent absolument impératives (art. 361).

## **342 Modifications de la loi sur l'assurance-invalidité**

### *Article 12 Mesures médicales*

En vertu de l'article 12 LAI, l'assuré a droit aux mesures médicales qui ne servent pas au traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle et à une amélioration durable et notable de la capacité de gain. La distinction entre les mesures médicales visant la réadaptation et celles qui servent au traitement de l'affection comme telle est source de difficultés considérables pour l'administration et les tribunaux. Bien que les dispositions d'exécution, la pratique administrative et la jurisprudence fournissent d'utiles critères de distinction en ce qui concerne le caractère médical des mesures, la durée de l'amélioration visée et la notion de capacité de gain, il demeure difficile de tracer la limite entre les deux catégories de mesures médicales, ce qui est notamment une cause d'insécurité pour les assurés. Il en résulte bien des complications et de nombreux litiges.

Le fait que les mêmes traitements médicaux puissent être couverts par deux systèmes d'assurance différents soulève d'autant plus de problèmes que les prestations en nature de l'assurance-maladie sont, sous réserve de rares exceptions, les mêmes que celles qui sont prises en charge par l'AI en vertu de l'article 12 LAI. Ainsi, le membre d'une caisse-maladie qui, souvent après une longue procédure, se voit refuser la prise en charge d'une opération de la coxarthrose par l'AI peut, sur indication médicale, demander qu'elle soit remboursée par l'assurance-maladie. Dans un tel cas, les dépenses personnelles de l'intéressé pour le traitement ne sont en principe, aujourd'hui déjà, guère plus élevées; seules ses indemnités journalières peuvent être différentes selon le genre de l'assurance pour indemnité journalière qu'il a conclue.

La révision partielle de l'assurance-maladie offre l'occasion d'intégrer dans cette assurance les mesures médicales au sens de l'article 12 LAI. Cette innovation constitue un pas important vers une meilleure coordination et une gestion plus rationnelle des assurances sociales dans leur ensemble.

Le projet supprime la distinction artificielle entre les deux types de mesures médicales pour tous les patients qui sont assurés contre la maladie. Une «clause de sauvegarde» est aménagée pour les personnes non assurées contre la maladie (nouvel art. 44<sup>bis</sup> LAI). Celles-ci ne représentent d'ailleurs qu'une faible part des classes d'âge assujetties à l'AI. Grâce au système de prestations de l'assurance-maladie, qui sera amélioré sur certains points (frais hospitaliers, réadaptation, indemnité journalière), la modification que nous proposons

n'entraînera pas d'inconvénients notables pour les assurés. Les craintes exprimées par quelques organisations d'invalides au cours de la procédure de consultation ne paraissent donc guère fondées. S'agissant enfin des différences de tarifs pour les prestations de l'assurance-maladie et celles de l'AI, qui ont été invoquées par d'autres milieux, elles ne devraient pas revêtir une importance déterminante.

Les caisses-maladie se sont déclarées favorables en principe à l'abrogation de l'article 12 LAI. La prise en charge des prestations correspondantes devrait leur causer, dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, des dépenses supplémentaires d'environ 40 millions de francs. Les pouvoirs publics prenant actuellement en charge la moitié des frais de l'AI pour les mesures médicales, il paraissait indiqué d'allouer aux caisses-maladie une somme correspondante. Nous prévoyons donc d'augmenter de 20 millions de francs le subside destiné à compenser les hypothèques sociales des caisses-maladie (voir ch. 35, ad dispositions transitoires, let. e).

En procédure de consultation, certains avis ont demandé que les prestations allouées par l'AI pour le traitement d'infirmités congénitales (art. 13 LAI) soient également transférées à l'assurance-maladie. Or, ces prestations, qui se fondent sur une liste spéciale, sont beaucoup plus faciles à distinguer du traitement d'autres affections que les mesures médicales au sens de l'article 12 LAI. Elles sont d'ailleurs très souvent liées à d'autres prestations de l'AI, surtout aux mesures d'ordre pédagogique (formation scolaire spéciale). Enfin, un tel transfert serait beaucoup plus coûteux pour les caisses-maladie. Dans ces conditions, il est préférable de laisser les cas de maladies congénitales à l'AI.

#### *Article 31, 1<sup>er</sup> alinéa* Refus de la rente

Les mesures médicales ne seront en principe plus ordonnées par l'AI, mais celle-ci pourra refuser de verser une rente lorsque l'assuré ne s'est pas soumis à un traitement qu'on pouvait exiger de lui. C'est pourquoi le traitement médical sera désormais aussi mentionné à l'article 31.

#### *Article 44<sup>bis</sup>* Traitements médicaux

Il serait contraire aux principes de l'AI que l'assuré soit privé de mesures médicales parce qu'il n'est pas affilié à une caisse-maladie reconnue ou parce que celle-ci lui a imposé une réserve. C'est pourquoi le projet laisse à la charge de l'AI les mesures médicales servant à la réadaptation d'un tel assuré. Le nouvel article 44<sup>bis</sup> apporte cette précision, rendue indispensable par l'abrogation de l'article 12 et l'absence d'une assurance obligatoire des soins médicaux et pharmaceutiques. Les assurés dont il est ici question sont peu nombreux (voir commentaire au sujet de l'abrogation de l'art. 12 LAI).

### **35 Dispositions transitoires**

#### *Lettre a* Adaptation des dispositions cantonales et des statuts des caisses-maladie

La révision partielle de l'assurance-maladie appellera des modifications du droit cantonal. Selon l'article 2, alinéa 2<sup>bis</sup>, les cantons doivent allouer des

subsidés en faveur des assurés à ressources modestes. De plus, les cantons et les communes qui ont édicté des dispositions sur l'assurance-maladie obligatoire et l'institution de caisses-maladie publiques devront les adapter au nouveau droit. Les cantons devront édicter leurs nouvelles dispositions dans un certain délai, qui sera fixé par le Conseil fédéral, et les faire approuver par celui-ci dans les cas où la loi le requiert (voir art. 2, 3<sup>e</sup> al.). Dans l'éventualité où ce délai ne suffirait pas, il est prévu que les autorités cantonales et communales d'exécution pourront édicter des dispositions provisoires.

Quant aux caisses-maladie et aux fédérations de réassurance, elles disposeront d'un délai approprié pour adapter leurs statuts à la nouvelle loi. Les dispositions en vigueur resteront applicables jusqu'au moment où les statuts sont modifiés. Après expiration du délai, le nouveau droit s'appliquera également aux caisses n'ayant pas encore procédé à ces changements.

#### *Lettre b* Traitements hospitaliers

Les conventions tarifaires valables pour les établissements hospitaliers devront aussi être adaptées au nouveau droit jusqu'à une date fixée par le Conseil fédéral. Etant donné que la nouvelle réglementation de ces tarifs est liée à une modification correspondante dans le domaine des prestations obligatoires des caisses, la période transitoire sera fixée de la même manière que celle de la lettre a, 1<sup>er</sup> alinéa. Jusqu'au moment où il a été adapté au nouveau droit, le tarif valable pour un établissement hospitalier restera en principe applicable. Dès que le tarif est modifié, il doit être adapté au nouveau droit, c'est-à-dire qu'il doit déterminer les forfaits désormais prévus dans la loi (art. 22<sup>quintales</sup> et 22<sup>sexies</sup>).

#### *Lettre c* Assurances complémentaires pour frais hospitaliers

L'adaptation des assurances complémentaires pour frais de séjour hospitalier au nouveau droit risque de poser des problèmes lors de l'entrée en vigueur de celui-ci, notamment en ce qui concerne la couverture d'assurance et les réserves. Aussi était-il nécessaire de rappeler le principe, déjà valable actuellement, selon lequel de nouvelles réserves ne peuvent être imposées que si la couverture d'assurance est augmentée et seulement à raison des prestations supplémentaires. Les caisses pourront adapter leurs assurances complémentaires pour frais hospitaliers dans le délai d'un an à dater de l'entrée en vigueur de la révision.

Les caisses seront en outre tenues d'informer dans les six mois leurs membres de la faculté de faire adapter leur assurance complémentaire pour frais hospitaliers. Si une caisse omet d'informer ses membres, ceux-ci ont encore pendant deux ans le droit de demander la modification rétroactive des assurances complémentaires.

#### *Lettre d* Subsidés fédéraux selon l'ancien droit

Pendant l'année au cours de laquelle la révision entre en vigueur, le subside fédéral devra être encore versé selon les principes posés par l'ancien droit. A l'heure actuelle, les caisses reçoivent chaque année une avance pour l'année en cours; le solde de l'année précédente est réglé en même temps. Ce mode de

versement sera simplifié à l'avenir. Les caisses recevront chaque année le subside entier dû pour celle-ci, qui sera calculé sur la base des données de l'année précédente. Il ne sera donc plus versé d'avances.

La nouvelle réglementation repose sur l'idée que, pendant les trois premières années qui suivront son entrée en vigueur, les subsides fédéraux alloués aux caisses se tiendront à peu près dans les limites actuelles, qu'ils s'élèveront donc ensemble à environ 880 millions de francs par an. Comme il faudra, pendant l'année au cours de laquelle la révision entrera en vigueur, allouer encore aux caisses le reste du subside dû en vertu de l'ancien droit pour l'année écoulée, les 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> alinéas prévoient le versement, pendant la première année, d'un subside qui correspondra à la différence entre ces 880 millions de francs et le reste de l'année précédente. Ce sont les critères de l'ancien droit qui s'appliqueront au versement de ce subside à chaque caisse.

Le 3<sup>e</sup> alinéa établit expressément que toutes les créances des caisses découlant de l'ancien droit seront ainsi éteintes. Demeurent réservés les cas où des différences seront encore constatées lors des révisions de caisses effectuées par les services fédéraux.

#### *Lettre e* Subsides fédéraux selon le nouveau droit

Le nouveau régime de subventions s'appliquera dès la deuxième année après l'entrée en vigueur de la révision. Le montant des subsides pour la prise en charge des prestations de maternité (art. 36) et des cotisations du troisième enfant et des suivants (art. 37, 2<sup>e</sup> al.), ainsi que pour le financement des indemnités annuelles versées aux médecins de montagne sera calculé d'après les dépenses effectives. Un total d'environ 225 millions de francs par année est prévu à cet effet (voir tableau 9 en annexe).

Les autres subsides se monteront à 675 millions de francs par an pour les deux premières années. Le subside annuel à l'assurance-maladie devrait ainsi s'élever à 900 millions de francs au total. Le subside alloué en vertu de l'article 35 comprend les 20 millions de francs versés aux caisses-maladie pour la prise en charge des mesures médicales de l'AI.

Le montant des subsides sera d'abord fixé pour deux ans. Passé cette période, il sera possible de vérifier si nos évaluations concernant le montant des subsides fédéraux dépendant directement des coûts et l'allègement des charges de l'AI se sont confirmées. Suivant l'issue de cette phase introductive, des corrections seront apportées aux subventions des années suivantes.

Nous partons de l'idée qu'après la mise en application de la première étape de la nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons, ces subsides pourront être alloués sans réduction aux caisses-maladie. L'arrêté fédéral du 20 juin 1980 qui, pour le moment, a réduit de 5 pour cent les subventions aux caisses, est conçu comme une mesure provisoire, jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons.

#### *Lettre f* Entrée en vigueur de l'article 38<sup>ter</sup>

Nous avons déjà indiqué que la participation des cantons aux subsides versés à l'assurance-maladie est en relation avec les propositions relatives à la nouvelle

répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (voir ch. 113 et commentaire de l'art. 38<sup>ter</sup>). Il en résulte que les cantons ne pourront être en mesure de contribuer à ces subventions, pour un montant total de 440 millions de francs, qu'à partir de la mise en application des propositions relatives à la nouvelle répartition des charges qui réduisent leurs obligations dans d'autres domaines. Ces propositions vous seront soumises dans un projet distinct de celui-ci. Il n'est donc pas certain que la procédure législative pourra s'achever en même temps pour les deux projets. Les améliorations apportées dans le domaine de l'assurance par le projet qui vous est présenté ici devraient toutefois être mises en application le plus tôt possible après que vous l'aurez approuvé, car elles répondent à toute une série de revendications qui sont depuis longtemps en discussion (voir ch. 13 et 14). Mais il faut aussi que les redistributions de charges financières qui résulteront de la nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons puissent prendre effet en même temps. C'est pourquoi nous avons prévu que l'article 38<sup>ter</sup> ne sera mis en vigueur par le Conseil fédéral qu'au moment où d'autres décisions relatives à la nouvelle répartition des tâches apporteront aux cantons une réduction appropriée de leurs charges.

Pour le cas où cette répartition ne prendrait effet que bien après la révision partielle de l'assurance-maladie, nous prévoyons que, dans l'intervalle (après expiration d'une période transitoire), les tarifs hospitaliers ne pourront pas dépasser 60 pour cent des frais d'exploitation des hôpitaux. Il est ainsi tenu compte de la relation étroite qui existe entre les régimes tarifaires et le financement de l'assurance-maladie. Il s'agit d'empêcher que les cantons puissent réduire leurs engagements dans le secteur hospitalier sans devoir simultanément prendre en charge une partie des subsides versés aux caisses-maladie.

#### *Lettre g* Assurance d'une indemnité journalière

Dès l'entrée en vigueur des nouvelles prescriptions, l'assurance d'une indemnité journalière sera obligatoire en principe pour tous les travailleurs. Deviendront ainsi caducs les anciens contrats relatifs à l'assurance d'une indemnité journalière que les employeurs avaient conclus en faveur de leur personnel, ce qui aura notamment pour effet que les primes payées d'avance devront être restituées. C'est également d'après les nouvelles dispositions qu'il faudra régler le versement des prestations en cours lors de l'entrée en vigueur de la loi. Cependant, les prestations allouées en vertu de l'ancien droit seront prises en considération dans le calcul de la nouvelle durée des prestations. Par exemple, une personne qui a déjà reçu des indemnités journalières pendant 500 jours les recevra encore pendant 40 jours (vu l'art. 40h, 3<sup>e</sup> al.).

D'après l'article 12<sup>bis</sup>, les caisses disposeront d'une grande liberté en matière d'assurance facultative, notamment dans la fixation de la durée des prestations. Toutefois, le projet prévoit que les prestations en cours au moment des modifications statutaires seront encore allouées selon l'ancien droit, mais pendant deux ans au plus après l'entrée en vigueur du nouveau droit. Cette réglementation vise principalement les cas dans lesquels, pour éviter la surassurance, la durée des prestations a été prolongée proportionnellement à la réduction des indemnités (art. 12, 4<sup>e</sup> al., LAMA).

L'entrée en vigueur de la loi n'affectera pas l'existence des assurances d'une indemnité journalière conclues par les travailleurs à titre individuel. Une assurance de ce genre continuera d'avoir un sens, même pour les salariés, en tant qu'assurance complémentaire à l'assurance obligatoire. Il appartiendra à chaque assuré de décider s'il veut maintenir son assurance individuelle, éventuellement avec une indemnité moins élevée. La loi l'autorise donc à dénoncer son contrat pour la date à partir de laquelle il est assujéti à l'assurance obligatoire. Les assureurs auront à cet égard pour tâche de conseiller les assurés et de les mettre en garde contre une éventuelle surassurance.

#### **4 Répercussions financières et de politique sociale**

Le présent chapitre traite des répercussions probables de la révision sur les coûts et le financement de l'assurance-maladie en 1982. Bien qu'il ne faille pas s'attendre à ce que le nouveau régime entre en vigueur cette année-là, nous n'avons pas voulu trop nous éloigner des données actuelles. Le propre des estimations est en effet d'être autant moins fiables qu'elles portent sur des échéances lointaines, car elles reposent toujours sur des hypothèses, certes fondées sur l'expérience, mais comprenant des facteurs d'incertitude. Aussi leurs résultats ne peuvent-ils être utilisés qu'avec prudence. Les estimations sont des modèles de calcul, et non des prévisions. Elles montrent simplement comment, à partir de certaines suppositions, devrait évoluer une situation donnée.

#### **41 Assurance des soins médicaux et pharmaceutiques**

##### **411 Coût de l'assurance**

L'extension des prestations qui est proposée entraînera certainement quelques frais supplémentaires. Mais les mesures destinées à réduire les coûts auront aussi un impact, qu'il est cependant difficile de chiffrer. Il n'est pas possible non plus de savoir comment évolueront les taxes hospitalières. Nous partons ici de l'idée que les cantons ne modifieront pas de manière fondamentale leur politique tarifaire et financière en matière d'hôpitaux.

Nos estimations reposent sur les coûts actuels de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. Nous exposerons tout d'abord la manière dont ces coûts évolueraient selon le système de prestations en vigueur. Puis nous examinerons les effets de l'extension des prestations. Il y aura lieu de distinguer toujours entre les coûts occasionnés par les hommes, les femmes et les enfants, puisque tant les cotisations prélevées par les caisses que les subsides alloués par les pouvoirs publics varient selon ces catégories.

##### **411.1 Les coûts d'après le régime actuel**

##### **411.11 Frais médicaux et pharmaceutiques par assuré**

Pour évaluer l'évolution future des coûts, il convient de se fonder sur les coûts moyens annuels par assuré. A cet égard, seules les dépenses pour les prestations légales de l'assurance de base doivent être prises en considération.

Les statistiques actuelles de l'OFAS ne distinguent pas entre les dépenses de l'assurance de base et celles des assurances complémentaires. Les raisons en sont que la loi en vigueur ne réglemente pas expressément les assurances complémentaires et que celles-ci ont eu pendant longtemps peu d'importance. C'est seulement ces dernières années que les assurances complémentaires se sont développées. Selon des données fournies par quelques grandes caisses-maladie, les dépenses de ces assurances représenteraient de nos jours environ 14 pour cent de l'ensemble des frais de soins médicaux et pharmaceutiques.

Sur la base des statistiques de l'OFAS, il est permis d'admettre les coûts suivants :

### Dépenses moyennes par assuré en 1979

(Sans maternité et assurances complémentaires)

(Montants en francs)

*Tableau 4*

Prestations d'assurance	Hommes	Femmes	Enfants
Traitement ambulatoire .....	354.08	528.92	186.22
Traitement hospitalier .....	153.86	227.13	52.73
Total .....	507.94	756.05	238.95

Il n'est pas possible de prévoir quelle sera l'évolution des coûts moyens par assuré. Jusqu'à présent, ils ont sans cesse augmenté (voir ch. 123) et il faut s'attendre à ce que cette tendance se maintienne à court terme. Pour les années 1970 à 1976, le taux d'augmentation annuelle oscillait entre 10,1 et 17,7 pour cent. En 1977, il est tombé à 4,7 pour cent. Il est ensuite légèrement remonté, sans toutefois atteindre les valeurs enregistrées précédemment. En 1979, les coûts se sont accrus de 6,6 pour cent.

Il faut s'attendre à des taux d'augmentation analogues pour les prochaines années, à supposer toutefois que les salaires et les prix évoluent plus ou moins de la même manière que ces dernières années. Nos calculs se fondent sur l'ultime augmentation annuelle connue, soit 6,6 pour cent. Cela représente, de 1979 à 1982, un accroissement des coûts d'environ 21 pour cent. Si le régime actuel des prestations était maintenu, les frais médicaux et pharmaceutiques atteindraient donc les montants suivants en 1982 :

### Estimation des coûts par assuré pour 1982

(sans maternité et assurances complémentaires)

(Montants en francs)

*Tableau 5*

Prestations d'assurance	Hommes	Femmes	Enfants
Traitement ambulatoire .....	428.44	639.99	225.33
Traitement hospitalier .....	186.17	274.83	63.80
Total .....	614.61	914.82	289.13

## 411.12 Coût global de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques

Il faut également tenir compte du coût global de l'assurance pour évaluer les répercussions financières et de politique sociale de la révision. Le montant des subsides des pouvoirs publics dépend en effet, directement ou indirectement, des dépenses totales effectives. D'autre part, les charges réelles des assurés résultent des dépenses totales moins les subventions des pouvoirs publics.

Le coût global s'obtient en multipliant le coût moyen par le nombre d'assurés. En 1979, l'effectif des personnes assurées par une caisse pour les soins médicaux et pharmaceutiques se répartissait comme il suit :

Hommes . . . .	2 302 375
Femmes . . . .	2 484 643
Enfants . . . .	1 309 491
Total . . . . .	6 096 509

Sur une population estimée à 6 356 300 personnes en 1979, cela représente une densité d'assurance de 95,9 pour cent.

Cette densité relativement forte permet de conclure que le nombre d'assurés n'augmentera plus guère ces prochaines années, d'autant que l'accroissement de la population sera sans doute faible. Nous admettons ici que le nombre d'assurés augmentera de 10 000 personnes par an, ce qui donne 6 130 000 assurés en 1982. Des changements interviendront dans les différentes catégories de personnes (hommes, femmes, enfants). C'est ainsi que le nombre des enfants (assurés jusqu'à l'âge de 15 ans révolus, selon le droit en vigueur) ira décroissant, car il faut s'attendre à ce qu'en 1982, les nouveau-nés assurés soient moins nombreux que les enfants venus au monde entre 1964 et 1966 (période de forte natalité), qui auront alors passé dans la catégorie des adultes. Nous estimons qu'il y aura en 1982 quelque 70 000 enfants assurés de moins qu'aujourd'hui.

L'effectif des personnes assurées pour les soins médicaux et pharmaceutiques en 1982 se présentera donc ainsi :

Hommes . . . .	2 347 000
Femmes . . . .	2 543 000
Enfants . . . .	1 240 000
Total . . . . .	6 130 000

Compte tenu du coût moyen par assuré (voir ch. 411.11, tableau 5), le coût global pour 1982 devrait donc être le suivant :

### Frais médicaux et pharmaceutiques en 1982 (sans maternité et assurances complémentaires)

(Montants en millions de francs)

Tableau 6

Prestations assurées	Hommes	Femmes	Enfants	Ensemble
Traitement ambulatoire .	1005	1627	280	2912
Traitement hospitalier . . .	437	699	79	1215
Total . . . . .	1442	2326	359	4127

## 411.2 Effets de la révision

### 411.21 Elévation de la limite d'âge pour les enfants

Sont réputés enfants au sens du projet les assurés jusqu'à 16 ans révolus (art. 5, 5<sup>e</sup> al.), ce qui représente une classe d'âge de plus que dans le régime en vigueur. Il en résulte que les assurés nés en 1966, année de forte natalité (109 738 naissances), ne seront pas passés dans la catégorie des adultes en 1982. A ce moment, il devrait y avoir environ 100 000 enfants assurés de plus que si la réglementation actuelle était maintenue. Cette élévation de la limite d'âge aura des effets sur les coûts moyens et la répartition de ceux-ci entre les catégories d'assurés. Le tableau suivant montre les différences qui en résultent par rapport aux tableaux 5 et 6.

#### Assurés et frais médico-pharmaceutiques en 1982, selon le projet

Tableau 7

Catégorie d'assurés	Nombre	Coûts par assuré <sup>1)</sup> (francs)	Coût global <sup>1)</sup> (millions de francs)
Hommes .....	2 299 000	621.40	1428
Femmes .....	2 491 000	927.88	2311
Enfants .....	1 340 000	289.13	388
Total .....	6 130 000	673.30	4127

<sup>1)</sup> Sans maternité et assurances complémentaires

## 411.22 Extension des prestations

### 411.221 Soins médicaux et pharmaceutiques

A défaut de données précises résultant de l'expérience, il n'est pas possible de prévoir quels seront les effets de l'extension des prestations sur l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. Nous avons retenu les hypothèses suivantes.

La commission d'experts chargée d'élaborer l'avant-projet avait estimé que la suppression de la durée-limite pour les prestations d'hospitalisation ferait progresser d'environ 4 pour cent les dépenses de l'assurance-maladie pour les soins hospitaliers. Celles-ci se chiffrent à 1215 millions de francs (voir ch. 411.12, tableau 6). En 1982, les coûts supplémentaires devraient donc atteindre environ 50 millions de francs.

Quant au coût des examens préventifs, il est d'autant plus difficile à évaluer que ces prestations doivent encore être déterminées par ordonnance. De plus, nous ne savons pas dans quelle mesure les assurés auront recours à de tels examens. Le «Modèle de Flims», qui mettait particulièrement l'accent sur la prophylaxie, prévoyait qu'elle coûterait 112 millions de francs par an (base:

1974). Estimant que les prestations pour examens préventifs ne prendront pas l'ampleur que leur donnait le «Modèle de Films», nous prévoyons qu'elles coûteront 50 millions de francs par an.

L'abrogation de l'article 12 LAI fera également augmenter les charges de l'assurance-maladie. Les coûts entraînés par l'application de cette disposition ne ressortent pas clairement des comptes de l'AI, car ils se confondent avec ceux du traitement des infirmités congénitales, prévu à l'article 13 LAI. En 1979, les dépenses de l'AI pour toutes les mesures médicales se sont élevées à 130 millions de francs en chiffres ronds. La plus grande partie de cette somme étant consacrée au traitement des infirmités congénitales, nous évaluons à 40 millions de francs par an les dépenses supplémentaires des caisses-maladie résultant de l'abrogation de l'article 12 LAI.

Les autres améliorations de la couverture d'assurance (obligation d'admettre les détenus, limitation du droit d'exclure un membre, assouplissement de la réglementation des réserves pour les enfants) ne représenteront dans l'ensemble qu'une charge minime pour les caisses. Par contre, l'obligation de verser des prestations à titre subsidiaire en cas d'accident exercera une certaine influence, mais seulement pour les caisses qui ne la prévoient pas déjà dans leurs statuts; seule la couverture à titre subsidiaire du traitement dentaire en cas d'accident occasionnera des coûts supplémentaires à toutes les caisses. Selon nos calculs, ces diverses améliorations se traduiront par des dépenses annuelles supplémentaires de 20 millions de francs.

#### **411.222 Maternité**

En 1979, les dépenses par accouchement (sans prise en compte des assurances complémentaires) se sont élevées à 1712 francs. A supposer qu'elles augmentent aussi de 21 pour cent jusqu'en 1982, elles se monteraient à 2072 francs cette année-là si le régime actuel était maintenu.

Sur les 71 986 accouchements qui ont eu lieu en 1979, 66 306 étaient à la charge des caisses-maladie. Il n'est guère possible de prévoir l'évolution du nombre des naissances pour ces prochaines années. La baisse de la natalité constatée dès 1967 s'est ralentie ces dernières années (1979 a même connu une légère hausse), si bien qu'il est permis d'admettre qu'à l'avenir, le nombre des naissances se situera dans les limites actuelles ou n'augmentera que faiblement. De plus, il est probable que le nombre des accouchements à la charge des caisses, qui représente aujourd'hui environ 93 pour cent des naissances, s'accroîtra encore un peu. Nous avons donc retenu, dans nos estimations pour 1982, 68 000 accouchements pris en charge par les caisses-maladie pour les femmes assurées. Cela représente 141 millions de francs si l'on s'en tient au régime actuel.

Or, le projet étend aussi les prestations en cas de maternité. L'innovation la plus importante du point de vue financier devrait être le droit à des indemnités journalières pour les femmes non soumises à l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière, prévue pour les salariés (voir art. 14, 5<sup>e</sup> al.). D'après nos calculs, cette innovation toucherait près de 60 pour cent des mères assurées

pour les soins médicaux et pharmaceutiques. A supposer que l'indemnité journalière soit fixée à 5 francs, la nouvelle réglementation coûtera donc 23 millions de francs. Il y a aussi lieu de s'attendre à des dépenses supplémentaires au titre des indemnités d'allaitement. Nous envisageons en effet de porter celles-ci de 50 à 100 francs et il est probable que le nombre des mères allaitant leur enfant sera de nouveau un peu plus élevé. Ces indemnités devraient entraîner une charge supplémentaire de près de 3 millions de francs par an. Enfin, les prestations versées à des mères qui ne sont pas assurées pour les soins médicaux et pharmaceutiques (voir art. 14, 7<sup>e</sup> al.) auront aussi une incidence sur les coûts de l'assurance-maternité. D'après nos estimations, un peu plus de 3000 cas de maternité ne seront pas assurés par une caisse-maladie en 1982. Mais seules les femmes à ressources modestes pourront bénéficier de prestations. Nous évaluons leur nombre à 1500; de sorte que les prestations versées aux femmes non assurées se chiffreront à 3 millions de francs.

En définitive, l'extension des prestations de maternité se soldera par un supplément de dépenses de 29 millions de francs. Le coût de l'assurance-maternité s'élèvera ainsi à 170 millions de francs en 1982.

### 411.3 Récapitulation

Selon nos estimations, le coût global de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques devrait se présenter ainsi pour 1982 (voir aussi tableau 8 en annexe):

Eléments	Montants en millions de francs
Traitement ambulatoire .....	2912
Traitement hospitalier .....	1215
Maternité .....	141
Dépenses de base .....	4268
Extension des prestations:	
– Durée illimitée des prestations hospitalières .....	(50)
– Examens préventifs .....	(50)
– Mesures médicales selon LAI .....	(40)
– Autres mesures .....	(20)
– Maternité .....	(29)
Dépenses supplémentaires .....	189
Total dépenses pour soins médico-pharmaceutiques .....	4457
Frais d'administration .....	348
Coût global .....	4805

La comparaison entre le coût du système actuel et celui du régime proposé donne les résultats suivants:

Éléments	Montants en millions de francs		
	Régime actuel	Projet	Coût supplé- mentaire
Dépenses de base .....	4268	4268	—
Améliorations de la couverture et des prestations d'assurance .....	—	189	189
Total dépenses pour soins médico- pharmaceutiques .....	4268	4457	189
Frais d'administration .....	341	348	7
Coût global .....	4609	4805	196

## 412 Financement

L'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques continuera d'être financée par les cotisations des assurés, une participation de ceux-ci aux frais et des subsides des pouvoirs publics. Nous exposons ci-après la manière dont chacun de ces sources de financement contribue à couvrir les coûts de l'assurance.

### 412.1 Charge financière de la Confédération et des cantons

La plupart des subsides de la Confédération à l'assurance-maladie sont actuellement fixés dans la loi; ils le seront dorénavant par un arrêté fédéral. Il s'agit ainsi de subventions dont le montant global est en principe établi d'avance (voir art. 38<sup>bis</sup> et dispositions transitoires, let. d et e). Elles devraient s'élever au total à 675 millions de francs par an pour les deux années qui suivent l'entrée en vigueur de la révision.

Seuls les subsides destinés à couvrir les frais de maternité et les cotisations du troisième enfant et des suivants dépendront directement des coûts effectifs, et doivent donc être évalués.

Les frais de maternité, qui sont entièrement pris en charge par les pouvoirs publics, ont été estimés pour 1982 à 170 millions de francs (voir ch. 411.222).

Les résultats du recensement de la population de 1980 n'étant pas encore connus, nous évaluerons le nombre d'enfants par famille d'après ceux du recensement de 1970. A l'époque, environ 20 pour cent des enfants auraient donné droit à la prise en charge des cotisations. Ce taux devrait avoir quelque peu diminué entre-temps. A défaut de données plus précises, nous supposons que, sur 1,3 million d'enfants (voir ch. 411.12), 258 000 environ donneront lieu à la prise en charge des cotisations par les pouvoirs publics, qui verseraient ainsi, à ce titre, 55 millions de francs en 1982.

Le tableau ci-après établit, pour 1982, une comparaison entre le régime actuel et le projet quant au genre et au montant des subventions fédérales.

## Subsides fédéraux aux caisses-maladie en 1982, selon le régime actuel et le projet

Tableau 8

Eléments	Chargés annuelles en millions de francs	
	Régime actuel	Projet
Hommes.....	96	—
Maternité .....	38	170
Femmes .....	556	425
Enfants .....	68	145
Tuberculose .....	6	—
Invalides.....	95	—
Suppléments pour régions de montagne .....	21	—
Hypothèques sociales .....	—	140
Total .....	880	880 <sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Sans indemnités annuelles et subsides aux cantons de 20 millions de francs

Les subsides fédéraux à l'assurance-maladie atteindront au total 880 millions de francs en chiffres ronds (voir aussi tableau 9 en annexe). Mais la Confédération ne prendra en charge que 440 millions, les cantons étant tenus de couvrir la moitié des subventions fédérales.

La Confédération versera en outre des subsides aux titres des indemnités annuelles pour médecins de montagne et de la contribution des cantons de montagne à l'allègement des cotisations des assurés à ressources modestes (voir art. 37<sup>bis</sup> et 38, 3<sup>e</sup> al.). La subvention pour l'indemnité annuelle se montera à environ 500 000 francs (voir commentaire de l'art. 37<sup>bis</sup>) et 20 millions seront consacrés à l'aide aux cantons de montagne (voir dispositions transitoires, let. e).

Le Conseil fédéral réglera par ordonnance, après avoir consulté les cantons, la répartition des 440 millions de francs que ceux-ci doivent prendre en charge (voir art. 38<sup>ter</sup>, 3<sup>e</sup> al.). D'après les critères prévus par le projet (art. 38<sup>ter</sup>, 2<sup>e</sup> al.), les cantons dans lesquels les frais médicaux et pharmaceutiques sont moins élevés que la moyenne suisse et ceux qui dépensent plus que la moyenne pour les hôpitaux et les assurés à ressources modestes devront verser une contribution inférieure à celle qu'ils devraient payer en fonction de leur population. A l'inverse, les cantons dont les frais médicaux et pharmaceutiques sont supérieurs à la moyenne et ceux qui dépensent peu pour les hôpitaux et les assurés à ressources modestes verseront une part plus grande.

Le droit fédéral ne fixera pas le montant des subsides alloués par les cantons, en vertu de l'article 38, pour réduire les cotisations des assurés à ressources modestes. Mais la charge devrait rester la même pour les cantons qui soutiennent déjà largement l'assurance-maladie. Comme les cantons et les communes versent déjà – selon des modalités très différentes – quelque 300 millions de francs de subsides à l'assurance-maladie (voir ch. 124.4), il est permis de penser

que les cantons seront en mesure de consacrer au moins ce montant à l'allègement des cotisations.

## 412.2 Participation des assurés aux frais

Dans le régime actuel, environ 15 pour cent des frais de traitements ambulatoires et 9,3 pour cent du total des dépenses sont couverts par des participations aux frais. La réglementation proposée dans le projet augmentera légèrement cette part (suppression de la franchise, relèvement de la participation en pour-cent de 10 à 20 %, sous réserve d'un montant maximal; voir art. 14<sup>bis</sup>). Il ressort de certaines analyses de notes d'honoraires faites par quelques grandes caisses-maladie dans le secteur ambulatoire que la participation des assurés pourrait représenter à l'avenir près de 17 pour cent des frais de traitements ambulatoires et 10,3 pour cent du total des dépenses (voir aussi tableau 9 en annexe).

## 412.3 Cotisations

Les cotisations servent à couvrir les coûts qui ne le sont ni par la participation aux frais, ni par les subsides des pouvoirs publics. Le tableau ci-dessous donne une vue d'ensemble de la répartition des sources de financement.

### Financement des dépenses totales des caisses-maladie selon le droit en vigueur et le nouveau régime en 1982

Tableau 9

Eléments	Montants en millions de francs		Répartition en pour-cent	
	Régime actuel	Projet	Régime actuel	Projet
Total des dépenses <sup>1)</sup> . . . .	4609	4805	100,0	100,0
Participation aux frais . .	430	493	9,3	10,3
Dépenses nettes . . . . .	4179	4312	90,7	89,7
Subsides fédéraux . . . . .	880 <sup>2)</sup>	880 <sup>2)</sup>	19,1	18,3
Solde à couvrir par les cotisations des assurés (sans réductions de cotisations par les cantons) . . .	3299	3432	71,6	71,4

<sup>1)</sup> Sans assurances complémentaires facultatives

<sup>2)</sup> Sans la réduction de 5 pour cent selon AF du 20 juin 1980

<sup>3)</sup> Sans indemnités annuelles et subsides aux cantons de 20 millions de francs

Ces chiffres permettent de calculer le taux moyen des cotisations. Il faut toutefois relever que chaque caisse forme une communauté de risques et peut échelonner les cotisations selon les différences de coûts entre régions (art. 6<sup>bis</sup>, 2<sup>e</sup> al.). Les cotisations peuvent ainsi être très variables; les montants indiqués

ci-après sont de simples moyennes suisses, qui se recouvrent rarement avec les cotisations effectivement payées. Il n'a en outre pas été tenu compte des suppléments de cotisations destinés à la constitution de réserves, qui peuvent aussi être très différents selon la taille des caisses et l'importance des réserves déjà accumulées. En dépit de ces circonstances, la comparaison entre les cotisations moyennes du régime actuel et celles qui résultent du projet permet de se faire une idée de la manière dont les cotisants ressentiront les effets de la révision.

La part des coûts qui est couverte par les cotisations (voir tableau 9) doit être répartie entre les différentes catégories d'assurés, compte tenu des critères que fixe la loi à cet égard (voir art. 6<sup>bis</sup>). C'est ainsi que, malgré les différences de coûts, les cotisations des femmes ne peuvent être supérieures de plus de 10 pour cent à celles des hommes. Quant aux cotisations des enfants, elles doivent, selon le projet, être fixées uniquement en fonction des frais médicaux et pharmaceutiques, à l'exclusion des frais d'administration. Compte tenu de ces critères, les cotisations moyennes sont les suivantes :

**Charges moyennes par assuré en 1982**  
(sans assurances complémentaires)

*Tableau 10*

Eléments	Charges annuelles en francs		Modifications	
	Régime actuel	Projet	En francs	En pour-cent
Hommes .....	579	635	56	9,7
Femmes .....	636	698	62	9,7
Enfants.....	260	213 <sup>1)</sup>	- 47	- 18,1
Contribution de solidarité des hommes, en pour-cent	8,4	8,5		

<sup>1)</sup> Cotisations pour le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>e</sup> enfants. Le 3<sup>e</sup> enfant et les suivants sont assurés gratuitement.

Le nouveau régime entraînera ainsi pour les adultes une augmentation des cotisations de 9,7 pour cent. Cette hausse résulte de l'extension des prestations et du renforcement de la solidarité en faveur des enfants. En revanche, les cotisations de ceux-ci baisseraient de 18 pour cent, grâce aux innovations introduites en leur faveur dans le domaine des subventions et du calcul des cotisations. Quant à la part de cotisations des hommes qui constitue une contribution de solidarité envers les femmes et les enfants, elle resterait pratiquement inchangée. A noter que ce tableau ne tient pas compte des réductions de cotisations qui devront être accordées par les cantons en faveur des assurés à ressources modestes. Pour les familles comprenant plus de deux enfants, la prise en charge intégrale des cotisations du troisième enfant et des suivants constituera un allègement appréciable (voir aussi tableau 10 en annexe).

## 42 Assurance obligatoire d'une indemnité journalière

### 421 Coût et financement

Le coût de la future assurance obligatoire d'une indemnité journalière peut être calculé sur la base des statistiques de morbidité qui sont déjà utilisées dans l'assurance d'une indemnité journalière pratiquée actuellement. D'après ces données, l'assurance prend en charge pour chaque assuré 7,5 jours de maladie en moyenne par an lorsque le délai d'attente a été fixé à 2 jours. En ce qui concerne les prestations actuelles de maternité (10 semaines), cette moyenne est de 0,95 jour par personne assurée (et non par femme assurée).

En portant la durée des prestations de maternité de 10 à 16 semaines, le projet augmente les prestations de 60 pour cent; il faut donc prendre en compte à l'avenir une durée moyenne de 1,5 jour par assuré et par an.

Contrairement à ce qui est le cas dans l'actuelle assurance facultative, aucune réserve ne pourra être imposée dans l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière. Cette amélioration devrait faire augmenter les prestations d'environ 5 pour cent, et porter ainsi à 7,9 le nombre moyen de jours de maladie par assuré et par an.

Il est difficile d'évaluer les effets des nouvelles durées de prestations (indemnité entière pendant 540 jours et réduite durant 180 jours). Bien que celles-ci soient plus courtes qu'actuellement (720 jours dans une période de 900 jours consécutifs), la nouvelle réglementation n'entraînera pas dans tous les cas une diminution des prestations, car il ressort du projet que le droit aux prestations recommencera à courir après une « interruption notable » de l'incapacité de travail (art. 40h, 3<sup>e</sup> al.). Mais cette éventualité revêt une importance minime, car l'expérience montre que les indemnités journalières sont rarement versées pendant de si longues périodes. C'est pourquoi nous admettons que les nouvelles durées de prestations n'auront pas d'influence sensible sur le coût de l'assurance.

En définitive, l'assurance devrait, si le délai d'attente est fixé à 2 jours, prendre en charge, pour la maladie et la maternité, 9,4 jours en moyenne par assuré et par an. Ce chiffre se réduit à 3,6 jours de maladie si le délai d'attente est de 30 jours, comme le prévoit l'article 40h, 1<sup>er</sup> alinéa. Il se réduira encore à mesure que le délai d'attente sera prolongé, ainsi que le permet l'article 40h, 2<sup>e</sup> alinéa (la condition étant que le travailleur reçoive un salaire pendant le délai). Si ce délai est fixé à 90 jours, par exemple, la moyenne sera de 1,6 jour de maladie.

L'assurance obligatoire d'une indemnité journalière sera financée exclusivement par des primes en pour-mille du salaire. Quant aux prestations, elles seront calculées sur la base du gain assuré. Le taux des primes sera donc fonction à la fois du degré de morbidité (nombre de jours de maladie par assuré) et du montant de l'indemnité journalière. Si l'on s'en tient à la réglementation légale (indemnité journalière de 80 % du salaire et délai d'attente de 30 jours), la prime nette moyenne s'élèvera à 0,8 pour cent du salaire. Elle sera de 2,1 pour cent si ce délai est ramené à 2 jours et seulement de 0,4 pour cent s'il est porté à 90 jours. Il s'agit ici de primes nettes, auxquelles il faut donc ajouter des suppléments pour les frais d'administration et les réserves mathé-

matiques. D'autre part, ce sont des moyennes. Le projet part de l'idée que chaque assureur devra fixer ses primes d'après le degré de morbidité de ses propres assurés. Les primes pourront donc varier sensiblement d'un assureur à l'autre et d'une entreprise à l'autre. On peut toutefois s'attendre à ce que, dans le cas normal (délai d'attente de 30 jours), la prime se situe autour de 1 pour cent du salaire, l'employeur et le travailleur prenant ainsi chacun en charge 0,5 pour cent.

#### **422 Charges financières de la Confédération et des cantons**

Le projet ne prévoit pas de contributions des pouvoirs publics à l'assurance d'une indemnité journalière. L'assurance obligatoire dans ce domaine n'entraînera donc aucune charge supplémentaire pour la Confédération et les cantons.

La Confédération et les cantons seront toutefois tenus d'assurer tout leur personnel conformément aux prescriptions de la loi. Mais la Confédération ainsi que de nombreux cantons connaissent, aujourd'hui déjà, des réglementations assez larges en ce qui concerne le droit à la rémunération en cas de maladie. Celles-ci pourront être maintenues (voir art. 40h, 2<sup>e</sup> al.), et il suffira de conclure une assurance de l'indemnité journalière pour la durée de maladie non couverte par le droit à la rémunération. La Confédération devra, par exemple, assurer ses fonctionnaires pour une indemnité journalière versée après un an. C'est dire que les primes d'une telle assurance seront minimes, et que l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière n'entraînera, pour la Confédération, qu'une faible augmentation des charges salariales.

### **5 Conséquences de la révision pour les effectifs de personnel et l'organisation de la Confédération et des cantons**

#### **51 Conséquences pour la Confédération**

Les tâches de la Confédération dans le domaine de l'assurance-maladie resteront, pour l'essentiel, les mêmes après la révision. Il s'agit avant tout de la surveillance des caisses-maladie des points de vue financier et juridique. A l'effet de cette surveillance, l'autorité fédérale édicte des règles d'exécution, exerce son contrôle sur les caisses (examen et approbation de leurs statuts, révision de leurs comptes) et donne son avis sur les litiges entre caisses ou entre celles-ci et leurs membres (préavis et, le cas échéant, recours au TFA). D'autre part, la Confédération doit assumer les tâches que lui confie la loi dans le domaine des prestations et des tarifs (établissement de la liste des spécialités, de la liste des analyses, etc.). L'adaptation des dispositions d'exécution et de la surveillance au nouveau droit occasionnera, dans les premiers temps, un surcroît considérable de travail à l'administration, en particulier à l'OFAS. A plus long terme, cette activité devrait toutefois se tenir dans les limites actuelles. La Confédération sera certes chargée de tâches supplémentaires, notamment dans le domaine des tarifs et des statistiques (voir art. 22<sup>septies</sup> et 39), ainsi que pour la surveillance de l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière (voir art. 40p). Mais il s'agit en fait d'une extension et d'un réamé-

nagement de fonctions qui sont déjà remplies de nos jours, et pourront donc être assumées par un personnel dont les effectifs sont à peu près les mêmes qu'aujourd'hui. A l'OFAS, 42 personnes s'occupent exclusivement de l'assurance-maladie; de plus, cinq personnes s'y consacrent principalement. Les nouvelles tâches exigeront environ deux personnes supplémentaires.

Du fait de l'introduction de l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière, les caisses-maladie et les assureurs privés connaîtront une extension de leur activité qui devrait également faire augmenter le nombre des affaires portées devant le TFA. En revanche, celui-ci ne devrait pratiquement plus avoir à se prononcer sur les questions de délimitation entre les caisses-maladie et l'AI soulevées par l'article 12 LAI, qui sera abrogé. En définitive, la révision ne devrait donc pas entraîner de charges supplémentaires pour le TFA.

## **52 Conséquences pour les cantons**

La révision ne provoquera pas non plus de modifications fondamentales, ni d'extensions notables des tâches cantonales dans le domaine de l'assurance-maladie. Les cantons continueront de jouer un rôle essentiel dans le secteur tarifaire. Les gouvernements cantonaux doivent examiner les conventions passées entre les caisses, d'une part, et les personnes exerçant leur activité dans le domaine médical ou les établissements hospitaliers, d'autre part; ils doivent en outre prendre les mesures qui s'imposent en cas d'absence de convention. Le fait que, dorénavant, ils devront aussi vérifier le caractère économique des dispositions conventionnelles ne devrait pas entraîner de charges notables. Les cantons devront certes adapter leurs règles d'exécution au nouveau droit, en particulier leurs lois sur les subventions aux caisses-maladie (voir art. 38); en tant que responsables des hôpitaux, ils devront également veiller à ce que ces établissements adaptent leurs barèmes de taxes et leur comptabilité à la nouvelle réglementation. A long terme, toutes ces tâches ne devraient cependant pas entraîner de charges supplémentaires pour les cantons. Par contre, la nouvelle règle imposant à ceux-ci de réduire les cotisations des assurés à ressources modestes occasionnera quelques dépenses supplémentaires aux cantons qui ne pratiquent pas déjà d'eux-mêmes de telles réductions.

Quant à leur obligation de veiller désormais à ce que les employeurs assurent leur personnel pour une indemnité journalière et à les informer à ce sujet (art. 40g), elle n'occasionnera guère de dépenses supplémentaires, puisque la même obligation existe déjà en matière d'assurance-accidents obligatoire.

Les considérations émises au chiffre 51 au sujet du TFA valent également pour les tribunaux cantonaux des assurances. Ceux-ci ne devraient pas non plus se ressentir de la révision.

## **6 Grandes lignes de la politique gouvernementale**

Nous avons annoncé cette révision au chiffre 412 de notre Rapport sur les grandes lignes de la politique gouvernementale durant la législature 1979-1983 (FF 1980 I 674). Il s'agit d'un projet ayant priorité absolue.

## 7 Constitutionnalité du projet

La révision partielle de l'assurance-maladie, que nous proposons, se fonde sur l'article 34<sup>bis</sup> cst., selon lequel «la Confédération introduira, par voie législative, l'assurance en cas de maladie et d'accidents, en tenant compte des caisses de secours existantes».

La Confédération dispose donc d'une large compétence législative dans ce domaine. Contrairement à ce qu'elle fait pour l'AVS et l'AI (art. 34<sup>quater</sup>), la constitution ne précise pas les buts de l'assurance-maladie, ni ne donne d'indications sur l'aménagement de ses prestations et de son financement.

Le législateur n'a pas utilisé la compétence donnée à l'article 34<sup>bis</sup> cst. de la même manière pour l'assurance-maladie que pour l'assurance-accidents. C'est ainsi que l'assurance-maladie n'est pas obligatoire sur le plan fédéral et que les employeurs ne sont pas tenus de contribuer à son financement. A l'avenir, l'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie sera obligatoire pour tous les travailleurs et les employeurs devront participer à son financement. Cette réglementation est conforme à la constitution, au même titre que l'assurance-accidents existante.

Quant aux propositions concernant l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, elles visent essentiellement à réaménager et à améliorer quelque peu le régime en vigueur. La disposition constitutionnelle le permet incontestablement. La nouvelle règle obligeant les cantons à participer au financement de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques est également couverte par la formule générale de l'article 34<sup>bis</sup> cst. Aujourd'hui déjà, les cantons contribuent largement à la réalisation de l'assurance-maladie. C'est ainsi qu'ils sont habilités à déclarer l'assurance-maladie obligatoire et qu'ils jouent un rôle important dans l'application de la loi, notamment en ce qui concerne les conventions tarifaires. La nouvelle obligation qui leur est imposée trouve sa source dans les relations étroites qui existent entre la santé publique et l'assurance-maladie, ainsi que dans le fait que l'extension des prestations à la charge des caisses apporte, entre autres avantages, des allègements pour les cantons et les communes (assistance publique). Il faut donc, en utilisant la compétence législative de la Confédération, viser à un meilleur équilibre entre la répartition des tâches et celle des charges. C'est pourquoi les cantons seront, tout comme les assurés et la Confédération, appelés à contribuer au financement de l'assurance-maladie. Dans une certaine mesure, les cantons assument d'ailleurs déjà, de leur propre chef, une telle participation (voir ch. 124.4).

Les dispositions relatives aux prestations de maternité et le financement de celles-ci reposent sur l'article 34<sup>quinquies</sup>, 4<sup>e</sup> alinéa, cst. qui donne à la Confédération la compétence d'instituer, par voie législative, l'assurance-maternité.

## Liste des tableaux

N°

- 1 Recettes et dépenses totales des assurances sociales en Suisse
- 2 Evolution depuis 1966 des dépenses de la Confédération et des caisses-maladie ainsi que des subsides fédéraux aux caisses
- 3 Dépenses des caisses-maladie depuis 1966
- 4 Evolution depuis 1966 des prix à la consommation, des salaires et des frais médico-pharmaceutiques des caisses-maladie
- 5 Frais médico-pharmaceutiques des caisses-maladie par assuré et suivant les catégories de frais, depuis 1966
- 6 Recettes des caisses-maladie depuis 1966
- 7 Caisses-maladie et assurés suivant l'importance des caisses, depuis 1966
- 8 Evaluation du coût de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques pour 1982
- 9 Financement de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques en 1982
- 10 Charge individuelle annuelle en 1982

## Liste des graphiques

- 1 Indices des prix à la consommation, salaires et frais médico-pharmaceutiques des caisses-maladie, depuis 1966
- 2 Frais médico-pharmaceutiques par assuré, depuis 1966
- 3 Moyenne annuelle des frais médico-pharmaceutiques par assuré pour 1978
- 4 Répartition de l'ensemble des frais médico-pharmaceutiques pour 1978

26862

**Recettes et dépenses totales des assurances sociales en Suisse**
**Tableau 1**

Branche d'assurance	Recettes			Dépenses		
	1969	1974	1979	1969	1974	1979
	Chiffres absolus en millions de francs <sup>1)</sup>					
AVS/AI/PC (1 <sup>er</sup> pilier) ...	3 930,6	9 783,4	12 349,8	3 701,0	9 038,1	12 568,0
Prévoyance prof. (2 <sup>e</sup> pilier)	4 490,0	7 914,5	10 411,0	1 460,2	2 107,8	3 117,0
<b>Total</b> .....	<b>8 420,6</b>	<b>17 697,9</b>	<b>22 760,8</b>	<b>5 161,2</b>	<b>11 145,9</b>	<b>15 685,0</b>
Assurance-maladie .....	1 830,6	3 660,9	5 424,5	1 730,3	3 577,9	5 261,0
Assurance-accidents .....	738,5	1 362,2	1 432,2	741,6	1 347,0	1 416,3
Autres assurances .....	464,1	852,7	1 820,7	459,3	768,9	1 306,9
<b>Total</b> .....	<b>11 453,8</b>	<b>23 573,7</b>	<b>31 438,2</b>	<b>8 092,4</b>	<b>16 839,7</b>	<b>23 669,2</b>
	Importance des branches d'assurance par rapport au total					
AVS/AI/PC (1 <sup>er</sup> pilier) ...	34,3	41,5	39,3	45,7	53,7	53,1
Prévoyance prof. (2 <sup>e</sup> pilier)	39,2	33,6	33,1	18,1	12,5	13,2
<b>Total</b> .....	<b>73,5</b>	<b>75,1</b>	<b>72,4</b>	<b>63,8</b>	<b>66,2</b>	<b>66,3</b>
Assurance-maladie .....	16,0	15,5	17,2	21,4	21,2	22,2
Assurance-accidents .....	6,4	5,8	4,6	9,2	8,0	6,0
Autres assurances .....	4,1	3,6	5,8	5,6	4,6	5,5
<b>Total</b> .....	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
	Evolution des branches d'assurance depuis 1969					
AVS/AI/PC (1 <sup>er</sup> pilier) ...	100	249	314	100	244	340
Prévoyance prof. (2 <sup>e</sup> pilier)	100	176	232	100	144	213
<b>Total</b> .....	<b>100</b>	<b>210</b>	<b>270</b>	<b>100</b>	<b>216</b>	<b>304</b>
Assurance-maladie .....	100	200	296	100	207	304
Assurance-accidents .....	100	184	194	100	182	191
Autres assurances .....	100	184	392	100	167	285
<b>Total</b> .....	<b>100</b>	<b>206</b>	<b>274</b>	<b>100</b>	<b>208</b>	<b>292</b>
<sup>1)</sup> Source: Annuaire Statistique de la Suisse						

**Evolution depuis 1966 des dépenses de la Confédération et des caisses-maladie  
ainsi que des subsides fédéraux aux caisses**

*Tableau 2*

Année	Dépenses de la Confédération <sup>1)</sup>	Dépenses des caisses-maladie <sup>2)</sup>	Subsides fédéraux aux caisses <sup>2)</sup>
	<b>Montants en millions de francs</b>		
1966	5 682,9	1 234,8	192,9
1967	5 873,8	1 404,9	238,8
1968	6 446,7	1 560,9	280,4
1969	7 080,8	1 730,3	310,9
1970	7 765,0	1 954,7	357,2
1971	8 962,5	2 255,4	414,4
1972	10 366,0	2 689,8	478,3
1973	11 625,1	3 068,6	564,9
1974	13 051,6	3 577,9	647,7
1975	13 540,8	4 053,9	691,6
1976	15 860,0	4 467,1	795,3
1977	15 492,9	4 675,3	856,0
1978	15 824,5	4 961,5	877,9
1979	16 612,5	5 261,0	895,0
	<b>Indice (1966 = 100)</b>		
1966	100,0	100,0	100,0
1967	103,4	113,8	123,8
1968	113,4	126,4	145,4
1969	124,6	140,1	161,2
1970	136,6	158,3	185,2
1971	157,7	182,7	214,8
1972	182,4	217,8	248,0
1973	204,6	248,5	292,8
1974	229,7	289,8	335,8
1975	238,3	328,3	358,5
1976	279,1	361,8	412,3
1977	272,6	378,6	443,8
1978	278,5	401,8	455,1
1979	292,3	426,1	464,0
	<b>Pourcentages (dépenses de la Confédération = 100)</b>		
1966	100,0	21,7	3,4
1967	100,0	23,9	4,1
1968	100,0	24,2	4,4
1969	100,0	24,4	4,4
1970	100,0	25,2	4,6
1971	100,0	25,2	4,6
1972	100,0	25,9	4,6
1973	100,0	26,4	4,9
1974	100,0	27,4	5,0
1975	100,0	29,9	5,1
1976	100,0	28,2	5,0
1977	100,0	30,2	5,5
1978	100,0	31,4	5,5
1979	100,0	31,7	5,4

<sup>1)</sup> Selon compte financier de la Confédération

<sup>2)</sup> Selon OFAS-Statistique de l'assurance-maladie (gestion financière)

**Dépenses des caisses-maladie depuis 1966**

Tableau 3

Année	Prestations (y compris assurances complémentaires)					Frais d'administration	Autres dépenses <sup>1)</sup>	Total
	Assurance indemnité journalière	Assurance soins médico-pharmaceutiques	Soins médico-pharmaceutiques aux invalides	Tuberculose	Maternité (y compris ind. journ. et ind. d'allaitement)			
	<b>Montants en milliers de francs</b>							
1966	231 883	719 271	7 168	14 656	66 123	117 990	77 723	1 234 814
1967	236 317	851 040	12 185	14 562	73 834	129 784	87 206	1 404 928
1968	246 407	954 035	13 483	15 027	78 148	144 576	109 246	1 560 922
1969	263 736	1 096 562	17 457	16 028	83 423	157 452	95 634	1 730 292
1970	280 753	1 270 986	22 968	17 553	88 030	173 940	100 478	1 954 708
1971	297 627	1 490 901	28 480	18 040	93 928	199 161	127 255	2 255 392
1972	323 809	1 755 059	37 401	20 757	100 740	226 645	225 388	2 689 799
1973	367 731	2 048 738	46 725	20 509	109 287	271 349	204 306	3 068 645
1974	405 604	2 433 958	55 896	21 537	119 082	312 790	229 065	3 577 932
1975	412 620	2 834 181	72 277	22 113	128 823	333 891	250 030	4 053 935
1976	431 679	3 115 687	90 323	19 435	136 909	355 767	317 327	4 467 127
1977	438 325	3 266 930	100 695	16 935	144 150	356 360	351 897	4 675 292
1978	470 603	3 476 413	110 658	16 002	151 446	373 986	362 406	4 961 514
1979	479 962	3 742 787	112 410	13 570	161 059	398 771	352 402	5 260 961
	<b>Pourcentages</b>							
1966	18,8	58,2	0,6	1,2	5,3	9,6	6,3	100,0
1967	16,8	60,6	0,9	1,0	5,3	9,2	6,2	100,0
1968	15,8	61,1	0,9	1,0	5,0	9,2	7,0	100,0
1969	15,3	63,4	1,0	0,9	4,8	9,1	5,5	100,0
1970	14,4	65,0	1,2	0,9	4,5	8,9	5,1	100,0
1971	13,2	66,1	1,3	0,8	4,2	8,8	5,6	100,0
1972	12,0	65,2	1,4	0,8	3,8	8,4	8,4	100,0
1973	12,0	66,8	1,5	0,7	3,6	8,8	6,6	100,0
1974	11,3	68,1	1,6	0,6	3,3	8,7	6,4	100,0
1975	10,2	69,9	1,8	0,5	3,2	8,2	6,2	100,0
1976	9,7	69,7	2,0	0,4	3,1	8,0	7,1	100,0
1977	9,4	69,9	2,1	0,4	3,1	7,6	7,5	100,0
1978	9,5	70,1	2,2	0,3	3,1	7,5	7,3	100,0
1979	9,1	71,1	2,1	0,3	3,1	7,6	6,7	100,0

<sup>1)</sup> Prestations d'autres branches d'assurances, primes de réassurance, réserves, etc.

## Evolution depuis 1966 des prix à la consommation, des salaires et des frais médico-pharmaceutiques des caisses-maladie

Tableau 4

Année	Indice		Frais médico-pharmaceutiques par assuré en francs	1966 = 100			Modification annuelle en pour-cent		
	Prix à la consommation <sup>1) 2)</sup> Moyenne annuelle	Salaires des ouvriers <sup>3) 4)</sup>		Prix à la consommation	Salaires des ouvriers	Frais médico-pharmaceutiques par assuré	Prix à la consommation	Salaires des ouvriers <sup>3)</sup>	Frais médico-pharmaceutiques par assuré
1966	225,0	437	141.91	100	100	100	.	.	.
1967	234,1	464	162.52	104	106	115	4,0	6,2	14,5
1968	239,8	486	176.79	107	111	125	2,4	4,9	8,8
1969	245,7	516	200.66	109	118	141	2,5	6,1	13,5
1970	254,6	569	228.89	113	130	161	3,6	10,2	14,1
1971	271,4	645	262.30	121	148	185	6,6	13,3	14,6
1972	289,4	719	301.03	129	165	212	6,6	11,6	14,8
1973	314,8	808	341.49	140	185	241	8,8	12,3	13,4
1974	345,5	908	401.83	154	208	283	9,8	12,5	17,7
1975	368,6	975	468.59	164	223	330	6,7	7,3	16,6
1976	375,0	992	515.90.	167	227	364	1,7	1,8	10,1
1977	379,8	1 015	540.21	169	232	381	1,3	2,3	4,7
1978	383,7	1 044	570.71	171	239	402	1.0	2,8	5,6
1979	397,7	1 080	608.46	177	247	429	3,6	3,5	6,6

<sup>1)</sup> Source: Rapport mensuel de la Banque nationale suisse

<sup>2)</sup> Source: Annuaire statistique de la Suisse

<sup>3)</sup> Indice suisse: août 1939 = 100

<sup>4)</sup> Gains horaires moyens: juin 1939 = 100 (enquête générale de l'OFIAMT sur les salaires et traitements)

**Frais médico-pharmaceutiques des caisses-maladie par assuré et suivant les catégories de frais, depuis 1966**

*Tableau 5 a*

Année	Traitement médical	Médicaments	Chiropraxie	Autres frais	Traitement ambulatoire	Frais hospitaliers	Total
<b>Montants en francs</b>							
1966	67.48	34.82	-65	3.12	106.07	35.84	141.91
1967	76.14	40.33	1.04	2.79	120.30	42.22	162.52
1968	82.01	45.24	1.15	2.52	130.92	45.87	176.79
1969	91.70	51.85	1.22	2.87	147.64	53.02	200.66
1970	105.21	58.95	1.40	2.96	168.52	60.37	228.89
1971	120.73	66.04	1.78	3.25	191.80	70.50	262.30
1972	136.52	73.—	2.13	3.60	215.25	85.78	301.03
1973	153.58	78.24	2.31	4.04	238.17	103.32	341.49
1974	183.84	87.69	2.59	5.20	279.32	122.51	401.83
1975	210.67	98.71	2.78	6.21	318.37	150.22	468.59
1976	221.29	107.31	2.98	6.61	338.19	177.71	515.90
1977	228.41	110.52	3.06	6.73	348.72	191.49	540.21
1978	235.79	119.67	3.05	8.91	367.42	203.29	570.71
1979	248.06	126.86	3.17	10.03	388.12	220.34	608.46
<b>Pourcentages (total = 100)</b>							
1966	47,5	24,5	0,5	2,2	74,7	25,3	100
1967	46,8	24,8	0,6	1,8	74,0	26,0	100
1968	46,4	25,6	0,7	1,4	74,1	25,9	100
1969	45,7	25,9	0,6	1,4	73,6	26,4	100
1970	45,9	25,8	0,6	1,3	73,6	26,4	100
1971	46,0	25,2	0,7	1,2	73,1	26,9	100
1972	45,3	24,3	0,7	1,2	71,5	28,5	100
1973	44,9	22,9	0,7	1,2	69,7	30,3	100
1974	45,8	21,8	0,6	1,3	69,5	30,5	100
1975	44,9	21,1	0,6	1,3	67,9	32,1	100
1976	42,9	20,8	0,6	1,3	65,6	34,4	100
1977	42,3	20,5	0,6	1,2	64,6	35,4	100
1978	41,3	21,0	0,5	1,6	64,4	35,6	100
1979	40,8	20,9	0,5	1,6	63,8	36,2	100
<b>Modification annuelle en pour-cent</b>							
1966	.	.	.	.	.	.	.
1967	12,8	15,8	60,0	-10,6	13,4	17,8	14,5
1968	7,7	12,2	10,6	-9,7	8,8	8,6	8,8
1969	11,8	14,6	6,1	13,9	12,8	15,6	13,5
1970	14,7	13,7	14,8	3,1	14,1	13,9	14,1
1971	14,8	12,0	27,1	9,8	13,8	16,8	14,6
1972	13,1	10,5	19,7	10,8	12,2	21,7	14,8
1973	12,5	7,2	8,5	12,2	10,6	20,4	13,4
1974	19,7	12,1	12,1	28,7	17,3	18,6	17,7
1975	14,6	12,6	7,3	19,4	14,0	22,6	16,6
1976	5,0	8,7	7,2	6,4	6,2	18,3	10,1
1977	3,2	3,0	2,7	1,8	3,1	7,8	4,7
1978	3,2	8,3	-0,3	32,4	5,4	6,2	5,6
1979	5,2	6,0	3,9	12,6	5,6	8,4	6,6

**Frais médico-pharmaceutiques des caisses-maladies par catégorie d'assurés,  
depuis 1966**

*Tableau 5b*

Année	Hommes	Femmes	Enfants	Total
<b>Montants en francs</b>				
1966	129.22	196.46	78.74	141.91
1967	146.66	228.54	87.34	162.52
1968	158.85	250.81	91.73	176.79
1969	183.25	284.20	101.58	200.66
1970	208.38	325.34	113.38	228.89
1971	241.10	370.85	128.04	262.30
1972	277.72	430.03	136.64	301.03
1973	315.11	486.29	151.45	341.49
1974	367.86	572.62	175.93	401.83
1975	434.10	663.73	194.51	468.59
1976	478.56	729.06	210.38	515.90
1977	498.71	762.88	214.74	540.21
1978	526.58	799.36	228.91	570.71
1979	559.72	849.60	238.30	608.46
<b>Modification annuelle en pour-cent</b>				
1966	-	-	-	-
1967	13,5	16,3	10,9	14,5
1968	8,3	9,7	5,0	8,8
1969	15,4	13,3	10,7	13,5
1970	13,7	14,5	11,6	14,1
1971	15,7	14,0	12,9	14,6
1972	15,2	16,0	6,7	14,8
1973	13,5	13,1	10,8	13,4
1974	16,7	17,8	16,2	17,7
1975	18,0	15,9	10,6	16,6
1976	10,2	9,8	8,2	10,1
1977	4,2	4,6	2,1	4,7
1978	5,6	4,8	6,6	5,6
1979	6,3	6,3	4,1	6,6

Année	Dépenses des assurés		Subsides fédéraux	Subsides cantonaux et communaux	Cotisations d'employeurs <sup>1)</sup>	Autres recettes <sup>4)</sup>	Total
	Cotisations <sup>1)</sup>	Participation aux frais <sup>2)</sup>					
	<b>Montants en milliers de francs</b>						
1966	844 891	84 641	192 862	61 042	23 072	30 535	1 237 043
1967	950 275	84 258	238 801	74 710	24 733	33 704	1 406 481
1968	1 112 074	97 405	280 360	83 035	25 057	36 316	1 634 247
1969	1 241 035	114 517	310 874	98 337	26 078	39 780	1 830 621
1970	1 352 897	126 213	357 236	110 676	28 426	59 068	2 034 516
1971	1 540 523	148 829	414 420	129 869	29 721	66 807	2 330 169
1972	1 761 797	176 788	478 272	153 590	32 052	142 159	2 744 658
1973	2 115 999	185 625	564 921	186 829	37 767	74 091	3 165 232
1974	2 450 681	213 722	647 735	217 105	42 256	89 443	3 660 942
1975	2 821 726	242 139	691 639	244 549	39 561	117 544	4 157 158
1976	3 111 204	303 529	795 282	272 873	37 861	119 640	4 640 389
1977	3 346 688	325 407	855 996	286 355	42 513	125 128	4 982 087
1978	3 542 572	346 327	877 931	276 205	48 752	139 736	5 231 523
1979	3 671 454	361 057	895 048	296 256	53 967	146 677	5 424 459
	<b>Pourcentages</b>						
1966	68,3	6,8	15,6	4,9	1,9	2,5	100,0
1967	67,6	6,0	17,0	5,3	1,7	2,4	100,0
1968	68,0	6,0	17,2	5,1	1,5	2,2	100,0
1969	67,8	6,2	17,0	5,4	1,4	2,2	100,0
1970	66,5	6,2	17,6	5,4	1,4	2,9	100,0
1971	66,1	6,4	17,8	5,5	1,3	2,9	100,0
1972	64,2	6,4	17,4	5,6	1,2	5,2	100,0
1973	66,8	5,9	17,8	5,9	1,2	2,4	100,0
1974	67,0	5,8	17,7	5,9	1,2	2,4	100,0
1975	67,9	5,8	16,6	5,9	1,0	2,8	100,0
1976	67,1	6,5	17,1	5,9	0,8	2,6	100,0
1977	67,2	6,5	17,2	5,7	0,9	2,5	100,0
1978	67,7	6,6	16,8	5,3	0,9	2,7	100,0
1979	67,7	6,6	16,5	5,5	1,0	2,7	100,0

1) Assurances de base et assurances complémentaires

2) Participations aux frais de traitement, taxes sur feuilles de maladie

3) Dans la mesure où elles apparaissent dans le compte annuel

4) Intérêts, etc.

## Caisses-maladie et assurés suivant l'importance des caisses, depuis 1966

Tableau 7

Année	Caisses (nombre d'assurés par caisse)					Assurés (nombre d'assurés par caisse)				
	1-2 000	2 001- 20 000	20 001- 100 000	100 000 et plus	Total	1-2 000	2 001- 20 000	20 001- 100 000	100 000 et plus	Total
Chiffres absolus										
1966	702	163	22	11	898	472 470	837 712	979 951	3 260 983	5 551 116
1967	675	167	20	13	875	456 544	855 452	803 101	3 585 937	5 701 034
1968	657	164	23	13	857	452 233	801 392	881 556	3 688 682	5 823 863
1969	639	163	25	13	840	443 199	790 699	924 477	3 794 231	5 952 606
1970	623	155	25	12	815	438 339	772 163	1 020 882	3 850 018	6 081 402
1971	601	155	25	12	793	424 615	789 475	1 035 649	3 979 674	6 229 413
1972	576	148	27	12	763	408 078	744 349	1 098 248	4 144 949	6 395 624
1973	553	142	28	12	735	392 361	705 545	1 142 254	4 295 247	6 535 407
1974	529	139	28	11	707	371 824	700 210	1 243 105	4 314 499	6 629 638
1975	491	132	28	11	662	349 945	684 044	1 224 852	4 363 350	6 622 191
1976	469	125	29	11	634	340 006	636 712	1 228 659	4 379 711	6 585 088
1977	452	124	28	11	615	329 210	647 267	1 221 389	4 397 102	6 594 968
1978	435	122	30	11	598	317 425	608 529	1 304 042	4 429 727	6 659 723
1979	414	123	28	12	577	302 694	623 953	1 218 120	4 590 603	6 735 370
Pourcentages										
1966	78,2	18,2	2,4	1,2	100,0	8,5	15,1	17,7	58,7	100,0
1967	77,1	19,1	2,3	1,5	100,0	8,0	15,0	14,1	62,9	100,0
1968	76,7	19,1	2,7	1,5	100,0	7,8	13,8	15,1	63,3	100,0
1969	76,1	19,4	3,0	1,5	100,0	7,5	13,3	15,5	63,7	100,0
1970	76,4	19,0	3,1	1,5	100,0	7,2	12,7	16,8	63,3	100,0
1971	75,8	19,5	3,2	1,5	100,0	6,8	12,7	16,6	63,9	100,0
1972	75,5	19,4	3,5	1,6	100,0	6,4	11,6	17,2	64,8	100,0
1973	75,3	19,3	3,8	1,6	100,0	6,0	10,8	17,5	65,7	100,0
1974	74,8	19,6	4,0	1,6	100,0	5,6	10,6	18,7	65,1	100,0
1975	74,1	20,0	4,2	1,7	100,0	5,3	10,3	18,5	65,9	100,0
1976	74,0	19,7	4,6	1,7	100,0	5,2	9,7	18,6	66,5	100,0
1977	73,5	20,2	4,5	1,8	100,0	5,0	9,8	18,5	66,7	100,0
1978	72,8	20,4	5,0	1,8	100,0	4,8	9,1	19,6	66,5	100,0
1979	71,7	21,3	4,9	2,1	100,0	4,5	9,3	18,1	68,1	100,0

**Évaluation du coût de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques pour 1982**  
(sans assurances complémentaires)

(Montants en millions de francs)

Tableau 8

Prestations	Régime actuel				Projet					
	Hommes	Femmes	Enfants	Total	Hommes	Femmes	1 <sup>er</sup> + 2 <sup>e</sup> enfant	3 <sup>e</sup> enfant + suivants	Total enfants	Total
Traitement ambulatoire .....	1 005	1 627	280	2 912	994	1 616	(244)	(58)	302	2 912
Traitement hospitalier .....	437	699	79	1 215	434	695	( 69)	(17)	86	1 215
Maternité .....	-	141	-	141	-	141	-	-	-	141
Dépenses de base .....	1 442	2 467	359	4 268	1 428	2 452	(313)	(75)	388	4 268
Améliorations de la couverture d'assurance et des prestations:										
- Durée illimitée prestations hospitalières .....	-	-	-	-	18	28	( 3)	( 1)	4	50
- Examens préventifs .....	-	-	-	-	8	30	(10)	( 2)	12	50
- Mesures médicales selon LAI ..	-	-	-	-	19	21	-	-	-	40
- Autres mesures .....	-	-	-	-	6	12	( 2)	( 0)	2	20
- Maternité .....	-	-	-	-	-	29	-	-	-	29
Total frais médico-pharmaceu- tiques .....	1 442	2 467	359	4 268	1 479	2 572	(328)	(78)	406	4 457
Frais d'administration .....	115	197	29	341	127	221	( -)	( -)	-	348
Coût total .....	1 557	2 664	388	4 609	1 606	2 793	(328)	(78)	406	4 805

## Financement de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques en 1982

(sans assurances complémentaires)

(Montants en millions de francs)

Tableau 9

Eléments	Régime actuel				Projet					
	Homimes	Femmes	Enfants	Total	Hommes	Femmes	1 <sup>er</sup> + 2 <sup>e</sup> enfant	3 <sup>e</sup> enfant + suivants	Total enfants	Total
Coût total .....	1 557	2 664	388	4 609	1 606	2 793	(328)	(78)	406	4 805
Participation aux frais .....	153	249	28	430	181	282	( 24)	( 6)	30	493
Dépenses nettes .....	1 404	2 415	360	4 179	1 425	2 511	(304)	(72)	376	4 312
<i>Subsides</i>										
<i>Selon droit actuel:</i>										
- Subsides par tête .....	(96)	(556)	(68)	(720)						
- Maternité .....	-	( 38)	-	( 38)						
- Tuberculose .....	( 2)	( 3)	( 1)	( 6)						
- Soins médico-pharmaceutiques aux invalides .....	(46)	( 49)	-	( 95)						
- Supplément de montagne .....	( 8)	( 9)	( 4)	( 21)						
Total .....	152	655	73	880						
<i>Selon projet:</i>										
- Maternité .....					-	(170)	-	-	-	(170)
- Réduction cotisations enfants ..					-	-	( 73)	(17)	(90)	( 90)
- Exemption cotisations 3 <sup>e</sup> enfant et suivants .....					-	-	-	(55)	(55)	( 55)
- Hypothèques sociales .....					(67)	( 73)	-	-	-	(140)
- Rapprochement cotisations hommes/femmes .....					-	(425)	-	-	-	(425)
Total .....					67	668	( 73)	(72)	145	880 <sup>1)</sup>
Solde à la charge des assurés (cotisations), sans réduction de cotisations par les cantons .....	1 252	1 760	287	3 299	1 358	1 843	(231)	( -)	231	3 432

1) Sans indemnités annuelles et subsides de 20 millions de francs aux cantons

**Charge individuelle annuelle en 1982**  
(sans assurances complémentaires)

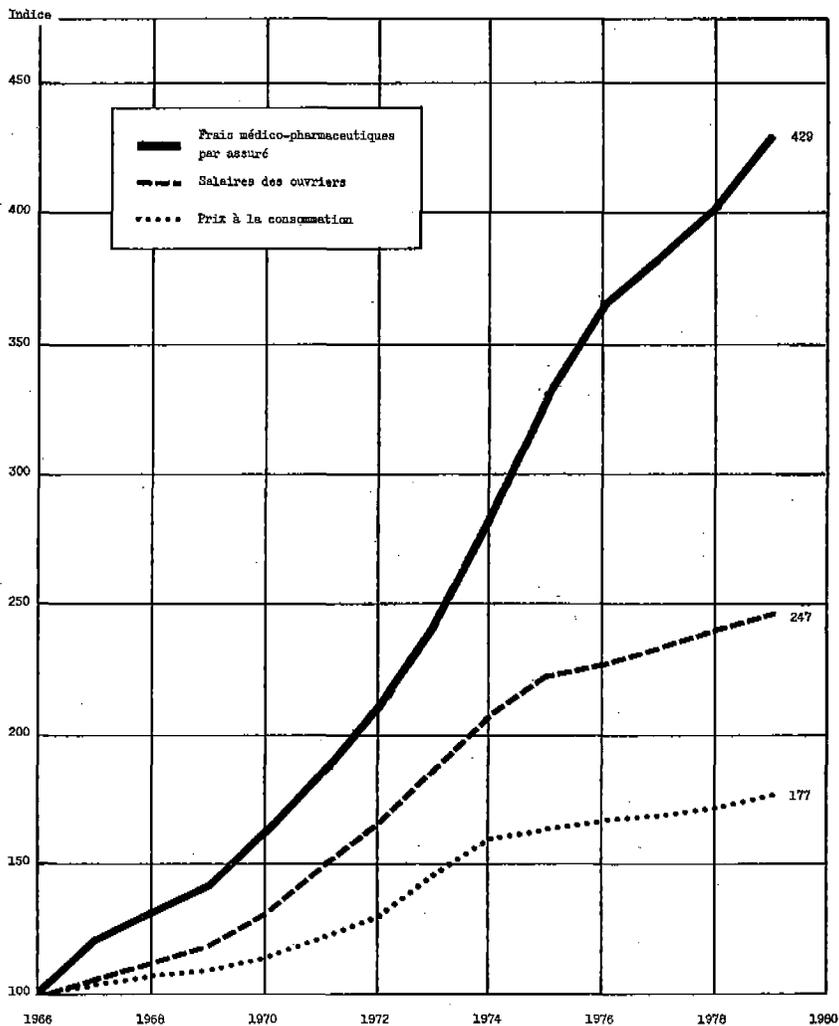
(Montants en francs)

Tableau 10

Assurés	Régime actuel	Projet <sup>1)</sup>
	<b>Famille avec 1 enfant</b>	
Homme .....	579	635
Femme .....	636	698
Enfant .....	260	213
<b>Total .....</b>	<b>1 475</b>	<b>1 546</b>
	<b>Famille avec 2 enfants</b>	
Homme .....	579	635
Femme .....	636	698
1 <sup>er</sup> enfant .....	260	213
2 <sup>e</sup> enfant .....	260	213
<b>Total .....</b>	<b>1 735</b>	<b>1 759</b>
	<b>Famille avec 3 enfants</b>	
Homme .....	579	635
Femme .....	636	698
1 <sup>er</sup> enfant .....	260	213
2 <sup>e</sup> enfant .....	260	213
3 <sup>e</sup> enfant .....	260	-
<b>Total .....</b>	<b>1 995</b>	<b>1 759</b>
	<b>Famille avec 4 enfants</b>	
Homme .....	579	635
Femme .....	636	698
1 <sup>er</sup> enfant .....	260	213
2 <sup>e</sup> enfant .....	260	213
3 <sup>e</sup> enfant .....	260	-
4 <sup>e</sup> enfant .....	260	-
<b>Total .....</b>	<b>2 255</b>	<b>1 759</b>
1) Exemption de cotisation pour le 3 <sup>e</sup> enfant et les suivants		

Indices (1966 = 100) des prix à la consommation, salaires et frais médico-pharmaceutiques des caisses-maladie, depuis 1966

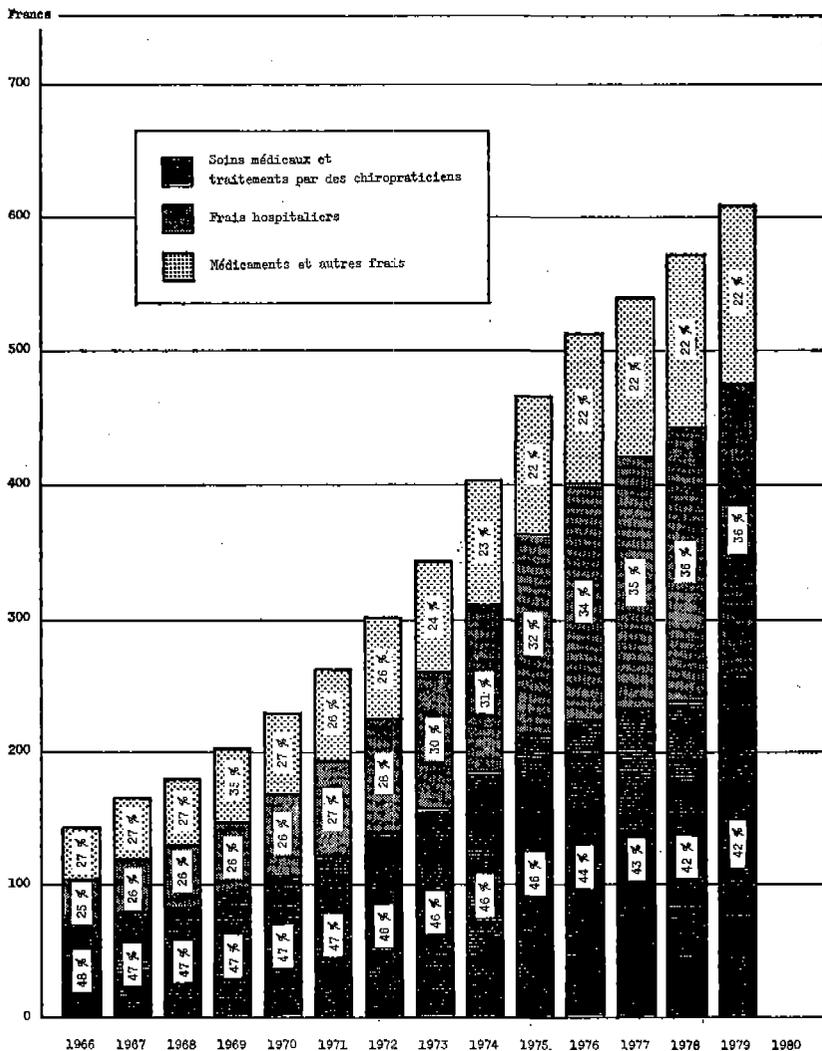
Graphique 1



# Caisses-maladie reconnues

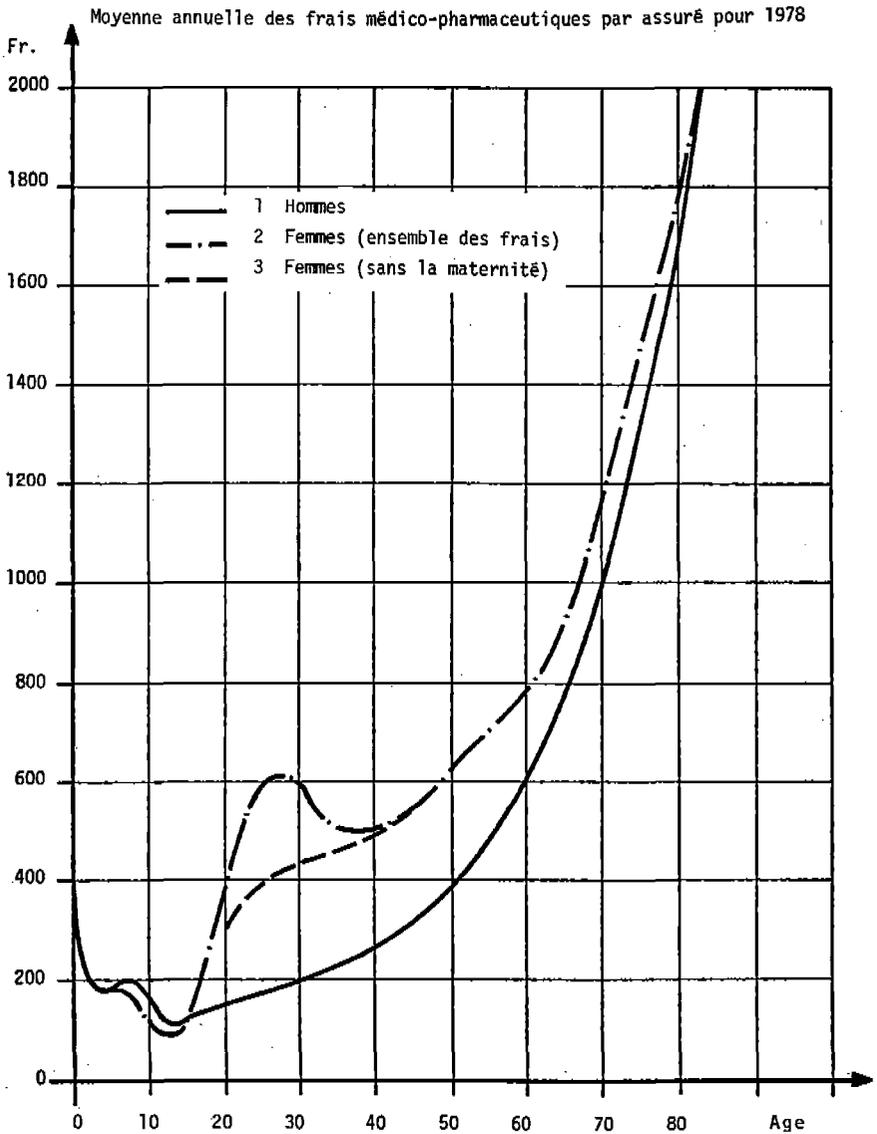
## Frais médico-pharmaceutiques par assuré, depuis 1966

Graphique 2



Moyenne annuelle des frais médico-pharmaceutiques par assuré pour 1978

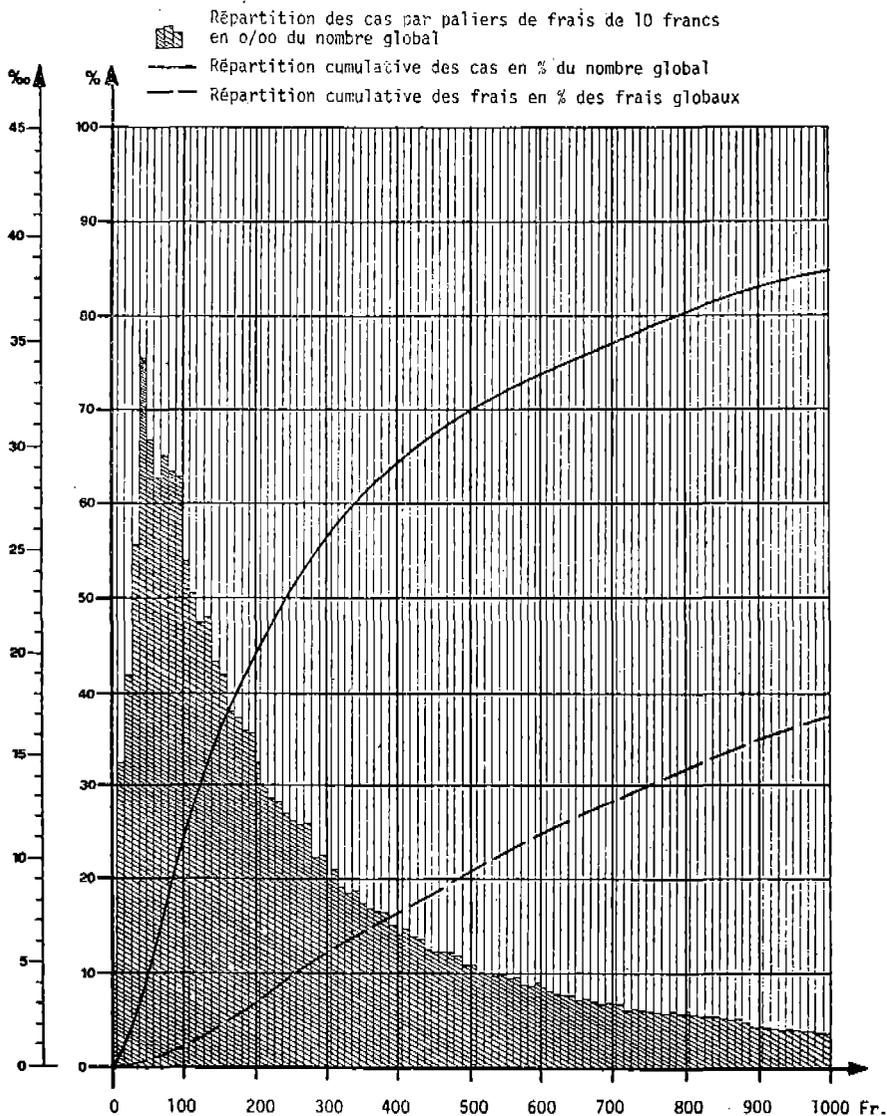
Graphique 3



Source: Caisse-maladie CMB

# Répartition de l'ensemble des frais médico-pharmaceutiques pour 1978

Graphique 4



Source : Caisse-maladie CMB

# Loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents

*Projet*

## Modification du

### (Révision partielle de l'assurance-maladie)

---

*L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,  
vu le message du Conseil fédéral du 19 août 1981<sup>1)</sup>,  
arrête:*

## I

La loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents<sup>2)</sup> est modifiée comme il suit:

### *Titre*

Loi fédérale sur l'assurance-maladie et maternité (LAMM)

### *Préambule*

vu les articles 34<sup>bis</sup> et 34<sup>quinquies</sup>, 4<sup>e</sup> alinéa, de la constitution;

### *Modifications rédactionnelles*

La référence au titre premier est biffée dans les articles 27, 1<sup>er</sup> alinéa, 2<sup>e</sup> phrase, et 33, 1<sup>er</sup> alinéa, 1<sup>re</sup> phrase.

### *Titre de la subdivision*

## **Chapitre premier: Principes (nouveau)**

### *Article premier*

A. But  
et objet

<sup>1)</sup> La Confédération encourage l'assurance-maladie avec la collaboration des cantons. Elle veille, notamment par l'allocation de subsides, à ce que la population puisse s'assurer à des conditions supportables et à ce que les charges soient réparties équitablement.

<sup>2)</sup> L'assurance-maladie comprend l'assurance-maternité.

<sup>1)</sup> FF 1981 II 1069

<sup>2)</sup> RS 832.01

<sup>3</sup> L'accident est assimilé à la maladie, quant au genre et au montant des prestations, lorsqu'il n'est pris en charge par aucune autre assurance.

<sup>4</sup> L'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques est facultative, sous réserve de l'article 2. L'assurance d'une indemnité journalière est obligatoire pour les travailleurs occupés en Suisse.

*Art. 2, titre marginal et 1<sup>er</sup> al., let. a, et al. 2<sup>bis</sup> (nouveau)*

B. Collabora-  
tion des can-  
tons

<sup>1</sup> Les cantons peuvent :

- a. Déclarer obligatoire l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, en général ou pour certaines catégories de personnes;

<sup>2bis</sup> Les cantons prennent en charge une partie des subsides fédéraux et versent eux-mêmes pour les assurés à ressources modestes des subsides destinés à réduire la charge financière qui résulte pour eux de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques.

*Titre de la subdivision*

## **Chapitre 2:**

### **Assurance des soins médicaux et pharmaceutiques et assurance facultative d'une indemnité journalière**

*Art. 2<sup>bis</sup> (nouveau)*

A. Caisses-  
maladie

<sup>1</sup> L'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques et l'assurance facultative d'une indemnité journalière prévues par la présente loi sont pratiquées par les caisses-maladie reconnues (caisses).

<sup>2</sup> Les caisses sont reconnues par le Conseil fédéral lorsqu'elles satisfont aux exigences de la présente loi. Elles reçoivent des subsides des pouvoirs publics. Pour le reste, elles s'organisent à leur gré.

*Art. 3, al. 4<sup>bis</sup> (nouveau)*

<sup>4bis</sup> Elles peuvent gérer des assurances complémentaires dans le domaine de l'assurance en cas de maladie et de maternité. Elles réglementent ces assurances et peuvent, ce faisant, déroger à la présente loi en ce qui concerne l'admission des assurés, le droit aux prestations et l'échelonnement des cotisations; sont réservés les cas où la loi prévoit expressément qu'une de ses dispositions s'applique aussi aux assurances complémentaires.

*Art. 5*

C. Droit à  
l'affiliation  
I. En général

<sup>1</sup> Toute personne résidant en Suisse a le droit de s'affilier à une caisse dont elle remplit les conditions statutaires d'admission. Elle a le libre choix entre les assurances pratiquées par la caisse.

<sup>2</sup> Les caisses sont tenues d'admettre tout candidat qui n'a pas atteint l'âge donnant droit à une rente de l'AVS et qui remplit les autres conditions statutaires d'admission. Elles ne peuvent refuser son affiliation pour des raisons de santé, pour cause de grossesse ou pour des motifs tenant au mode de vie, tels que l'accomplissement d'une peine privative de liberté. Elles ne sauraient non plus invoquer comme motif de refus l'appartenance religieuse ou politique du candidat qui demande à entrer dans une caisse de son lieu de résidence s'il ne peut s'affilier à aucune caisse du même lieu dont il remplit les conditions générales d'admission.

<sup>3</sup> Lorsque le candidat est âgé de plus d'un an, les caisses peuvent, par une réserve, excepter de l'assurance les maladies qui existent au moment de l'admission; il en est de même des maladies antérieures dont l'expérience montre qu'elles peuvent donner lieu à des rechutes. La réserve est caduque au plus tard après cinq ans pour les adultes et deux ans pour les enfants.

<sup>4</sup> Les caisses qui assurent tant les enfants que les adultes pour les soins médicaux et pharmaceutiques doivent admettre sans nouvelle réserve dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques des adultes les enfants qui sortent de l'assurance infantile en raison de leur âge.

<sup>5</sup> Sont réputés enfants les assurés jusqu'à l'âge de seize ans révolus.

*Art. 6<sup>bis</sup>*

II c. Cotisations

<sup>1</sup> Les cotisations sont fixées séparément pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, l'assurance d'une indemnité journalière et chaque assurance complémentaire, de telle manière que chacun de ces genres d'assurance se suffise à lui-même et que les réserves nécessaires puissent être constituées.

<sup>2</sup> Les cotisations peuvent être échelonnées d'après l'âge d'entrée, le sexe et les différences de frais dues aux conditions locales. Les personnes qui ne sont pas couvertes par une autre assurance contre les accidents peuvent être tenues de payer un supplément. Lorsque les rémunérations des médecins sont fixées d'après le revenu et la fortune des assurés (art. 22 à 22<sup>ter</sup>), les cotisations doivent être échelonnées en conséquence. Lorsque l'assurance est fondée sur les rapports de travail, les cotisations peuvent être échelonnées d'après le montant du salaire.

<sup>3</sup> Les cotisations des femmes ne peuvent dépasser de plus de dix pour cent celles des hommes.

<sup>4</sup> Pour les enfants, les caisses ne peuvent prélever au plus que les cotisations correspondant au risque, diminuées du subsidé fédéral pour enfants (art. 37, 1<sup>er</sup> al.). Les cotisations ne peuvent pas être échelonnées d'après l'âge d'entrée ou le sexe.

<sup>5</sup> Les cotisations des assurés âgés de moins de vingt-cinq ans peuvent être plus basses que celles des autres adultes. Elles doivent cependant être plus élevées que celles des enfants.

#### Art. 11

##### IV. Exclusion d'un assuré

<sup>1</sup> Les caisses ne peuvent exclure aucun membre en raison de son mode de vie ou pour des motifs politiques ou religieux.

<sup>2</sup> Lorsqu'une caisse entend exclure un membre parce que, même après sommation, il ne paie pas les cotisations ou la participation aux frais qu'il est tenu de verser pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, elle doit l'annoncer à l'autorité compétente du canton de domicile de cet assuré. Celle-ci fait savoir à la caisse, dans les trois mois, si elle prend en charge les cotisations et la participation aux frais. Si cette prise en charge est refusée, la caisse peut exclure le membre.

#### Art. 12

##### D. Prestations assurées

##### I. Soins médicaux et pharmaceutiques

<sup>1</sup> Au titre de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques les caisses doivent prendre en charge au moins:

1. En cas de soins ambulatoires:
  - a. Les examens et les traitements auxquels procède un médecin ou, dans les limites du 2<sup>e</sup> alinéa, un dentiste;
  - b. Les traitements et les soins administrés, sur prescription d'un médecin ou d'un dentiste, par le personnel paramédical ou le personnel prodiguant des soins à domicile;
  - c. Les examens et les traitements auxquels procède un chiropraticien au sens de l'article 21, 4<sup>o</sup> alinéa;
  - d. Les médicaments et les analyses ordonnés par un médecin ou un dentiste, ainsi que les moyens et appareils nécessaires au traitement de l'assuré.
2. En cas de soins hospitaliers, le forfait pour frais de traitement en division commune (art. 19<sup>bis</sup> et 22<sup>quintés</sup>);
3. En cas de cure balnéaire ordonnée par le médecin pour le traitement d'une maladie ou consécutivement à celle-ci, une contribution aux frais de cure;

4. Certains examens destinés à détecter à temps les maladies ainsi que des mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés;
  5. Des mesures de réadaptation médicale.
- <sup>2</sup> Les soins dentaires au sens du 1<sup>er</sup> alinéa comprennent la chirurgie dentaire et les prestations apparentées, ainsi que le traitement de lésions dentaires causées par un accident, lorsque celles-ci ne sont prises en charge par aucune autre assurance.
- <sup>3</sup> Les prestations pour soins médicaux et pharmaceutiques en cas de soins ambulatoires ou hospitaliers sont accordées sans limite de durée.
- <sup>4</sup> Le Conseil fédéral fixe le montant et la durée du versement de la contribution aux frais de cure.
- <sup>5</sup> Le Conseil fédéral peut, sur préavis de commissions de spécialistes nommées par lui, désigner en détail les prestations de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. Il peut exclure de ces prestations des méthodes d'examen ou de traitement nouvelles ou déjà appliquées qui ne sont pas scientifiquement reconnues, pas appropriées à leur but ou pas économiques. Il peut, en particulier, exclure ou réduire les prestations pour des examens ou des traitements qui ne portent plus, ou en partie seulement, sur une maladie.
- <sup>6</sup> Le Conseil fédéral établit, sur préavis de la Commission des médicaments, une liste des médicaments, des analyses et des moyens et appareils que les caisses doivent prendre en charge (prestations obligatoires), ainsi qu'une liste des médicaments et préparations qu'elles ne peuvent pas prendre en charge, même à titre facultatif. Les autres médicaments peuvent être pris en charge à titre facultatif, mais seulement jusqu'à concurrence de la moitié de leur prix. Ne peuvent être inscrits sur la liste des prestations obligatoires que les médicaments, les analyses et les moyens et appareils dont l'usage est scientifiquement reconnu, approprié et économique.
- <sup>7</sup> Le Conseil fédéral nomme les commissions de spécialistes et la Commission des médicaments. Il peut confier les tâches prévues par les 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> alinéas au Département fédéral de l'intérieur ou, lorsqu'elles consistent à déterminer des prestations obligatoires, à l'Office fédéral des assurances sociales.

*Art. 12<sup>bis</sup>*

II. Indemnité  
journalière

<sup>1</sup> Les caisses allouent les prestations de l'assurance facultative d'une indemnité journalière lorsque l'assuré présente une incapacité de travail de la moitié au moins. Elles fixent l'indemnité

journalière assurable et la durée de son versement. En cas de maternité, cette durée est celle que prévoit l'article 14, 6<sup>e</sup> alinéa.

<sup>2</sup> Les personnes n'exerçant pas d'activité lucrative peuvent aussi adhérer à l'assurance facultative d'une indemnité journalière, dans la mesure où cette assurance n'est pas de nature à leur procurer un gain.

<sup>3</sup> Les enfants ne peuvent pas être assurés pour une indemnité journalière.

<sup>4</sup> Si l'assuré a provoqué ou aggravé intentionnellement ou par une négligence coupable l'atteinte à la santé ou si, malgré une mise en demeure, il ne s'est pas soumis aux prescriptions du médecin, la caisse peut réduire ou, dans les cas particulièrement graves, refuser l'indemnité journalière.

<sup>5</sup> Si l'assuré doit pourvoir à l'entretien de proches, la réduction n'excédera pas la moitié du montant de l'indemnité journalière. Celle-ci ne peut être ni réduite, ni refusée pendant que l'assuré suit, sur prescription médicale, un curc de désintoxication.

#### *Art. 12<sup>ter</sup>*

#### III. Assurances complémentaires

##### 1. Frais de traitement dentaire

<sup>1</sup> Les caisses accordent aux membres assurés pour les soins médicaux et pharmaceutiques la faculté d'adhérer à une assurance complémentaire pour les traitements dentaires qui ne sont pas couverts en vertu de l'article 12, 2<sup>e</sup> alinéa.

<sup>2</sup> Cette assurance est accessible à tout membre qui est assuré pour les soins médicaux et pharmaceutiques et dont la denture est saine ou a été remise en état.

<sup>3</sup> L'assurance prend en charge un contrôle annuel de la denture et au moins la moitié des frais de traitement dus selon le tarif applicable. Le Conseil fédéral peut fixer des montants maximaux pour traitements et prothèses.

#### *Art. 12<sup>quater</sup> (nouveau)*

##### 2. Séjour dans un établissement hospitalier

<sup>1</sup> Les caisses accordent aux membres assurés pour les soins médicaux et pharmaceutiques la faculté d'adhérer à une assurance complémentaire qui prend en charge le forfait pour frais de pension prévu à l'article 22<sup>sexies</sup>, 1<sup>er</sup> alinéa. Cette assurance complémentaire alloue ses prestations sans limite de durée.

<sup>2</sup> Les dispositions de la présente loi relatives à l'admission et aux cotisations sont applicables par analogie. Aucune nouvelle réserve ne peut être imposée en cas d'augmentation du forfait pour frais de pension.

<sup>3</sup> Le forfait pour frais de pension est versé en cas de maladie et de maternité, ainsi qu'en cas d'accident lorsque celui-ci n'est pris en charge par aucune autre assurance.

*Art. 13, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> al.*

<sup>2</sup> Au surplus, les soins médicaux et pharmaceutiques doivent être accordés dès le début de la maladie lorsque celle-ci a été déclarée conformément aux statuts.

<sup>3</sup> *Abrogé*

*Art. 14, 2<sup>e</sup> al., ch. 3, let. c (nouvelle) et ch. 4, 4<sup>e</sup> à 6<sup>e</sup> al. et 7<sup>e</sup> al. (nouveau)*

<sup>2</sup> Les prestations aux femmes assurées pour les soins médicaux et pharmaceutiques doivent comprendre en outre:

3. Une contribution fixée par le Conseil fédéral:

c. Aux frais occasionnés à domicile par les soins de la mère et de l'enfant pendant une durée limitée après l'accouchement.

4. Au plus quatre examens de contrôle pendant la grossesse et un pendant les huit semaines qui suivent l'accouchement.

<sup>4</sup> L'assurée qui cesse totalement ou partiellement d'exercer une activité lucrative moins de huit semaines avant l'accouchement ne peut subir de ce fait aucune réduction de l'indemnité journalière. Elle n'a droit à cette prestation que dans la mesure où elle ne se livre à aucune activité préjudiciable à sa santé.

<sup>5</sup> La caisse verse une indemnité journalière aux femmes qui ne sont pas obligatoirement assurées pour une indemnité journalière en vertu de l'article 40a. Elle verse une indemnité d'allaitement aux assurées qui allaitent totalement ou partiellement leur enfant pendant dix semaines. Le Conseil fédéral fixe le montant de l'indemnité journalière et de l'indemnité d'allaitement.

<sup>6</sup> Les frais occasionnés par les examens de contrôle et les soins qui sont en rapport avec la maternité doivent être pris en charge dès le début de la grossesse et pendant les huit semaines qui suivent l'accouchement. La durée de l'indemnité journalière est de seize semaines, dont huit au moins après l'accouchement. Elle ne peut être imputée sur la durée des prestations en cas de maladie et l'indemnité doit être versée même après l'expiration de cette durée.

<sup>7</sup> Les femmes qui ne sont pas assurées pour les soins médicaux et pharmaceutiques et dont le revenu et la fortune à prendre en compte n'atteignent pas un certain montant, fixé par le Conseil fédéral, reçoivent les prestations en cas de maternité si, lors de

l'accouchement, elles sont domiciliées en Suisse depuis au moins 270 jours sans interruption. Ces prestations sont allouées à raison des quatre cinquièmes. Les intéressées peuvent exercer leur droit contre paiement d'une taxe appropriée, auprès de n'importe quelle caisse de leur lieu de résidence. Les tarifs, les taux de prestations et les règles de procédure valables pour la caisse choisie sont applicables.

*Art. 14<sup>bis</sup>*

VII. Participa-  
tion aux frais

<sup>1</sup> Les caisses sont tenues d'imposer aux assurés une participation aux frais. Celle-ci est la même pour les deux sexes et s'élève, pour les adultes, à vingt pour cent des prestations de soins médicaux et pharmaceutiques, mais ne peut dépasser un montant annuel maximal fixé par le Conseil fédéral. Pour les enfants, le taux est de dix pour cent et le montant maximal est réduit de moitié.

<sup>2</sup> Aucune participation aux frais ne peut être exigée:

- a. En cas de séjour dans un établissement hospitalier;
- b. Pour les examens préventifs et les mesures de contrôle;
- c. En cas de maternité.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral peut mettre à la charge des assurés adultes, pour des prestations déterminées, un montant fixe supplémentaire ou une participation aux frais plus élevée. Il peut réduire ou supprimer la participation aux frais pour des traitements prolongés et coûteux.

<sup>4</sup> Les caisses peuvent donner à leurs membres la possibilité de conclure une assurance dans laquelle ils prennent en charge, par année, un montant déterminé (franchise) au moins équivalent à la participation aux frais. La prime doit être réduite en conséquence. Les caisses réglementent le passage d'un mode de participation aux frais à l'autre.

*Art. 18*

II. Médecins-  
conseils

<sup>1</sup> Les caisses désignent des médecins-conseils, chargés notamment de vérifier si les traitements sont appropriés et économiques.

<sup>2</sup> Les médecins, les pharmaciens, les chiropraticiens, les sages-femmes, le personnel paramédical, les laboratoires et les établissements hospitaliers doivent donner aux médecins-conseils les renseignements nécessaires.

*Art. 19<sup>bis</sup>*

IV. Choix de  
l'établissement  
hospitalier;  
prise en charge  
des frais

<sup>1</sup> L'assuré a le libre choix parmi les établissements hospitaliers suisses appropriés au traitement de sa maladie. Sont réputés établissements hospitaliers les établissements et les divisions de

ceux-ci qui servent au traitement hospitalier de malades, sont placés en permanence sous direction médicale et disposent d'un personnel soignant approprié et spécialement formé ainsi que d'équipements médicaux adéquats.

<sup>2</sup> Si l'assuré se rend à son lieu de résidence, aux environs de celui-ci ou, pour des raisons médicales, en un autre lieu, dans un établissement hospitalier où l'on soigne les membres des caisses conformément à la présente loi, la caisse prend en charge le forfait pour frais de traitement qui lui est applicable dans cet établissement.

<sup>3</sup> Si l'assuré se rend dans un autre établissement hospitalier, la caisse prend en charge le forfait pour frais de traitement applicable dans l'établissement hospitalier correspondant qui est le plus proche du lieu de résidence de l'assuré et soigne les membres des caisses conformément à la présente loi.

<sup>4</sup> Lorsque le médecin a ordonné une cure balnéaire, l'assuré a le libre choix entre les établissements de cure. Le Conseil fédéral détermine les conditions que doivent remplir les établissements de cure en ce qui concerne la direction médicale, les traitements et les eaux thermales. Le Département fédéral de l'intérieur est compétent pour agréer les établissements de cure.

<sup>5</sup> Les cantons dressent, après avoir consulté les représentants des caisses, une liste des établissements hospitaliers situés sur leur territoire en les classant par catégories.

*Art. 21, 1<sup>er</sup> al., 2<sup>e</sup> phrase (nouvelle), 4<sup>e</sup> al., 2<sup>e</sup> phrase, 5<sup>e</sup> al., 2<sup>e</sup> phrase, 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> al. (nouveaux)*

<sup>1</sup> ... Sous réserve de prescriptions spéciales, les dispositions de la présente loi valables pour les médecins sont applicables par analogie aux dentistes.

<sup>4</sup> ... Les articles 15, 1<sup>er</sup> alinéa, 16, 1<sup>er</sup> alinéa, et 17, 1<sup>er</sup> alinéa, sont applicables par analogie.

<sup>5</sup> ... Les articles 15, 1<sup>er</sup> alinéa, 16, 1<sup>er</sup> alinéa, et 17, 1<sup>er</sup> alinéa, sont applicables par analogie.

<sup>6</sup> Après avoir consulté les cantons et les organisations intéressées, le Conseil fédéral édicte, pour le personnel paramédical, y compris le personnel prodiguant des soins à domicile, et les laboratoires qui font des analyses sous la direction d'une personne ayant reçu une formation scientifique, des prescriptions sur l'autorisation de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie et sur leur champ d'activité. Sont réservées les dispositions cantonales plus

restrictives. Les articles 15, 1<sup>er</sup> alinéa, 16, 1<sup>er</sup> alinéa, et 17, 1<sup>er</sup> alinéa, sont applicables par analogie.

<sup>7</sup> Le Conseil fédéral peut prévoir des contrôles scientifiques systématiques pour les analyses effectuées par les médecins et les laboratoires qui pratiquent pour le compte de l'assurance-maladie.

*Art. 22, 3<sup>e</sup> al., 3<sup>e</sup> phrase*

<sup>3</sup> ... Les conventions doivent être approuvées par le gouvernement cantonal, qui vérifie si les taxes et les autres clauses sont économiques et conformes à la loi et à l'équité.

*Art. 22<sup>bis</sup>, 7<sup>e</sup> al., 2<sup>e</sup> phrase*

<sup>7</sup> ... Dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques et dans l'assurance d'une indemnité journalière, le médecin doit fournir au débiteur des honoraires toutes les indications nécessaires pour fixer les prestations et vérifier si le traitement est économique.

*Art. 22<sup>quater</sup>*

II. Autres tarifs  
pour traite-  
ments ambu-  
latoires

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral fixe, après avoir consulté la Commission des médicaments, les tarifs pour les médicaments, les analyses ainsi que les moyens et appareils pris en charge par les caisses. Ce faisant, il s'efforce de maintenir les frais dans des limites supportables pour les caisses et de garantir aux assurés des soins suffisants et appropriés. Il peut confier cette tâche au Département fédéral de l'intérieur ou à l'Office fédéral des assurances sociales. Les tarifs pour les analyses peuvent être réduits de dix pour cent au plus par convention ou, en l'absence de convention, par décision du gouvernement cantonal.

<sup>2</sup> Les tarifs pour les prestations des chiropraticiens, des sages-femmes et du personnel paramédical, ainsi que pour les traitements ambulatoires dispensés par les établissements hospitaliers sont fixés par conventions passées avec les caisses. Si aucune convention n'est conclue, le gouvernement cantonal établit les tarifs, après avoir consulté les intéressés.

<sup>3</sup> Les conventions que les caisses passent avec les pharmaciens, les chiropraticiens, les sages-femmes, le personnel paramédical, les laboratoires et les établissements hospitaliers doivent être approuvées par le gouvernement cantonal. Celui-ci vérifie si les taxes et les autres clauses sont économiques et conformes à la loi et à l'équité.

<sup>4</sup> L'article 22<sup>bis</sup>, 7<sup>e</sup> alinéa, est applicable par analogie. L'assuré peut demander que le pharmacien ne lui présente sa facture qu'après la fin du traitement.

*Art. 22<sup>quinqutes</sup>*

III. Indemnisation en cas de séjour dans un établissement hospitalier

1. Forfait pour frais de traitement

<sup>1</sup> Le forfait pour frais de traitement (art. 12, 1<sup>er</sup> al., ch. 2) couvre une partie des frais d'exploitation de l'établissement hospitalier par journée de soins et par patient dans la division commune. Les frais d'investissement et les frais de formation et de recherche ne peuvent pas être pris en compte.

<sup>2</sup> Le forfait pour frais de traitement est fixé par convention entre les caisses et l'établissement hospitalier. Cette convention doit être approuvée par le gouvernement cantonal. Celui-ci vérifie si elle est économique et conforme à la loi et à l'équité. Si aucune convention n'est conclue, le gouvernement cantonal fixe, après avoir consulté les intéressés, le forfait applicable aux établissements hospitaliers qui soignent les membres des caisses conformément à la présente loi.

<sup>3</sup> Les établissements hospitaliers calculent leurs frais d'après les principes reconnus de la comptabilité analytique. Le gouvernement cantonal et les caisses peuvent consulter les comptes et autres pièces.

<sup>4</sup> Un forfait pour frais de traitement plus élevé peut être appliqué aux assurés qui ne résident pas dans le canton où se trouve l'établissement hospitalier. Les forfaits pour frais de traitement et pour frais de pension ne peuvent toutefois dépasser ensemble la totalité des frais d'exploitation par journée de soins et par patient dans la division commune.

<sup>5</sup> Lorsque l'assuré se fait soigner dans la division privée, l'établissement hospitalier peut calculer ses prestations selon d'autres principes. Il ne peut toutefois dépasser, pour chaque prestation, les tarifs applicables aux traitements ambulatoires.

<sup>6</sup> Le Conseil fédéral fixe, après avoir consulté les intéressés, le genre et le montant des prestations allouées par les caisses en cas de séjour partiel dans un établissement hospitalier et de séjour dans des institutions et homes qui, sans être des établissements hospitaliers, prodiguent des soins médicaux à leurs pensionnaires.

*Art. 22<sup>sextes</sup> (nouveau)*

2. Forfait pour frais de pension

<sup>1</sup> En plus du forfait pour frais de traitement, l'assuré doit prendre en charge un forfait pour frais de pension fixé par le Conseil fédéral.

<sup>2</sup> L'établissement hospitalier peut augmenter le forfait pour frais de pension lorsqu'un assuré bénéficiant d'une rente de l'AVS, de l'AI, de l'assurance-accidents obligatoire ou de l'assurance militaire et n'ayant ni ménage propre, ni obligation d'entretien séjourne, sans interruption notable, pendant plus de six mois dans l'établissement. Celui-ci ne peut toutefois demander des forfaits pour frais de traitement et frais de pension qui dépassent ensemble le montant demandé aux patients qui ne sont pas assurés par une caisse. Dans tous les cas, il convient de laisser à l'assuré un montant convenable pour ses besoins personnels.

<sup>3</sup> En cas de séjour dans la division commune, tous les droits de l'établissement hospitalier sont épuisés lorsqu'il a reçu les forfaits pour frais de traitement et pour frais de pension.

*Art. 22<sup>septies</sup> (nouveau)*

IV. Harmonisation et coordination des tarifs

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral peut établir des principes visant à ce que les tarifs pour traitements ambulatoires soient calculés sur la base d'une saine gestion d'entreprise et aménagés de manière appropriée. Il veille à la coordination avec les régimes tarifaires d'autres branches des assurances sociales.

<sup>2</sup> Il peut fixer des taux indicatifs pour des prestations ou des traitements déterminés, notamment pour des prestations à caractère technique requérant l'usage d'appareils. Pour les prestations de maternité, il peut fixer des taux maximaux et des taux indicatifs.

<sup>3</sup> Il peut faire procéder à des comparaisons de frais d'exploitation entre établissements hospitaliers. Les cantons et lesdits établissements doivent fournir les pièces nécessaires à cet effet.

*Art. 22<sup>octies</sup> (nouveau)*

V. Droit de recours

Les dispositions et les décisions des gouvernements cantonaux fondées sur les articles 22 à 22<sup>quinquies</sup> peuvent faire l'objet d'un recours au Conseil fédéral.

*Art. 23, titre marginal et 1<sup>er</sup> al., 2<sup>e</sup> phrase (nouvelle), et 2<sup>e</sup> al. (nouveau)*

VI. Traitement économique

<sup>1</sup> ... Les caisses peuvent exiger de ces personnes ou de ces institutions qu'elles restituent des sommes versées pour les prestations dépassant cette limite.

<sup>2</sup> L'assuré doit recevoir une facture détaillée.

*Art. 25, al. 4<sup>bis</sup> (nouveau)*

4<sup>bis</sup> Les cantons peuvent confier les tâches du tribunal arbitral au tribunal cantonal des assurances; celui-ci sera complété par un représentant de chacune des parties.

*Art. 26, 1<sup>er</sup>, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> al.*

<sup>1</sup> L'assurance ne peut être une source de gain pour l'assuré. Le Conseil fédéral détermine en détail les cas où il y a surassurance; pour les femmes tenant un ménage et les indépendants, en particulier, il tient aussi compte des dépenses dues à l'engagement d'une personne les remplaçant.

<sup>3</sup> Lorsque d'autres assureurs ou des services de santé publique sont également tenus à prestation, les caisses accordent leurs prestations au plus dans la mesure où, compte tenu des autres prestations, l'assurance n'est pas une source de gain pour l'assuré.

<sup>4</sup> Le Conseil fédéral règle les rapports entre l'assurance-maladie et les autres assurances sociales, notamment en ce qui concerne:

- a. L'obligation d'accorder des avances pour les frais médicaux et pharmaceutiques et pour l'indemnité journalière, ainsi que la prise en charge ultérieure des prestations allouées d'avance;
- b. L'annonce réciproque de la fixation et de la modification des prestations;
- c. La délimitation de l'obligation d'allouer les prestations en cas de concours entre un accident et une maladie;
- d. Le droit de recours des caisses contre les décisions prises dans le domaine d'une autre assurance sociale.

*Art. 30<sup>ter</sup>*

3. Recours au Tribunal fédéral des assurances

Les décisions des tribunaux arbitraux et des tribunaux des assurances cantonaux peuvent faire l'objet d'un recours de droit administratif, au sens de la loi d'organisation judiciaire<sup>1)</sup>, auprès du Tribunal fédéral des assurances.

*Art. 32*

VII. Recours contre le tiers responsable

Les caisses sont subrogées, jusqu'à concurrence de leurs prestations, aux droits de l'assuré contre le tiers responsable. Les articles 48<sup>ter</sup> à 48<sup>sexies</sup> de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants<sup>2)</sup> (LAVS) et 52 de la loi sur l'assurance-invalidité<sup>3)</sup> (LAI) sont applicables par analogie.

1) RS 173.110

2) RS 831.10

3) RS 831.20

*Art. 33, titre marginal*

VIII. Surveil-  
lance; mesures  
d'ordre

*Art. 34, titre marginal*

IX. Renoncia-  
tion à la recon-  
naissance.  
Nouvelle  
reconnaissance

*Art. 35*

M. Subsidés  
des pouvoirs  
publics  
I. Subsidés  
fédéraux  
1. Compensa-  
tion des  
charges

<sup>1</sup> La Confédération alloue aux caisses un subside annuel pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, destiné à faciliter une répartition équitable des charges entre les membres. Le montant versé à chaque caisse est fixé d'après le nombre de membres qui bénéficient d'une rente de l'AI ou d'une rente de vieillesse de l'AVS.

<sup>2</sup> Le subside pour un assuré bénéficiant d'une rente de l'AI est le double de celui qui est prévu pour un assuré recevant une rente de vieillesse de l'AVS.

*Art. 36*

2. Subsidés  
pour les  
femmes  
a. Maternité

La Confédération rembourse aux caisses les prestations qu'elles allouent en cas de maternité conformément à l'article 14.

*Art. 36<sup>bis</sup> (nouveau)*

b. Compensa-  
tion des frais

La Confédération alloue aux caisses un subside annuel pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, destiné à compenser partiellement les frais médicaux et pharmaceutiques plus élevés qu'occasionnent les femmes. Le subside versé à chaque caisse se détermine d'après le nombre de femmes assurées. Lors de sa fixation, il est tenu compte de la différence moyenne existant en Suisse entre hommes et femmes quant aux frais de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques.

*Art. 37*

3. Subsidés  
pour les  
enfants

<sup>1</sup> La Confédération alloue aux caisses un subside annuel pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, destiné à réduire les cotisations des enfants.

<sup>2</sup> En outre, la Confédération prend en charge, par famille, les cotisations pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques du troisième enfant et des suivants. Ce faisant, elle tient compte des enfants de moins de 25 ans qui parachèvent encore leur formation.

<sup>3</sup> Aucun subside n'est alloué en vertu du présent article pour les enfants qui sont couverts par une assurance comprenant une franchise (art. 14<sup>bis</sup>, 4<sup>e</sup> al.).

*Art. 37<sup>bis</sup> (nouveau)*

4. Indemnités  
annuelles

Dans les régions de montagne au sens de la loi du 28 juin 1974<sup>1)</sup> sur l'aide en matière d'investissements dans les régions de montagne, la Confédération prend en charge la moitié des indemnités annuelles versées aux médecins par les cantons, les communes ou les caisses.

*Art. 38*

II. Subsidés  
cantonaux

<sup>1</sup> Les cantons allouent des subsides destinés à réduire les cotisations des assurés à ressources modestes. Ils définissent le cercle de ces assurés et le montant de la réduction.

<sup>2</sup> De plus, les cantons prennent en charge les cotisations pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques et les participations aux frais dont le paiement mettrait l'assuré ou celui à qui incombe l'obligation d'entretien dans une situation intolérable.

<sup>3</sup> Dans les cantons à faible capacité financière qui comprennent d'importantes zones de montagne, la Confédération prend en charge une partie des subsides prévus au 1<sup>er</sup> alinéa. Le montant de cette participation est fixé par arrêté fédéral simple. Le Conseil fédéral désigne les cantons qui en bénéficient et le taux de sa contribution. Il peut subordonner celle-ci à une réduction minimale des cotisations par le canton.

*Art. 38<sup>bis</sup>*

III. Montant  
des subsides  
fédéraux

<sup>1</sup> Les subsides annuels alloués par la Confédération en vertu des articles 36, 37, 2<sup>e</sup> alinéa, et 37<sup>bis</sup> sont fixés d'après les dépenses et les cotisations manquantes de l'année civile précédente.

<sup>2</sup> Le montant des subsides annuels alloués par la Confédération en vertu des articles 35, 36<sup>bis</sup> et 37, 1<sup>er</sup> alinéa, est fixé par arrêté fédéral simple valable trois ans. Il est tenu compte de l'évolution des coûts dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, ainsi que de la situation financière de la Confédération.

*Art. 38<sup>ter</sup> (nouveau)*

IV. Participa-  
tion des can-  
tons aux subsi-  
des fédéraux

<sup>1</sup> Les cantons participent à raison de 50 pour cent aux subsides fédéraux prévus à l'article 38<sup>bis</sup>.

<sup>2</sup> La part de chaque canton est fixée notamment d'après:

- a. Les prestations légales pour soins médicaux et pharmaceutiques que les caisses allouent aux assurés dans le canton;

<sup>1)</sup> RS 901.1

- b. La différence entre les prestations par assuré et la moyenne suisse;
- c. Les dépenses du canton pour les hôpitaux et pour la réduction des cotisations des assurés à ressources modestes.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral règle les détails, après avoir consulté les cantons.

*Art. 39*

N. Assurance-maladie et santé publique  
I. Coordination.  
Statistiques

<sup>1</sup> La Confédération encourage, avec le concours des cantons, la collaboration entre les personnes et institutions qui participent à la gestion de l'assurance-maladie. Elle peut s'associer à des institutions œuvrant à cette fin ou passer avec elles des accords de collaboration.

<sup>2</sup> La Confédération peut procéder ou faire procéder à des enquêtes statistiques dans le domaine de l'assurance-maladie. Les caisses, les médecins, les pharmaciens, les chiropraticiens, les sages-femmes, le personnel paramédical, les laboratoires et les établissements hospitaliers, ainsi que les organisations qui les représentent, doivent collaborer à ces enquêtes et fournir les indications nécessaires.

*Art. 39<sup>bis</sup> (nouveau)*

II. Commission fédérale de l'assurance-maladie

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral nomme une Commission de l'assurance-maladie. La Confédération, les cantons et les organisations et institutions intéressées y sont équitablement représentés.

<sup>2</sup> La Commission donne son préavis au Conseil fédéral sur des questions touchant la pratique et le développement de l'assurance-maladie, ainsi que sur les problèmes de politique de la santé qui s'y rapportent. Le Conseil fédéral peut lui confier d'autres tâches. La commission peut, de sa propre initiative, soumettre des propositions au Conseil fédéral.

*Titre de la subdivision*

**Chapitre 3:**

**Assurance obligatoire d'une indemnité journalière (nouveau)**

**Section 1: Assujettissement**

*Art. 40a*

Assurés

<sup>1</sup> Sont assurés à titre obligatoire pour une indemnité journalière les travailleurs occupés en Suisse qui ne bénéficient pas d'une rente de vieillesse de l'AVS.

<sup>2</sup> Les travailleurs occupés à l'étranger pour une durée limitée par un employeur en Suisse restent assurés. Les travailleurs occupés en Suisse pour une durée limitée par un employeur à l'étranger ne sont pas assurés. Le Conseil fédéral peut prévoir des dérogations, notamment pour les travailleurs des entreprises de transports et des administrations publiques.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral peut:

- a. Etendre l'assujettissement à l'assurance aux personnes qui sont dans une situation analogue à celle qui résulterait d'un contrat de travail;
- b. Exempter de l'assujettissement à l'assurance notamment les membres de la famille qui collaborent à l'entreprise, les personnes occupées de manière irrégulière ainsi que les employés d'organisations internationales et d'Etats étrangers.

<sup>4</sup> L'employeur peut s'assurer auprès du même assureur et aux mêmes conditions que les travailleurs qu'il occupe.

#### *Art. 40b*

Devoirs de l'employeur

L'employeur doit assurer tous les travailleurs d'une même entreprise auprès du même assureur. Les travailleurs ont le droit de participer au choix de l'assureur.

#### *Art. 40c*

Début et fin de l'assurance

<sup>1</sup> L'assurance déploie ses effets dès que le travailleur entre en service.

<sup>2</sup> Elle cesse de déployer ses effets:

- a. A l'expiration du trentième jour qui suit celui où a pris fin le droit au salaire;
- b. Pour les personnes domiciliées à l'étranger, le jour où prend fin le droit au salaire;
- c. Lorsque l'assuré atteint l'âge donnant droit à la rente de vieillesse de l'AVS.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral édicte des dispositions spéciales sur la continuation de l'assurance et l'obligation de verser des prestations lorsque l'assuré subit une incapacité de travail due à un accident, tombe au chômage ou est occupé à l'étranger par un employeur en Suisse.

#### *Art. 40d*

Passage de l'assurance obligatoire à l'assurance facultative

<sup>1</sup> Les assureurs (art. 40n) doivent admettre dans l'assurance facultative, sans égard à leur âge ou à leur état de santé, les personnes domiciliées en Suisse qui cessent d'être assurées à titre obligatoire.

Les assureurs doivent, sous réserve de surassurance, garantir à ces personnes les prestations qui leur étaient accordées jusqu'alors. Les périodes accomplies dans l'assurance obligatoire sont imputées sur la durée d'une éventuelle réserve, qui ne peut excéder cinq ans.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral règle en détail le passage d'une assurance à l'autre et édicte des dispositions notamment sur l'obligation d'informer l'assuré et sur les primes de l'assurance facultative.

## Section 2: Indemnité journalière

### Art. 40e

Droit

<sup>1</sup> L'indemnité journalière est allouée, lorsque l'assuré présente une incapacité de travail de la moitié au moins.

<sup>2</sup> L'assuré n'a pas droit aux prestations lorsqu'il a été assuré à titre obligatoire ou facultatif au sens de la présente loi pour une indemnité journalière pendant moins de trois mois au total dans les deux années qui précèdent la réalisation du risque assuré.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral peut édicter des dispositions de détail sur l'attestation de l'incapacité de travail.

### Art. 40f

Montant

<sup>1</sup> L'indemnité journalière s'élève, en cas d'incapacité totale de travail, à 80 pour cent du gain assuré. Si l'incapacité n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite proportionnellement.

<sup>2</sup> Le gain assuré déterminant pour le calcul de l'indemnité journalière correspond au dernier salaire reçu avant la réalisation du risque assuré.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral fixe le montant maximal du gain assuré et désigne les gains accessoires et les prestations de remplacement qui en font partie. Il édicte des dispositions sur le gain assuré pris en considération dans des cas spéciaux.

### Art. 40g

Réduction et refus des prestations

<sup>1</sup> Si l'assuré a provoqué ou aggravé avec intention ou par négligence coupable l'atteinte à la santé ou si, malgré une mise en demeure, il ne s'est pas soumis aux prescriptions du médecin, l'assureur peut réduire ou, dans les cas particulièrement graves, refuser l'indemnité journalière.

<sup>2</sup> Si l'assuré doit pourvoir à l'entretien de proches, la réduction n'excédera pas la moitié du montant de l'indemnité journalière. Celle-ci ne peut être ni réduite, ni refusée lorsque l'assuré suit, sur prescription médicale, une cure de désintoxication.

*Art. 40h*

Durée

<sup>1</sup> Sauf convention contraire, le droit à l'indemnité journalière naît le 31<sup>e</sup> jour qui suit le début de l'incapacité de travail.

<sup>2</sup> Le délai d'attente peut être prolongé ou réduit par convention. Il peut être prolongé jusqu'à trois mois au plus, à condition que l'employeur soit tenu de verser le salaire pendant cette période en vertu d'un contrat. Lorsque le salaire est garanti pendant une période plus longue en vertu d'une disposition légale ou d'une convention collective de travail, le délai d'attente peut être prolongé en conséquence.

<sup>3</sup> L'indemnité journalière est allouée pendant 540 jours au plus lorsque l'incapacité de travail ne subit pas d'interruption notable. Le délai d'attente est imputé sur la durée du droit aux prestations. Celui-ci s'éteint lorsque l'assuré recouvre une capacité de travail de plus de la moitié, voit naître son droit à une rente de vieillesse de l'AVS ou décède. La cessation de l'assurance n'affecte pas le droit aux prestations en cours.

<sup>4</sup> A l'expiration des 540 jours, l'assuré a droit à une indemnité journalière réduite pendant 180 jours au plus lorsqu'il ne reçoit pas une rente de l'AI, mais remplit les conditions d'obtention des prestations de cette assurance et s'est annoncé pour les recevoir. Cette indemnité journalière s'élève, en cas d'incapacité totale de travail, à 40 pour cent du gain assuré pour les personnes seules et 50 pour cent pour celles qui ont une obligation d'entretien. En cas d'incapacité partielle de travail, ladite indemnité est réduite proportionnellement.

<sup>5</sup> Le Conseil fédéral peut limiter la durée du droit à l'indemnité journalière pour les cas où l'assuré transfère son domicile à l'étranger ou bénéficie d'une rente de l'AI.

*Art. 40i*

Indemnité  
journalière  
en cas de  
maternité

<sup>1</sup> L'indemnité journalière versée en cas de maternité correspond à celle qui est prévue en cas de maladie.

<sup>2</sup> L'assurée a droit à l'indemnité journalière lorsqu'elle cesse d'exercer son activité lucrative huit semaines au plus tôt avant l'accouchement et à condition qu'elle ne se livre à aucune activité préjudiciable à sa santé.

<sup>3</sup> L'assurée reçoit l'indemnité journalière dès le jour où elle cesse entièrement ou pour la moitié au moins de travailler. Cette indemnité est versée pendant seize semaines, dont huit au moins après l'accouchement. Cette durée ne peut être imputée sur celle qui est prévue en cas de maladie et l'indemnité journalière est allouée même après son expiration.

*Art. 40k*

Subrogation et rapports avec les autres assurances sociales

<sup>1</sup> Les assureurs sont subrogés, jusqu'à concurrence de leurs indemnités journalières, aux droits de l'assuré envers l'AI.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral règle les rapports entre l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière et les autres assurances sociales.

**Section 3: Financement**

*Art. 40l*

Primes

<sup>1</sup> Les primes sont fixées en pour-mille du gain assuré (art. 40f) et selon des principes actuariels uniformes. Le taux est le même pour tous les assurés d'une même entreprise.

<sup>2</sup> La moitié des primes est à la charge de l'employeur. Sont réservés les accords plus favorables au travailleur. L'employeur doit la totalité des primes. Il déduit la part du travailleur de son salaire.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral édicte des dispositions sur le calcul et la perception des primes et sur la constitution de réserves.

*Art. 40m*

Primes spéciales

<sup>1</sup> Si l'employeur n'a pas assuré l'ensemble ou une partie des travailleurs qu'il occupe ou ne paie pas les primes, l'assureur ou la caisse supplétive (art. 40o) prélève auprès de lui, pour la durée de son omission mais pour cinq ans au plus, des primes spéciales.

<sup>2</sup> Les primes spéciales s'élèvent au montant des primes dues majoré d'un intérêt moratoire et sont doublées lorsque l'employeur s'est dérobé de manière inexcusable à l'obligation d'assurer les travailleurs ou de payer les primes. En cas de récidive, les primes spéciales peuvent être d'un montant de trois à dix fois celui des primes dues.

<sup>3</sup> Les primes spéciales ne peuvent être déduites du salaire.

## Section 4: Organisation

### Art. 40n

Assureurs

<sup>1</sup> L'assurance obligatoire d'une indemnité journalière est gérée par les caisses et les établissements soumis à la loi du 23 juin 1978<sup>1)</sup> sur la surveillance des institutions d'assurance privées qui sont autorisées à pratiquer l'assurance-maladie.

<sup>2</sup> Les assureurs qui désirent participer à la gestion de l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière doivent s'inscrire dans un registre public tenu par l'Office fédéral des assurances sociales.

### Art. 40o

Caisse  
supplétive

<sup>1</sup> Les assureurs créent une caisse supplétive sous la forme d'une fondation et en constituent les organes. L'acte de fondation et les règlements sont soumis à l'approbation du Conseil fédéral.

<sup>2</sup> Les assureurs versent à la caisse supplétive une part des primes encaissées pour l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière qui, avec les primes spéciales (art. 40m), doit couvrir toutes les dépenses.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral crée la caisse supplétive si les assureurs ne l'ont pas fait. Il édicte les prescriptions nécessaires si les assureurs ne peuvent s'entendre sur la gestion de la caisse.

<sup>4</sup> La caisse supplétive verse l'indemnité journalière légale aux travailleurs qui n'ont pas été assurés par leur employeur. Elle prend en charge les frais afférents aux indemnités journalières légales des assureurs qui sont devenus insolvable. L'employeur négligent verse à la caisse les primes spéciales (art. 40m). La caisse peut attribuer à un assureur, pour conclusion d'une assurance, les employeurs qui, même après sommation, n'ont pas assuré leurs travailleurs.

### Art. 40p

Surveillance

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral édicte des règles uniformes sur la pratique de l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière. Il peut requérir des assureurs des comptes, des statistiques et d'autres pièces ainsi que des renseignements et prendre les mesures nécessaires pour remédier aux manquements constatés.

<sup>2</sup> Les assureurs peuvent être exclus de la pratique de l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière s'ils ont gravement manqué aux prescriptions légales.

<sup>3</sup> Au surplus, la loi du 23 juin 1978<sup>1)</sup> sur la surveillance des institutions d'assurance privées s'applique à celles-ci et l'article 33 aux caisses. Le Conseil fédéral exerce en outre sur la caisse supplétive la surveillance des fondations prévue à l'article 84 du code civil<sup>2)</sup>.

*Art. 40q*

Tâches des cantons

<sup>1</sup> Les cantons renseignent les employeurs sur leur obligation d'assurer les travailleurs et veillent à ce que cette obligation soit respectée. Ils peuvent confier ces tâches à leurs caisses de compensation de l'AVS.

<sup>2</sup> De plus, le Conseil fédéral peut charger, contre indemnisation, les caisses cantonales de compensation de l'AVS d'assumer d'autres tâches ayant trait à l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière.

### Section 5: Voies de droit et dispositions pénales

*Art. 40r*

Voies de droit

Les articles 25 et 30 à 30<sup>ter</sup> s'appliquent par analogie à tous les litiges survenant dans l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière.

*Art. 40s*

Dispositions pénales

Celui qui, par des indications fausses ou incomplètes ou d'une autre manière, se dérobe partiellement ou totalement à ses obligations quant à l'assurance ou aux primes,

celui qui, en qualité d'employeur, détourne de leur but les primes qu'il a déduites du salaire,

celui qui, par des indications fausses ou incomplètes ou d'une autre manière, a obtenu, en vertu de la présente loi, pour lui-même ou pour autrui une prestation qui ne lui revient pas,

sera puni de l'emprisonnement pour six mois au plus ou d'une amende, à moins qu'il ait commis un crime ou un délit pour lequel le code pénal prévoit une peine plus lourde.

<sup>1)</sup> RS 961.01

<sup>2)</sup> RS 210

II

**Modifications d'autres lois**

1. Le code des obligations<sup>1)</sup> est modifié comme il suit:

*Art. 336e, 1<sup>er</sup> al., let. c*

<sup>1</sup> Après le temps d'essai, l'employeur ne peut pas résilier le contrat:

c. Pendant la grossesse et les seize semaines qui suivent l'accouchement d'une travailleuse;

*Art. 361, 1<sup>er</sup> al.*

<sup>1</sup> Il ne peut être dérogé aux dispositions ci-après par voie d'accord, contrat-type de travail ou convention collective, ni au détriment de l'employeur ni au détriment du travailleur:

...  
article 336e, 1<sup>er</sup> alinéa, lettres a, b et d, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> alinéas, et 336f (résiliation en temps inopportun);

...

*Art. 362, 1<sup>er</sup> al.*

<sup>1</sup> Il ne peut être dérogé aux dispositions ci-après par voie d'accord, contrat-type de travail ou convention collective, au détriment du travailleur:

...  
article 336e, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre c (résiliation en cas de grossesse et d'accouchement de la travailleuse);

...

2. La loi sur l'assurance-invalidité<sup>2)</sup> est modifiée comme il suit:

*Art. 12*

*Abrogé*

*Art. 31, 1<sup>er</sup> al., 1<sup>re</sup> phrase*

<sup>1</sup> Si l'assuré se soustrait ou s'oppose à une mesure de réadaptation ordonnée ou à un traitement médical auxquels on peut raisonnablement exiger qu'il se soumette et dont on peut attendre une amélioration notable de sa capacité de gain ou s'il ne tente pas d'améliorer celle-ci de sa propre initiative alors qu'il le

<sup>1)</sup> RS 220

<sup>2)</sup> RS 831.20

pourrait normalement, l'assurance lui enjoindra de participer à sa réadaptation en lui impartissant un délai convenable et en l'avertissant des conséquences qu'aurait sa passivité. . . .

*Art. 44<sup>bis</sup> (nouveau)*

Traitements  
médicaux

<sup>1</sup> Si aucune autre assurance ne prend en charge le traitement médical, celui-ci incombe à l'assurance-invalidité lorsqu'il ne porte pas sur l'affection comme telle, mais est directement nécessaire à la réadaptation professionnelle et de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral règle en détail le remboursement des frais.

### III

#### Dispositions transitoires

*a. Adaptation des dispositions cantonales et des statuts des caisses au nouveau droit*

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral détermine jusqu'à quelle date les cantons et les communes doivent modifier leurs dispositions d'exécution et les soumettre, lorsque la loi le requiert, à l'approbation du Conseil fédéral.

<sup>2</sup> Lorsqu'il n'est pas possible d'édicter à temps les dispositions définitives, l'autorité cantonale ou communale d'exécution peut édicter une réglementation provisoire.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral détermine jusqu'à quelle date les caisses et les fédérations de réassurance doivent modifier leurs statuts et règlements. A partir de cette date, toutes les caisses allouent leurs prestations selon le nouveau droit et reprennent, sur demande de l'assuré, le versement de celles qui sont échues en vertu de l'ancien droit, mais continueraient de courir selon le nouveau. Les prestations d'une ancienne assurance pour indemnité journalière qui sont en cours lors de la modification continuent, pendant deux ans au plus, à être allouées selon les dispositions de l'ancien droit.

*b. Traitements dans un établissement hospitalier*

A partir d'une date fixée par le Conseil fédéral, les prestations pour séjour hospitalier devront être allouées selon le nouveau droit. Avant cette date, la réglementation des taxes valable jusqu'alors s'applique sans changement aux caisses et aux établissements hospitaliers. Si elle est modifiée dans l'intervalle, elle doit être adaptée au nouveau droit.

*c. Assurances complémentaires pour frais hospitaliers*

<sup>1</sup> Les assurés peuvent, dans l'année qui suit l'entrée en vigueur de la modification, adapter au nouveau droit leurs assurances complémentaires pour frais

hospitaliers. Si cette adaptation n'étend pas la protection garantie par l'assurance existante, les caisses ne peuvent imposer de nouvelles réserves.

<sup>2</sup> Les caisses informent les assurés de ce droit dans les six mois qui suivent l'entrée en vigueur de la modification. Si une caisse omet d'informer l'assuré, celui-ci a droit, pendant deux ans, à l'adaptation rétroactive de son assurance complémentaire au nouveau droit.

*d. Subsidés fédéraux selon l'ancien droit*

<sup>1</sup> Dans l'année où la modification entre en vigueur, la Confédération alloue aux caisses et aux fédérations de réassurance un subside calculé selon les principes de l'ancien droit. Ce subside comprend:

- a. Le solde du subside dû pour l'année précédente;
- b. Un subside pour l'année en cours.

<sup>2</sup> Les subsides prévus au 1<sup>er</sup> alinéa s'élèvent ensemble à 880 millions de francs.

<sup>3</sup> Sont ainsi éteints tous les droits résultant des anciennes dispositions, sous réserve de différences que la Confédération constate lors de contrôles.

*e. Subsidés fédéraux selon le nouveau droit*

<sup>1</sup> Dans l'année qui suit celle où la modification est entrée en vigueur, la Confédération alloue les subsides selon le nouveau droit.

<sup>2</sup> Pour les deux premières années, la Confédération verse, en vertu de l'article 38<sup>bis</sup>, 2<sup>e</sup> alinéa, 675 millions de francs par an. Ce montant se répartit de la manière suivante:

	Millions de francs
En vertu de	
l'article 35 .....	140
l'article 36 <sup>bis</sup> .....	425
l'article 37, 1 <sup>er</sup> alinéa .....	90
l'article 38, 3 <sup>e</sup> alinéa .....	20

*f. Entrée en vigueur de l'article 38<sup>ter</sup>*

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral mettra l'article 38<sup>ter</sup> en vigueur au moment où la première étape de la nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons aura déchargé de manière appropriée les cantons dans d'autres domaines.

<sup>2</sup> Tant que les cantons ne participent pas encore au subside fédéral, le forfait pour frais de traitement (art. 22<sup>quinquies</sup>, 2<sup>e</sup> al.) ne peut, après une période transitoire fixée par le Conseil fédéral, couvrir plus de 60 pour cent des frais d'exploitation par journée de soins et par patient.

*g. Assurance d'une indemnité journalière*

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral fixe la date à laquelle les dispositions sur l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière prennent effet. Les contrats conclus par les employeurs en vertu de l'ancien droit pour couvrir la perte de salaire en cas de

maladie et de maternité deviennent caducs à cette date pour les travailleurs assujettis à l'assurance obligatoire. Les primes versées d'avance pour la période qui suit cette date seront restituées. Les indemnités journalières en cours lors de l'entrée en vigueur de la modification continueront d'être allouées selon le nouveau droit. La durée du versement des indemnités journalières allouées sous l'ancien droit sera imputée sur celle que fixe le nouveau.

<sup>a</sup> Les personnes assurées à titre obligatoire peuvent, dans un délai de trois mois, résilier les assurances d'une indemnité journalière existantes pour la date où la couverture de l'assurance obligatoire prend effet. Les caisses et les autres institutions d'assurance doivent informer leurs assurés en temps utile de cette possibilité de résiliation.

#### IV

#### **Référendum et entrée en vigueur**

<sup>1</sup> La présente loi est soumise au référendum facultatif.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral fixe l'entrée en vigueur.

26862

## Message sur la révision partielle de l'assurance-maladie du 19 août 1981

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1981
Année	
Anno	
Band	2
Volume	
Volume	
Heft	34
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	81.044
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	01.09.1981
Date	
Data	
Seite	1069-1215
Page	
Pagina	
Ref. No	10 103 163

Das Dokument wurde durch das Schweizerische Bundesarchiv digitalisiert.

Le document a été digitalisé par les Archives Fédérales Suisses.

Il documento è stato digitalizzato dell'Archivio federale svizzero.