

Arrêté fédéral sur des mesures temporaires contre le renchérissement de l'assurance-maladie

du 9 octobre 1992

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,
vu l'article 34^{bis} de la constitution;
vu le message du Conseil fédéral du 19 août 1992¹⁾,
arrête:

Article premier Tarifs et prix dans le domaine ambulatoire

¹ Les tarifs et les prix applicables aux prestations de l'assurance-maladie dans le domaine ambulatoire sont limités pour 1993 au niveau des tarifs et des prix en vigueur le 30 juin 1992. Pour la liste des spécialités pharmaceutiques et des médicaments confectionnés admis pour la prescription dont la prise en charge est recommandée aux caisses-maladie, la date de référence est le 15 septembre 1992.

² Lorsque la valeur du point n'a pas été adaptée lors des années 1990 à 1992 et qu'il est établi que durant cette période l'augmentation des coûts de traitement, par assuré et par année, de certains fournisseurs de prestations, n'a pas dépassé de plus d'un tiers celle de l'indice suisse des prix à la consommation, le Conseil fédéral autorisera pour 1993, en dérogation au 1^{er} alinéa, une augmentation de la valeur du point pour les fournisseurs concernés. La valeur du point ne pourra cependant être augmentée que dans la mesure où l'augmentation des frais de traitement par assuré ne dépassera probablement pas de plus d'un tiers, pour 1993, l'augmentation de l'indice suisse des prix à la consommation.

³ Si, en 1992, l'augmentation des frais moyens de traitement par assuré ne dépasse pas de plus d'un tiers celle de l'indice suisse des prix à la consommation, le Conseil fédéral autorisera pour 1994 une augmentation des tarifs et des prix. Ceux-ci ne pourront cependant être augmentés que dans la mesure où l'augmentation des frais moyens de traitement par assuré ne dépassera probablement pas de plus d'un tiers, pour 1994, l'augmentation de l'indice suisse des prix à la consommation.

⁴ Lorsque des caisses-maladie et des fournisseurs de prestations concluent, pendant la durée de validité de cet arrêté, pour la première fois une convention tarifaire sur le plan intercantonal, le présent arrêté n'est pas applicable. Les augmentations tarifaires subséquentes se calculent selon le 1^{er} alinéa.

RS 832.111

¹⁾ FF 1992 V 885

Art. 2 Tarifs et prix dans le domaine hospitalier

Les tarifs et les prix applicables aux prestations de l'assurance-maladie dans le domaine hospitalier ne peuvent être augmentés que dans la mesure où l'augmentation ne dépasse pas l'évolution générale des prix et des salaires. Les frais de personnel seront indexés d'après l'indice des salaires établi par l'Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail, les frais de matériel d'après l'indice suisse des prix à la consommation. Les fournisseurs de prestations justifient par des documents comptables la part des frais de personnel et celle des frais de matériel.

Art. 3 Participation aux coûts à l'hôpital

¹ En dérogation à l'article 14^{bis}, 2^e alinéa, lettre a, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMA)¹⁾, la franchise sera aussi exigée en cas de séjour dans un établissement hospitalier. La quote-part est remplacée par une contribution aux frais de traitement de 10 francs par journée d'hospitalisation.

² La participation aux coûts pour les traitements ambulatoires et hospitaliers est limitée à un montant total maximum de 500 francs.

³ Aucune participation aux coûts n'est exigée, pour les traitement hospitaliers fournis à:

- a. des enfants;
- b. des personnes qui séjournent plus de 180 jours dans un hôpital;
- c. des femmes requérant des prestations liées à la maternité.

Art. 4 Egalité des cotisations entre hommes et femmes

Les caisses ne sont pas autorisées à échelonner les cotisations en fonction du sexe.

Art. 5 Augmentation des cotisations

¹ Dans l'assurance individuelle de base des soins médicaux et pharmaceutiques, les caisses-maladie ne peuvent augmenter la cotisation au-delà de la cotisation maximale fixée en application de l'article 6. Cette assurance comprend les prestations légales et les autres prestations que les membres sont tenus d'assurer conjointement avec celles-ci, en vertu des dispositions internes des caisses.

² Le Département fédéral de l'intérieur (département) autorise une caisse à fixer la cotisation au-dessus de la cotisation maximale si elle établit que:

- a. sa réserve de sécurité (fonds de sécurité et taux de fluctuation) s'abaisserait probablement en-dessous du minimum légal et
- b. les cotisations des assurances non régies par le présent arrêté suffisent à couvrir les coûts de ces branches d'assurance et permettent la constitution des réserves nécessaires.

¹⁾ RS 832.10

Art. 6 Montant maximum

¹ Le département fixe, par canton, un montant maximum pour les cotisations. Il calcule le montant maximum à partir:

- a. de la cotisation moyenne de l'année précédente perçue pour l'assurance de base du premier groupe d'âge de la catégorie des adultes;
- b. d'un supplément correspondant à l'augmentation de l'indice des prix à la consommation de l'année précédente, majorée des quatre cinquièmes.

² Le département établit la cotisation moyenne sur la base de la moyenne pondérée des cotisations perçues par les caisses-maladie qui regroupent, en principe, les deux tiers au moins des assurés du canton. Pour les caisses qui échelonnent les cotisations selon les conditions locales, la cotisation la plus élevée est prise en considération. Lorsqu'un canton, pendant la durée de validité de cet arrêté, charge les caisses d'introduire une cotisation unique pour les adultes, le montant maximum est augmenté en conséquence.

³ Le montant maximum s'applique à la cotisation du premier groupe d'âge de la catégorie des adultes. Les caisses-maladie ne peuvent augmenter les cotisations des autres assurés que jusqu'au montant correspondant au montant maximum, compte tenu des échelonnements légalement admis pour les enfants ainsi que selon l'âge d'entrée.

⁴ Les caisses qui échelonnent les cotisations en fonction des différences de frais dues aux conditions locales à l'intérieur d'un canton ne peuvent modifier la répartition des localités dans les différentes zones tarifaires. Lorsqu'il existe deux zones tarifaires, le montant de la cotisation la plus basse doit être d'au moins 5 pour cent inférieur à celui de la cotisation la plus haute. Lorsqu'il existe trois zones tarifaires, le montant de la cotisation la plus basse doit être d'au moins 10 pour cent inférieur à celui de la cotisation la plus haute et d'au moins 5 pour cent inférieur à la cotisation de la zone intermédiaire. Lorsque le tarif des cotisations en vigueur en 1992 prévoit des échelonnements plus rapprochés, ceux-ci peuvent être maintenus.

⁵ Lorsque les cotisations de l'année précédente sont supérieures au montant maximum selon les 1^{er} à 4^e alinéas, aucune augmentation n'est autorisée.

Art. 7 Prestations assurées

¹ Les caisses-maladie doivent prendre en charge, au titre de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques-assurance de base, uniquement les prestations prévues aux articles 12 à 14 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie¹⁾.

² Elles peuvent, au titre de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques-assurance de base, étendre leurs prestations aux situations suivantes:

- a. les accidents;
- b. les soins et le séjour dans un établissement hospitalier;

¹⁾ RS 832.10

- c. le traitement et les soins, prescrits par un médecin, au domicile du patient ou dans un établissement médico-social;
- d. les prestations obligatoires prévues par les lois cantonales;
- e. les prestations effectuées à l'étranger;
- f. les médicaments.

Art. 8 Planifications cantonales

Les cantons sont chargés, dans le cadre de leurs compétences, d'établir, dans le domaine de la santé publique, une planification cantonale ainsi qu'une planification intercantonale dont le but est d'améliorer la coordination entre les fournisseurs de prestations, d'utiliser les ressources de façon optimale et de réduire les coûts. Les organismes privés doivent être pris en considération de manière adéquate. Les cantons informent le département de leurs planifications.

Art. 9 Dispositions finales

¹ Le présent arrêté est de portée générale.

² Il est déclaré urgent, au sens de l'article 89^{bis}, 1^{er} alinéa, de la constitution et entre en vigueur le 1^{er} janvier 1993.

³ Il est sujet au référendum facultatif conformément à l'article 89^{bis}, 2^e alinéa, de la constitution. Sa durée de validité s'étend jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi fédérale révisée sur l'assurance-maladie¹⁾, mais au plus tard jusqu'au 31 décembre 1994.

Conseil des Etats, 9 octobre 1992

La présidente: Meier Josi

Le secrétaire: Lanz

Conseil national, 9 octobre 1992

Le président: Nebiker

Le secrétaire: Anliker

35432

¹⁾ FF 1992 I 93 ss

AS-1992-40 vom 20.10.1992 (S. 1819-1846)

RO-1992-40 du 20.10.1992 (p. 1819-1846)

RU-1992-40 del 20.10.1992 (p. 1819-1846)

In	Amtliche Sammlung
Dans	Recueil officiel
In	Raccolta ufficiale
Jahr	1992
Année	
Anno	
Band	1992
Volume	
Volume	
Heft	40
Cahier	
Numero	
Datum	20.10.1992
Date	
Data	
Seite	1819-1846
Page	
Pagina	
Ref. No	30 005 175

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.