

Message concernant la révision de l'assurance-maladie

du 6 novembre 1991

Messieurs les Présidents, Mesdames et Messieurs,

Nous vous présentons ci-joint notre message sur la révision de l'assurance-maladie et vous proposons d'approuver le projet de loi ci-joint.

Nous vous proposons, simultanément, de classer les interventions parlementaires suivantes:

- | | |
|-----------------------|--|
| 1980 P 79.589 | Remise de médicaments (N 25. 9. 80, Landolt) |
| 1986 M (II) ad 81.044 | Assurance-maladie. Financement
(N 13. 12. 84, Commission du Conseil national;
E 4. 12. 86) |
| 1987 P 87.971 | Révision LAMA. SPITEX (N 16. 12. 87, Engler) |
| 1987 P 87.805 | Loi fédérale sur l'assurance-maladie
(N 18. 12. 87, Hafner Rudolf) |
| 1989 P 87.947 | Assurance-maladie. Frein à la désolidarisation
(N 15. 12. 89, Leutenegger Oberholzer) |
| 1989 P 87.954 | Fusion de caisses-maladie. Meilleure protection des
assurés
(N 15. 12. 89, Leutenegger Oberholzer) |
| 1988 P 88.327 | Développement des soins à domicile
(N 23. 6. 88, Wanner) |
| 1988 M 88.506 | Les frontaliers et l'assurance-maladie. Droit de recours
(E 29. 11. 88, Jelmini; N 18. 9. 91) |
| 1988 P 88.564 | Coûts de vieillesse dans les caisses-maladie
(E 29. 11. 88, Meier Josi) |
| 1989 P 88.853 | Nouveaux établissements hospitaliers. Régime de
l'autorisation (N 17. 3. 89, Baggi) |
| 1989 P 89.538 | Commission fédérale des médicaments. Représentation
des médecines parallèles (N 6. 10. 89, Hafner Rudolf) |
| 1989 P 89.558 | Répartition des subsides annuels aux caisses-maladie
(N 6. 10. 89, Aubry) |

1990 P 90.552

Assurance-maladie. Mesures contre la désolidarisation
(N 5. 10. 90, Reimann Fritz)

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

6 novembre 1991

Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération, Cotti

Le chancelier de la Confédération, Couchepin

Condensé

L'actuelle loi fédérale sur l'assurance-maladie date de 1911. Jusqu'à aujourd'hui, elle n'a été révisée qu'une seule fois (loi fédérale du 13 mars 1964). La loi fédérale du 5 mai 1977 instituant des mesures propres à équilibrer les finances fédérales (RS 611.04) a, pour sa part, institué le plafonnement des subsides fédéraux en prenant l'année 1976 comme référence. Ce plafonnement s'est toutefois assoupli, dans une certaine mesure, de par l'entrée en vigueur de l'arrêté fédéral du 23 mars 1990; celui-ci augmente, en effet, le montant des subventions pour une durée limitée (RO 1990 1091).

Le passé de l'assurance-maladie se caractérise, en outre, par une série d'essais de révision. On peut, à cet égard, rappeler le scrutin du 8 décembre 1974 par lequel le peuple et les cantons ont refusé à la fois une initiative populaire et un contre-projet du Parlement ainsi que le scrutin du 6 décembre 1987 lors duquel le peuple a rejeté le projet de loi fédérale sur l'assurance-maladie et maternité du 20 mars 1987, projet dénommé programme d'urgence. Consécutivement au scrutin populaire du 6 décembre 1987, le Conseil fédéral a décidé d'entreprendre une révision des fondements mêmes de l'assurance-maladie. Le présent message se fonde sur les travaux préparatoires correspondants, plus précisément sur les modèles de révision élaborés par quatre experts ainsi que sur le projet de révision d'une commission d'experts.

La loi sur l'assurance-maladie qui est en vigueur prévoit certaines exigences auxquelles les caisses-maladie doivent, à tout le moins, satisfaire dans leur pratique de l'assurance-maladie. Si les caisses respectent ces prescriptions, elles ont droit aux subsides de la Confédération. De plus, les caisses-maladie bénéficient d'une large autonomie, mais elles sont simultanément les seules responsables du maintien de l'équilibre entre leurs dépenses et leurs recettes. Les assurés peuvent choisir librement leur caisse-maladie. S'agissant des personnes âgées et des personnes qui souffrent d'un mauvais état de santé, un changement de caisse-maladie est, toutefois, pratiquement exclu. Par ailleurs, si des assurés doivent changer de caisse car celle-ci cesse son activité, la caisse qui les accepte peut leur imposer des primes plus élevées sur la base de leur nouvel âge d'entrée. Les mécanismes actuels de la concurrence entre caisses «pénalisent», eux aussi, les assurés plus âgés. Et, l'augmentation des coûts de l'assurance-maladie ainsi que le mode actuel de fixation des primes (primes «par tête») ne font qu'accentuer les conséquences précitées.

Le projet de loi ci-joint, qui porte en particulier sur l'assurance des soins, a pour but de réduire à néant les défauts du système en vigueur. L'élément premier de ce projet réside, incontestablement, dans le renforcement de la solidarité. La loi actuelle prévoit des primes «par tête» sans que la situation financière des assurés ne soit prise en considération lors de la fixation de ces primes. Sur le plan du principe, ce système est maintenu, en ce sens que les primes seront toujours individuelles. En revanche, le projet de loi supprime les différences de prime en fonction de l'âge d'entrée ou du sexe ainsi que les primes spéciales permises pour les contrats collectifs. De plus, différentes mesures (libre passage intégral pour les assurés; compensation des risques entre les assureurs pour une période de 10 ans) sont prévues par le projet, afin non pas de

supprimer toute différence de prime entre les assurés mais de limiter celle-ci à la proportion nécessaire pour une pratique efficace de l'assurance, les seules différences dans la «structure de risques» n'étant à cet égard pas déterminantes. Toutes ces mesures, qui visent à renforcer la solidarité, rendent l'obligation de s'assurer impérative. Par ailleurs, les subventions de la Confédération et des cantons contribueront aussi au renforcement de la solidarité, en ce sens qu'elles seront versées en fonction de la situation financière des assurés et qu'elles auront pour effet de réduire les primes de ceux-ci; ces subsides ne serviront donc plus, comme aujourd'hui, à compenser financièrement les charges que la loi impose aux caisses.

Les mesures portant sur la maîtrise des coûts constituent le deuxième point fort du projet. Il n'y a pas de «recette» pour ces mesures, ce que démontre le seul fait que l'augmentation des coûts de la santé publique constitue aussi un grave problème dans d'autres pays. Maîtriser les coûts n'est possible qu'en prenant conjointement un grand nombre de mesures à différents niveaux.

Le projet de loi comprend à la fois des mesures qui visent à réduire la demande (participation aux coûts plus élevée qu'aujourd'hui, choix d'autres formes d'assurance, etc.) et des mesures qui tendent à limiter l'offre (planification hospitalière, participation accrue des cantons aux frais d'hôpitaux, généralisation de l'institution du médecin-conseil, etc.). S'ajoutent à ces mesures des réglementations et des mécanismes de contrôle qui ont trait à la fixation des tarifs et des prix. Le projet mise, à cet effet, sur la liberté contractuelle, la concurrence la plus libre possible ainsi que sur la responsabilité personnelle des assureurs et des fournisseurs de prestations. Il part de l'idée qu'il incombe d'abord aux cantons, aux fournisseurs de prestations, aux assureurs et aux assurés de recourir aux instruments «de régulation» qui sont à leur disposition. Si tel ne devait pas être le cas, le projet prévoit des possibilités d'intervention pour la Confédération que l'on peut qualifier de larges (imposition d'un budget global, introduction de limitations pour l'admission des fournisseurs de prestations).

Ce projet doit, par ailleurs, concrétiser les demandes faites depuis plusieurs années en faveur d'une extension des prestations. Font partie de ces demandes la suppression de toute limite de la durée de prise en charge des prestations en cas d'hospitalisation (aujourd'hui, l'obligation de prise en charge porte, en principe, sur deux ans, 720 jours). De plus, les soins prodigués hors de l'hôpital seront développés. Par ailleurs, la prévention sera, dans certaines limites, intégrée au catalogue des prestations.

L'assurance des soins continuera d'être financée par les primes individuelles et par les participations aux frais des assurés ainsi que par les subsides des pouvoirs publics. Ces subsides ne reviendront, cependant, plus automatiquement à tous les assurés, mais serviront à réduire les primes des assurés qui en ont besoin. Sur le plan général, le système aura – de par l'extension des prestations – pour conséquence une augmentation des primes. Mais, le nouveau mode de répartition des subsides permettra d'équilibrer la situation, en ce sens que les assurés verront le montant des primes à leur charge diminuer en fonction de leur situation financière. Les conséquences financières du nouveau système ne seront donc pas les mêmes pour tous les assurés.

S'agissant du montant des subsides de la Confédération, il passera de 1,3 milliard de francs par année à 2 milliards de francs. La part des subsides à la charge des cantons se montera à un milliard de francs. Aujourd'hui, les cantons et les communes contribuent – de manière très variable – au financement de l'assurance-maladie par des subventions de l'ordre de 600 millions de francs en chiffres ronds.

L'assurance-maladie se compose non seulement de l'assurance des soins, mais encore de l'assurance d'indemnités journalières (assurance pour perte de gain). Celle-ci doit, par conséquent, faire aussi l'objet d'une réglementation dans la nouvelle loi. Etant donné que le Parlement a – lors de la dernière tentative de réforme de l'assurance-maladie (message du 19 août 1981) – refusé d'introduire une assurance obligatoire d'indemnités journalières pour les travailleurs, nous avons repris pratiquement toutes les dispositions actuelles à ce sujet. A cela s'ajoute le fait que nous souhaitons concentrer ce projet sur le règlement des problèmes relatifs à l'assurance des soins.

Message

1 Partie générale

11 Point de la situation

111 Assurance-maladie et santé publique

L'assurance-maladie constitue le moyen d'accès essentiel aux prestations médicales. Grâce à elle, presque chaque habitant de notre pays peut recourir à une médecine de haut niveau. Si l'offre des prestations médicales a atteint un tel niveau qualitatif et quantitatif au plan national et international, c'est en partie grâce à l'assurance-maladie. Mais c'est probablement aussi en raison de leur influence réciproque et de leur corrélation que les notions d'assurance-maladie et de santé publique ne sont pas toujours clairement dissociées lors de la discussion. Quand on parle par exemple de la hausse des dépenses de santé, on entend généralement par là une majoration des primes d'assurance-maladie. Et lorsqu'on prétend que notre système de santé est «malade», c'est le plus souvent aux problèmes de l'assurance-maladie qu'on fait allusion.

Or, le système suisse de la santé n'est pas du tout «malade». Nous disposons en fait d'un grand nombre d'hôpitaux bien équipés. Nos médecins et le personnel paramédical en général sont au bénéfice d'une bonne formation. La distribution des médicaments est assurée partout. Nous pouvons affirmer que les soins médicaux fournis à la population soutiennent la comparaison avec l'étranger, que la population s'estime dans l'ensemble satisfaite des prestations, qu'elle ne veut pas y renoncer et qu'elle est en principe disposée à en payer le prix malgré les griefs formulés à l'encontre de la forte croissance des coûts. Comparé avec l'étranger, le coût de la santé en Suisse n'est d'ailleurs pas excessif. En 1989, il représentait 7,8 pour cent du produit intérieur brut. La Suisse se situe ainsi légèrement au-dessus de la moyenne des Etats membres de l'OCDE (7,4%), alors que des pays comme les Etats-Unis (11,5%), la Suède (8,8%), la France (8,8%), l'Autriche (8,25%) et la RFA (8%) présentent des taux plus élevés. En revanche, l'Italie (7%) et la Grande-Bretagne (5,9%) sont en deçà de cette moyenne (source: OCDE, Health Data File).

Le coût de la santé publique (voir à ce propos les ch. 41 et 411) n'est pas, tant s'en faut, couvert seulement par l'assurance-maladie. Mais celle-ci est indiscutablement, et de loin, la plus importante assurance sociale couvrant les prestations médicales. L'assurance-accidents obligatoire pour les travailleurs, l'assurance-invalidité et l'assurance militaire assument ensemble un dixième environ des frais supportés par l'assurance-maladie. Outre les assurances sociales, qui couvrent ensemble près de 45 pour cent des dépenses de santé (environ 40% par l'assurance-maladie), près de 30 pour cent des frais sont pris en charge par les assurances privées et par les patients eux-mêmes, ainsi que 25 pour cent directement par les pouvoirs publics. Au nombre des prestations directes des pouvoirs publics figurent notamment les subsides alloués aux hôpitaux par les cantons et par les communes.

Cet aperçu du financement de la santé publique montre qu'il ne faut pas confondre les dépenses de santé avec le coût de l'assurance-maladie, mais qu'une grande partie de ces dépenses sont supportées par cette dernière. Parallèlement, les pouvoirs publics jouent un rôle de premier plan en assumant une part relativement importante du financement de la santé publique. Ceci a pour effet de décharger l'assurance-maladie. Sans cette participation directe des pouvoirs publics, les problèmes actuels de l'assurance-maladie n'en seraient que plus grands et le financement, en vigueur, qui repose essentiellement sur les primes des assurés ne pourrait guère être maintenu.

Garanti par diverses sources, le financement actuel de la santé publique et de l'assurance-maladie est souvent critiqué pour son manque de transparence. Pourtant, il ne fait que refléter la structure fédéraliste de notre système de santé, structure qui est peut-être justement à l'origine de sa qualité. Le fédéralisme dans le domaine de la santé publique a également son pendant dans l'organisation de l'assurance-maladie, caractérisée non seulement par un grand nombre de caisses-maladie, mais également par les relations qu'elles entretiennent avec les fournisseurs de prestations, relations qui sont généralement réglées sur le plan cantonal. Ces caractéristiques témoignent aussi de l'influence que l'assurance-maladie exerce sur la santé publique et vice versa.

112 Législation en vigueur

L'assurance-maladie sociale est régie par la loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance-maladie (LAMA; RS 832.10). Contrairement aux autres branches de l'assurance sociale, l'assurance-maladie est facultative, du moins sur le plan fédéral. Quatre cantons (Fribourg, Neuchâtel, le Tessin et Bâle-Ville) ont introduit l'assurance obligatoire pour toute leur population. Dans d'autres cantons, elle est obligatoire pour certaines catégories de personnes, notamment pour celles qui ont un revenu modeste. Bien que l'assurance soit en principe facultative, presque toute la population (99%) est assurée auprès des caisses-maladie.

L'assurance est gérée par une pluralité de caisses (environ 250), parmi lesquelles des caisses «ouvertes» (grandes caisses centralisées et caisses d'importance moyenne) et des caisses «fermées» (caisses d'entreprises). Ces caisses peuvent relever du droit privé (associations, fondations, etc.) ou du droit public (p. ex. les caisses communales). Les caisses-maladie sont en principe autonomes. La LAMA ne leur impose que des prestations minimales, de même que certaines obligations (devoir d'accepter les assurés, interdiction d'imposer des réserves supérieures à cinq ans, limitation à 10% de la différence des primes pour hommes et des primes pour femmes, hospitalisation illimitée des invalides, etc.), obligations en contrepartie desquelles la Confédération verse des subventions. Il est permis de parler de loi-cadre de subventionnement. Les caisses peuvent pratiquer des assurances complémentaires qui vont au-delà du minimum légal (p. ex. l'hospitalisation en division privée ou semi-privée). L'autonomie dont les caisses disposent est surtout importante du point de vue financier. En effet, chaque caisse constitue une communauté de risques distincte; il n'y a donc pas de solidarité financière entre les caisses à bas risques (assurés jeunes) et celles qui ont des risques plus élevés

(personnes âgées). Cette caractéristique est à la source des problèmes majeurs que pose le système actuel (voir ch. 113).

Le principe veut que les assurés choisissent librement leur caisse (ils peuvent toutefois être contraints, par leur contrat de travail, de s'affilier à une caisse d'entreprise ou à une assurance collective d'entreprise). A ceux qui viennent de s'affilier, les caisses peuvent imposer un stage et des réserves. Le stage est une période pendant laquelle l'assuré n'a droit à aucune prestation, alors même qu'il paie des primes; le stage est destiné à prévenir les abus et ne peut excéder trois mois. En imposant une réserve, la caisse exclut de la couverture d'assurance les maladies existant au moment de l'adhésion ou les maladies antérieures susceptibles de rechutes; cependant, les réserves ne sont valables que cinq ans. L'assuré peut en principe changer de caisse en tout temps. S'il est obligé d'en changer (p. ex. s'il doit sortir du rayon d'activité de la caisse pour des raisons professionnelles ou à cause d'un changement de domicile), il bénéficie du libre passage. Cela signifie que la nouvelle caisse ne peut lui imposer ni stage, ni nouvelles réserves. Mais le libre passage n'a pas d'effet sur les primes, en ce sens que, de ce point de vue, l'intéressé sera traité par la nouvelle caisse comme n'importe quel nouvel assuré. Etant donné que chaque caisse constitue une communauté de risques distincte, tout nouvel assuré est un risque supplémentaire. Comme le risque augmente avec l'âge, les tarifs de primes sont échelonnés d'après l'âge d'entrée des assurés. Celui qui s'affilie à l'âge de 30 ans payera donc la prime correspondant à cet âge, et cela tant qu'il reste membre de la caisse (bien entendu, cette prime augmente avec les années en proportion des coûts de l'assurance). Celui qui s'affilie à l'âge de 50 ans payera la prime correspondant à cet âge, qui est sensiblement plus élevée. Ces principes s'appliquent aussi lorsqu'un assuré passe d'une caisse à l'autre; cela signifie qu'une personne qui change de caisse au-delà d'un certain âge (en général dès 40 ans) subira une augmentation sensible de prime, et indépendamment du fait qu'elle a été obligée de s'affilier ailleurs (p. ex. en cas de dissolution d'une caisse).

Dans l'assurance des soins, les caisses prennent en charge les coûts du traitement ambulatoire et du traitement hospitalier. Dans le secteur ambulatoire, les caisses remboursent les prestations diagnostiques et thérapeutiques fournies par un médecin. Ces prestations doivent être scientifiquement reconnues, appropriées et économiques. Elles sont généralement réputées telles; seules les prestations dont le caractère scientifique et/ou économique est contesté font l'objet d'une décision sur leur prise en charge par l'assurance-maladie. Cette décision est prise par le Département fédéral de l'intérieur, sur préavis de la Commission fédérale des prestations générales de l'assurance-maladie, composée essentiellement de médecins et de représentants des caisses. Le prix des prestations des soins est fixé dans des conventions conclues au niveau cantonal par les médecins et par les caisses-maladie. Les soins sont entièrement remboursés à l'assuré, déduction faite d'une participation (dont il sera question plus loin). L'assuré choisit en principe librement son médecin; en fait, la caisse ne remboursera à l'assuré que les prestations fournies par un médecin lié par une convention cantonale.

En ce qui concerne les médicaments, l'assurance-maladie les rembourse dans la mesure où ils ont été prescrits par un médecin. C'est l'Office fédéral des assurances sociales qui désigne les médicaments à la charge des caisses et qui fixe

leur prix. La «Liste des spécialités» ainsi établie comporte un peu plus de 2000 médicaments sur les quelque 9000 dont la vente est autorisée en Suisse. Une participation est également demandée à l'assuré. Les prestations des personnes exerçant une profession paramédicale (physiothérapeutes, infirmières indépendantes, etc.) sont, elles aussi, remboursées mais seulement si elles ont été prescrites par un médecin (exception: les chiropraticiens). La rémunération des prestations fournies par ces personnes est réglée par des conventions liant les caisses-maladie aux organisations représentatives. Ne peuvent pratiquer à la charge de l'assurance-maladie que les personnes exerçant une des professions désignées par la loi et les ordonnances. De plus, ces personnes ne peuvent fournir qu'un nombre limité de prestations dont la liste est mentionnée dans les ordonnances. Enfin, les analyses de laboratoire, qui doivent avoir été prescrites par un médecin, sont remboursées selon un tarif établi par le Département fédéral de l'intérieur. Dans le domaine ambulatoire, il convient d'observer que nombre de caisses remboursent des prestations en dehors du cadre légal, notamment des soins à domicile.

Le principe du libre choix est également reconnu dans le secteur des soins hospitaliers. Toutefois, ce choix est limité, car l'assuré ne peut se voir rembourser que l'hospitalisation dans un établissement conventionné de son lieu de résidence ou des environs. S'il se rend de son propre gré dans un autre établissement, la caisse lui rembourse ce qu'elle aurait payé pour une hospitalisation dans l'établissement le plus proche de son lieu de résidence ou des environs. Si l'assuré est contraint pour des raisons médicales de se rendre dans un hôpital situé hors de son lieu de résidence ou des environs ou encore dans un hôpital non conventionné, la caisse doit lui rembourser la totalité des coûts exigés par cet établissement en division commune. La loi oblige les caisses à ne rembourser que les soins. En ce qui concerne les frais «hôteliers», les caisses prévoient généralement pour tous leurs assurés une couverture correspondante. D'autre part, seuls les soins en division commune sont des prestations obligatoires. Pour la division privée (un lit) ou semi-privée (deux lits), l'assuré peut conclure une assurance complémentaire. Les caisses rémunèrent les hôpitaux au moyen de forfaits fixés par convention entre elles et les différents établissements. Dans la plupart des hôpitaux, le forfait ne couvre qu'une partie des coûts, le reste étant mis à la charge des contribuables par le biais de subventions cantonales. Cette part de fiscalisation n'est pas la même dans tous les cantons, ce qui explique en partie les différences de tarifs entre les cantons. La loi oblige les caisses à rembourser les soins hospitaliers mais pour une durée limitée: 720 jours sur 900 jours consécutifs. Par contre, les caisses ne peuvent prélever aucune participation en cas d'hospitalisation. Enfin, il faut rappeler que la santé publique est essentiellement une compétence cantonale; c'est pourquoi la planification hospitalière ressortit aux cantons.

Les caisses peuvent aussi assurer l'indemnité journalière. Certaines caisses (d'entreprise) n'assurent même qu'elle. L'indemnité minimale est de 2 francs. La durée de versement des prestations est d'au moins 720 jours dans une période de 900 jours consécutifs. Comme pour l'assurance des soins, les caisses pratiquant l'assurance d'une indemnité journalière sont tenues d'accepter tous les candidats; sont aussi applicables les règles du libre passage.

L'assurance-maladie est essentiellement financée (à raison de 78%) par les primes des assurés. Contrairement aux cotisations de l'AVS, les primes d'assurance-maladie ne sont pas proportionnelles aux revenus des assurés. De plus, ce sont des primes par tête, c'est-à-dire qu'une famille paie des primes pour chacun de ses membres (les caisses étant, toutefois, autorisées à réduire celles des enfants, voire à en exempter le 3^e enfant et les suivants). Les primes diffèrent selon les régions, car les coûts mis à la charge de l'assurance ne sont pas les mêmes partout. Elles sont en outre plus élevées pour les femmes que pour les hommes, mais la différence ne peut excéder 10 pour cent (les femmes occasionnent des frais d'environ 50% supérieurs à ceux des hommes; le reste de cette différence est en partie subventionné). On rappellera que les primes sont fixées en fonction de l'âge que l'assuré avait au moment de s'affilier.

Autre source de financement (à raison de 7%): la participation des assurés aux frais. Les assurés doivent en effet prendre en charge une franchise annuelle de 150 francs et une quote-part de 10 pour cent des frais qui dépassent celle-ci. La participation totale ne peut, toutefois, excéder 750 francs par année. De plus, aucune participation n'est perçue en cas d'hospitalisation ou de maternité. L'assuré peut, en contre-partie d'une réduction de sa prime, choisir une franchise plus élevée (350, 600 ou 1200 francs), le maximum de la participation totale étant alors plus élevé (respectivement 1750, 3000 ou 6000 francs). La réduction du montant de la prime est évidemment fonction du montant de la franchise choisie (respectivement 12, 22 ou 35% au maximum). L'assuré peut aussi donner sa préférence à une assurance avec bonus. Ce système ne comprend pas de malus, comme dans l'assurance-responsabilité civile des automobilistes; simplement, la prime de départ est de 10 pour cent supérieure à la prime ordinaire de la caisse. Pour chaque année où l'assuré n'a pas demandé de prestations, la prime est réduite (bonus), mais cela jusqu'à concurrence d'une réduction de 45 pour cent au bout de cinq ans. Quant au système «HMO» (Health Maintenance Organization), qui est également proposé par certaines caisses, il repose sur le principe selon lequel l'assuré renonce au libre choix du médecin pour ne s'adresser qu'à un groupe de médecins déterminé, et cela moyennant une prime plus avantageuse que la prime ordinaire. Tant le système du bonus que celui du HMO ont été introduits à titre expérimental le 20 décembre 1989, date de la modification de l'ordonnance V (RS 832.121); ils sont valables jusqu'à la fin 1995.

Troisième source de financement: les subventions (environ 15% des dépenses, dont 10% sont à la charge de la Confédération et 5% à la charge des cantons). A partir de 1978, les subventions fédérales ont été plafonnées au niveau de 1976. En 1990, ce plafond a été relevé de 300 millions, passant ainsi à 1,3 milliard de francs. Depuis 1990 également, les subsides fédéraux sont mieux «ciblés»: ils profitent plus aux caisses dont la moyenne d'âge des assurés est élevée. Les subventions fédérales servent à compenser les obligations que la loi fédérale impose aux caisses. Quant aux cantons, ils versent des subventions à divers titres, le plus souvent pour réduire les primes des assurés à revenu modeste.

La loi de 1911 sur l'assurance-maladie n'a pas institué de système intégré d'assurance-maladie sociale. Elle pose simplement les exigences minimales que doivent remplir les caisses souhaitant obtenir une aide financière de la Confédération. Chaque caisse-maladie demeure une communauté de risques autonome. Or, les risques ne se répartissent pas de manière uniforme entre toutes les caisses. Les effectifs plus jeunes ou comprenant davantage d'hommes relativement jeunes sont moins « coûteux » que les effectifs plus âgés ou comportant un grand nombre de femmes. Les personnes âgées et les femmes occasionnent en effet des dépenses de santé supérieures à la moyenne. Il en résulte des différences de primes entre caisses, qui sont parfois considérables.

L'accroissement des coûts d'assurance a considérablement creusé ces écarts. Les primes des caisses à structure moins favorable ont augmenté plus fortement que celles des autres caisses. La tendance des jeunes à se diriger vers les caisses offrant des primes plus avantageuses a encore aggravé le phénomène. Pour l'enrayer ou en prévenir les effets, les caisses ont été amenées à accroître la concurrence qu'elles se font entre elles. Mais cette concurrence est faussée, car seuls les jeunes peuvent passer d'une caisse à l'autre sans subir d'augmentation notable de leur prime. En effet, les assurés paient des primes en fonction de leur âge d'entrée dans la caisse, l'âge qu'ils avaient lors de l'entrée dans une caisse précédente n'étant généralement pas pris en compte. Il n'est donc pratiquement plus possible de changer librement de caisse à partir d'un certain âge. A cela s'ajoute que la loi autorise les caisses à conclure des assurances collectives, véritables « caisses dans la caisse ». Dans le feu de la concurrence, les caisses ont fait un large usage de cette possibilité d'offrir des primes avantageuses en créant un groupe de risques séparé. Tout ce mouvement a entraîné une augmentation de l'âge moyen des assurés de certaines caisses, qui ont été contraintes de fusionner avec d'autres. Il s'agissait d'abord de petites caisses. C'est maintenant le tour de caisses d'importance moyenne. Or, ces fusions se font au détriment des personnes âgées, qui perdent tout ou partie du bénéfice de leur âge d'entrée dans la caisse en dissolution. Ces personnes sont ainsi doublement pénalisées par le système: la dissolution de leur caisse, aux primes déjà élevées, leur coûte généralement encore plus cher. D'une manière générale, il est donc permis d'affirmer que le système actuel défavorise les personnes âgées et que cette tendance va s'amplifier.

D'autre part, le mode de financement de l'assurance-maladie fait peser une charge toujours plus lourde sur les revenus modestes. En effet, les primes sont généralement fixées par tête et les subsides fédéraux sont distribués indépendamment des revenus des assurés. Certes, divers cantons versent des subventions destinées à alléger les primes des assurés à ressources modestes, mais il n'existe aucune conception globale de subventionnement différencié selon les revenus. A la désolidarisation entre bien-portants et malades ou personnes à risques accrus s'ajoute donc une désolidarisation entre « riches » et « pauvres ».

L'autonomie financière des caisses entraîne aussi des lacunes dans la couverture d'assurance. Dans un tel système, en effet, tout nouvel assuré est considéré comme un risque supplémentaire, que la caisse doit assumer seule. C'est pourquoi les caisses fixent, dans leurs statuts, un âge maximal d'entrée. D'autre part, elles

sont autorisées à imposer des réserves, c'est-à-dire à exclure de l'assurance les maladies existant au moment de l'adhésion ou antérieures à elle mais susceptibles de réapparaître. Il est vrai que la loi limite ces réserves à cinq ans.

C'est également l'autonomie financière des caisses qui empêche de réaliser pleinement l'égalité des primes entre hommes et femmes. On sait que, dans l'assurance-maladie, les femmes occasionnent davantage de frais que les hommes. Etant donné le principe de l'égalité entre hommes et femmes, cet état de fait ne devrait pas entraîner de différence entre les primes, celle-ci étant fondée sur le sexe. Or, les femmes ne se répartissent pas de manière uniforme entre toutes les caisses. Il existe, par exemple, des caisses d'entreprise ou des caisses professionnelles comprenant une majorité d'hommes ou inversement. De la même manière, des contrats d'assurance collective conclus avec des entreprises à majorité masculine portent atteinte à la solidarité entre sexes dans une caisse. Les coûts, et par conséquent les primes, seront donc différents selon la proportion de femmes dans un groupe de risques. C'est pourquoi la loi autorise une différence entre les primes au détriment des femmes. Cette différence ne peut toutefois dépasser 10 pour cent, les autres coûts supplémentaires étant partiellement couverts par une subvention fédérale.

Le caractère facultatif de l'assurance-maladie suisse présente aussi des inconvénients. D'abord il entraîne des lacunes en matière d'assurance pour des personnes mal informées (notamment des étrangers habitués à un système généralisé de sécurité sociale) ou pour celles qui ne sont pas en mesure de payer les primes. Ensuite, il permet à des personnes en bonne santé ou dont les revenus sont confortables de ne pas participer à la solidarité existant au sein des caisses-maladie. Il est vrai que ces personnes ne sont pas très nombreuses. L'une des raisons pour lesquelles presque toute la population est assurée par les caisses-maladie réside dans le fait que les primes sont fixées d'après l'âge d'entrée. Ce principe constitue en effet une incitation à s'assurer suffisamment tôt, celui qui s'assure tard payant une prime d'autant plus élevée. Mais on a vu plus haut que ce principe a des effets pervers considérables lors du passage d'une caisse à l'autre, en cas de fusion notamment. De ce point de vue, le caractère facultatif de l'assurance-maladie contribue donc à la désolidarisation.

Tels sont les problèmes du régime actuel qui mettent en cause le caractère social de l'assurance-maladie. D'autres aspects de ce régime appellent des améliorations, sans toutefois révéler des problèmes inhérents au système. C'est ainsi que les prestations devraient être étendues, notamment dans le domaine des soins à domicile, et que des mesures plus efficaces devraient être prévues pour maîtriser l'augmentation des coûts. Ces aspects seront traités plus loin (voir ch. 22 et 23).

12 Tentatives de révision infructueuses

En vigueur depuis 1914, la loi fédérale sur l'assurance-maladie n'a été adaptée aux exigences de l'heure qu'à travers une seule révision partielle importante, en 1964. Cette révision partielle a pris effet au 1^{er} janvier 1965 sans même passer en votation populaire. Mais, à l'époque, on était déjà fort conscient qu'il ne pouvait s'agir que d'un aboutissement éphémère. On percevait bien plus cette révision

comme une étape importante en attendant d'autres révisions nécessairement plus approfondies. Les démarches visant à réviser l'assurance-maladie ont été reprises dès la fin des années soixante pour se poursuivre, après quelques interruptions, sous diverses formes et à intervalles plus ou moins rapprochés. Le chiffre 12 du message se propose de donner un aperçu des principales tentatives de révision entreprises durant ces vingt dernières années et qui se sont toujours soldées par un échec.

Avec le recul, on s'aperçoit que presque toutes les possibilités de réforme ont été envisagées et que certaines d'entre elles ont même fait l'objet d'une décision du Parlement. Il s'agissait ou bien de grands projets de réforme (échelon constitutionnel), ou bien de tentatives de révision plus modestes (échelon législatif). Des lacunes toujours plus profondes ont cependant été mises à jour avec le temps (cf. ch. 113), de même que des propositions pertinentes ont été faites pour les combler. On peut même affirmer à juste titre que les solutions et les modèles proposés n'auraient guère pu être plus nombreux et plus variés. Mais, à l'opposé, on est frappé par l'impossibilité ou encore l'incapacité à mettre en œuvre la moindre des réformes pourtant si urgentes qui avaient été proposées. On a en effet toujours péché par manque de consensus et de volonté au moment crucial. Or, les milieux intéressés ne pourront désormais plus se livrer impunément à ce jeu, au risque de détruire lentement mais sûrement le système actuel qui ne répond plus aux besoins.

Cela dit, il nous paraît utile de placer cette courte rétrospective de plus de quatre lustres dans le contexte global de l'évolution de l'assurance-maladie sociale. Les temps forts de cette chronologie sont les suivants:

26 octobre 1890: Acceptation par le peuple et par les cantons de l'article 34^{bis} de la constitution fédérale. La Confédération se voit ainsi chargée de régler, par voie législative, l'assurance sociale en cas d'accident et de maladie. Elle peut déclarer obligatoire l'affiliation à cette assurance.

5 octobre 1899: Adoption par les Chambres fédérales de la «Lex Forrer» (loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents incluant l'assurance militaire). Ce projet prévoyait une assurance-maladie *obligatoire* (soins médico-pharmaceutiques *et* indemnité journalière) pour les travailleurs dont le revenu n'excédait pas un certain montant. Le financement devait être assuré par un pour-cent du salaire et par des subsides fédéraux.

20 mai 1900: Rejet de la «Lex Forrer» en votation populaire.

13 juin 1911: Adoption de la loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (LAMA) par les Chambres fédérales.

4 février 1912: Confirmation, à une faible majorité, de la LAMA en votation populaire.

12 mars 1912, 15 avril 1913 et 1^{er} janvier 1914: Mise en vigueur graduelle de la LAMA dans le domaine de l'assurance-maladie. Créée à l'époque et toujours en vigueur, la réglementation fondamentale de l'assurance-maladie *facultative* selon le droit fédéral prévoyait le versement de subsides aux caisses reconnues par la Confédération en contrepartie du mandat social qu'elles remplissent (notamment l'obligation d'admettre les assurés, la réserve limitée dans le temps, le versement des prestations prévues par la loi). Cette réglementation qui est avant tout une loi

d'encouragement et de subventionnement déploie ses effets depuis maintenant plus de 75 ans; elle n'a pas subi de changements pendant une cinquantaine d'années. Seul, le montant des subsides fédéraux a été adapté à plusieurs reprises par des décrets distincts.

Des commissions d'experts examinèrent en 1921, en 1947 et en 1952 des projets de révision de la LAMA, mais ils n'aboutirent à aucun résultat.

La première, et jusqu'à ce jour, seule révision de la LAMA n'a eu lieu qu'au cours de la première moitié des années soixante. Adoptée par le Parlement le 13 mars 1964, elle est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1965, sans votation populaire préalable. Cette révision se caractérisait par les objectifs suivants: faciliter l'adhésion à l'assurance-maladie; améliorer les prestations; adapter le droit tarifaire; augmenter les subsides fédéraux en les liant à l'évolution des frais médico-pharmaceutiques; ne pas modifier la structure de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques.

De nombreuses autres tentatives de réforme prirent ensuite place dans *la période de 20 ans qui suivit*. En effet, un grand besoin de réforme subsistait par rapport à l'évolution des coûts, au financement, au libre passage, à l'assurance des soins et de l'indemnité journalière. Les premières tentatives de réforme après la révision partielle de 1964 ne se firent donc pas attendre. Un rappel des principales dates en sera donné ci-après. Au milieu des années septante, les subsides fédéraux alloués aux caisses-maladie ont d'abord été réduits puis gelés. La hausse constante des frais médico-pharmaceutiques a occasionné des augmentations de primes répétées qui ont eu des conséquences difficiles à supporter pour un certain nombre d'assurés (voir ch. 113). Vu le ralentissement des travaux de révision au cours de la deuxième moitié des années septante et dans les années quatre-vingt, de nouvelles interventions eurent lieu dès le milieu des années quatre-vingt pour réviser l'assurance-maladie (voir à ce propos ch. 13). Avant de les évoquer, il s'agit de donner un rapide aperçu des projets de réforme et des mesures proposées durant les années 1969 à 1987.

20 mars 1969: Début des travaux de la commission d'experts «pour la révision de l'assurance-maladie».

31 mars 1970: Lancement par le Parti socialiste (PS) de l'initiative populaire «pour une meilleure assurance-maladie» (FF 1973 I 925 et 926) réclamant une assurance obligatoire étendue des soins médicaux et pharmaceutiques ainsi que l'assurance d'une indemnité journalière moyennant un financement analogue à celui de l'AVS/AI.

11 février 1972: Rapport de la commission d'experts «pour la révision de l'assurance-maladie» («Modèle de Flims»). Les caractéristiques en étaient une assurance en cas d'hospitalisation obligatoire et généralisée, financée par des suppléments aux cotisations-AVS, le maintien d'une assurance facultative pour les autres frais de soins et l'introduction de l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière pour les travailleurs. La procédure de consultation a toutefois montré que les avis restaient très partagés. Le Conseil fédéral a par conséquent décidé d'opposer un contre-projet à l'échelon constitutionnel à l'initiative du PS.

19 mars 1973: Message du Conseil fédéral accompagné d'un contre-projet à l'initiative du PS, lequel reprenait les idées fondamentales du «Modèle de Flims»

(FF 1973 I 908 s.). Au niveau des soins médico-pharmaceutiques, il prévoyait une assurance obligatoire pour les gros risques (traitement hospitalier et autres examens et traitements onéreux), financée en principe par des cotisations paritaires des assurés et de leurs employeurs en pour-cent du salaire; l'assurance des autres soins devait, elle, rester facultative. Quant à l'indemnité journalière, elle devait être couverte par une assurance obligatoire pour les travailleurs, financée par des cotisations paritaires des assurés et de leurs employeurs en pour-cent du salaire.

22 mars 1974: Arrêté fédéral concernant l'initiative du PS et le contre-projet (FF 1074 I 793). Le Parlement modifia profondément le contre-projet du Conseil fédéral. En particulier, les Chambres fédérales revinrent à l'assurance facultative des soins médico-pharmaceutiques, moyennant toutefois un financement partiel par des cotisations obligatoires, perçues selon les règles de l'AVS, de 3 pour cent au maximum du revenu d'une activité lucrative; ces cotisations devaient servir à réduire le coût du traitement hospitalier et des soins à domicile, ainsi qu'à financer les prestations de maternité et les mesures de médecine préventive. Le caractère obligatoire de l'assurance d'une indemnité journalière fut maintenu.

8 décembre 1974: Rejet de l'initiative et du contre-projet des Chambres fédérales par le peuple et par les cantons.

31 janvier 1975: Arrêté fédéral réduisant certaines prestations de la Confédération (RS 611.02). Sur la base de cet arrêté, les subsides fédéraux alloués aux caisses-maladie furent réduits de 10 pour cent pour 1975 et pour 1976 et de 11,5 pour cent pour 1977; dès 1977, les subsides fédéraux versés à l'assurance d'une indemnité journalière furent supprimés.

26 mai 1976: Reprise des tentatives de révision à l'échelon législatif et nomination à cet effet d'une commission d'experts «pour une révision partielle de l'assurance-maladie».

5 mai 1977: Loi fédérale instituant des mesures propres à équilibrer les finances fédérales (RS 611.04). En pratique, elle a eu pour conséquence de plafonner les subsides fédéraux au niveau de 1976.

5 juillet 1977: Rapport de la commission d'experts «pour une révision partielle de l'assurance-maladie» comprenant les caractéristiques suivantes: assurance des soins médico-pharmaceutiques facultative, financée par des cotisations individuelles, par des subsides (réduits) et par une cotisation obligatoire en pour-cent du salaire (1% au maximum du revenu d'une activité lucrative); celle-ci devait établir une certaine péréquation des charges vu la réduction précitée des subsides. S'y ajoutait l'introduction d'une assurance d'indemnités journalières obligatoires pour les salariés.

Novembre 1978: A la suite de la consultation sur le rapport des experts de 1977, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) soumit un avant-projet de révision partielle de l'assurance-maladie incluant toujours une assurance des soins médico-pharmaceutiques facultative, mais désormais sans financement en pour-cent du salaire puisque celui-ci avait été rejeté à une large majorité. L'avant-projet prévoyait une affectation plus adéquate des subsides fédéraux, un développement modéré des prestations ainsi que des mesures destinées à maîtriser les coûts.

L'assurance d'une indemnité journalière devait être obligatoire pour tous les salariés.

19 août 1981: Message du Conseil fédéral sur la révision partielle de l'assurance-maladie (projet LAMM; FF 1981 II 1069 s.).

Ce projet prévoyait également une assurance des soins médico-pharmaceutiques facultative qui, cependant, devait être améliorée par les mesures suivantes: accès facilité à l'assurance; prestations modérément étendues (suppression de la limite de durée pour les prestations hospitalières; prise en compte de la médecine préventive et des soins à domicile; obligation, pour les caisses-maladie, d'introduire une assurance complémentaire pour les traitements dentaires; amélioration des prestations en cas de maternité); réaménagement de la participation aux frais des assurés; mesures visant à maîtriser les coûts (examen plus approfondi du caractère économique des prestations, fixation des tarifs selon les principes d'une saine gestion, remboursement du traitement hospitalier sous forme de forfaits calculés en fonction des frais); versement des subsides fédéraux dans le même ordre de grandeur que précédemment, mais avec une affectation plus adéquate, notamment en faveur des personnes âgées, des malades chroniques, des femmes et des familles nombreuses; dans le cadre de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons, ces derniers devaient prendre en charge la moitié des subventions à l'assurance-maladie tout en étant déchargés de leur participation au financement de l'AVS.

Quant à l'assurance d'une indemnité journalière, y compris en cas de maternité, elle devait être obligatoire pour les salariés et être financée par des cotisations paritaires des employeurs et des salariés sous la forme d'un pourcentage du salaire.

8 novembre 1982: Convocation par le chef du DFI d'une Conférence nationale d'économies dans le domaine de la santé publique. Celle-ci mandatait quatre groupes de travail de faire des propositions d'économies dans le secteur hospitalier, les soins à domicile, les soins ambulatoires et les tarifs, la prévention et la prophylaxie, la responsabilité financière du patient et la conception même du système d'assurance.

12 août 1983: Les quatre groupes de travail de la Conférence nationale d'économies soumièrent leurs propositions à la commission du Conseil national chargée de l'examen préalable du projet du Conseil fédéral pour une révision partielle de l'assurance-maladie. Ces propositions furent largement reprises dans le projet LAMM.

30 avril 1985: Dépôt de l'initiative populaire «pour une assurance-maladie financièrement supportable» (initiative des caisses-maladie) munie de 390 273 signatures valables (voir ch. 131).

17 mars 1986: Dépôt par le PS et l'Union syndicale suisse (USS) de l'initiative populaire «pour une saine assurance-maladie» munie de 103 575 signatures valables (voir ch. 131 ci-après).

4 décembre 1986: Après avoir débattu le projet LAMM, le Conseil des Etats, Chambre non prioritaire, déposait la motion relative au financement de l'assurance-maladie que le Conseil national avait acceptée le 13 décembre 1984. Cette

motion invitait le Conseil fédéral «à soumettre au Parlement un projet de financement de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques avec pour but de verser les subsides fédéraux selon la situation financière des assurés». L'objectif de base de cette motion a été repris par le système de financement qui figure dans le projet joint au présent message.

20 mars 1987: Adoption du projet LAMM par les Chambres fédérales (programme d'urgence). Ce projet a été «durci» par rapport à celui du Conseil fédéral. L'assurance des soins médico-pharmaceutiques resta facultative, mais les accents mis sur la participation aux frais des assurés et les mesures visant à maîtriser les coûts furent renforcés (conclusions de la Conférence nationale d'économies); la création de caisses dites de santé (Health Maintenance Organization, HMO) devint possible; en cas d'hospitalisation, le taux des frais à couvrir par les caisses-maladie fut limité à 60 pour cent au maximum des frais d'exploitation par patient en division commune; les améliorations proposées par le Conseil fédéral au niveau des prestations furent adoptées; quant au montant des subsides fédéraux, à utiliser de manière plus adéquate, il fut légèrement augmenté. En revanche, on renonça à une assurance de l'indemnité journalière obligatoire pour les travailleurs; en effet, l'ancien cheval de bataille du projet dut faire face aux assauts redoublés de la critique au cours des débats parlementaires. En lieu et place, il fut décidé d'introduire l'assurance obligatoire garantissant une allocation en cas de maternité en s'inspirant des dispositions sur les allocations pour perte de gain en faveur des personnes astreintes au service militaire ou à la protection civile (APG).

6 décembre 1987: Rejet, en votation populaire, du projet LAMM (programme d'urgence) par 1 418 231 non contre 571 447 oui (FF 1988 I 541). Ce rejet ne réglait évidemment en aucune manière les problèmes de l'assurance-maladie qui allèrent en s'accroissant dans le domaine du financement et de l'organisation notamment. De profondes modifications de la loi demeuraient indispensables, ainsi qu'en témoignent les tentatives de révision les plus récentes (voir ch. 13). Dès qu'il eut connaissance du verdict du 6 décembre 1987, le Conseil fédéral s'attacha à entreprendre les démarches nécessaires pour mettre en œuvre les réformes qui s'imposaient d'urgence. Le chiffre 14 relate la nouvelle tentative de réforme qui en a résulté et dont on trouvera la concrétisation dans le présent message.

13 Tentatives de révision en cours

131 Initiatives populaires

Le 30 avril 1985 fut déposée l'initiative populaire «pour une assurance-maladie financièrement supportable» (initiative des caisses-maladie) munie de 390 273 signatures valables. Le Conseil fédéral adopta le message y afférent le 24 février 1988 (FF 1988 II 256 s.). Sans vouloir modifier le système actuel d'assurance-maladie facultative, cette initiative propose en premier lieu d'abaisser d'une manière générale la charge que représentent les primes par une augmentation massive des subsides fédéraux. Or, cette mesure s'avère insuffisante et les priorités fixées ne sont pas les bonnes. En conséquence, le Conseil fédéral, imité en cela par

les Chambres (arrêté fédéral du 23 mars 1990, FF 1990 I 1515), recommande au peuple et aux cantons de rejeter l'initiative et il ne lui opposera pas de contre-projet formel. Cette initiative sera soumise le 16 février 1992 au verdict du peuple et des cantons.

Le 17 mars 1986 fut déposée l'initiative populaire «pour une saine assurance-maladie» munie de 103 575 signatures valables (FF 1986 II 308). Cette initiative réclame l'introduction d'une assurance obligatoire des soins médico-pharmaceutiques pour l'ensemble de la population et l'introduction de l'assurance, obligatoire elle aussi, d'une indemnité journalière pour tous les travailleurs. Nous rejetons cette initiative bien que nous approuvions le postulat d'une assurance obligatoire des soins médico-pharmaceutiques. En fait, l'initiative modifierait de fond en comble le système global de l'assurance-maladie, ce qui, à notre avis, n'est ni nécessaire ni souhaitable à l'heure actuelle. En particulier, le financement par le biais d'un pourcentage du salaire, comme le revendiquent les auteurs de l'initiative, équivaudrait à centraliser l'assurance et à supprimer l'indépendance financière des organismes d'assurance. Au surplus, elle aurait pour conséquence d'affaiblir la position des cantons dans le domaine de la santé publique aux dépens de la Confédération (voir en détail le message du 6 nov. 1991 concernant l'initiative populaire «pour une saine assurance-maladie»; FF 1991 IV . . .). Le projet de révision de l'assurance-maladie que nous vous soumettons peut être considéré comme un contre-projet matériel de l'initiative.

132 Contre-projet indirect du Parlement à l'initiative des caisses-maladie

Lors des délibérations sur l'initiative des caisses-maladie, la commission afférente du Conseil des Etats, présidée par Monsieur Hans Jörg Huber, député d'Argovie, élaborà à l'échelon législatif un contre-projet. Ce contre-projet réclamait une révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie; il reprenait certaines propositions de la loi fédérale du 20 mars 1987, qui avait été refusée le 6 décembre 1987 par le peuple, et y ajoutait de nouvelles propositions. Il s'agissait essentiellement d'améliorer les prestations, de mieux maîtriser les coûts et d'augmenter à bon escient les subsides fédéraux pour les utiliser de manière plus adéquate. S'appuyant sur le rapport de sa commission (voir rapport de la commission du Conseil des Etats du 17 octobre 1988, FF 1988 III 1262 s.), le Conseil des Etats adopta ledit contre-projet le 14 décembre 1988. Le 13 décembre 1989, le Conseil national décida toutefois «de suspendre les délibérations sur le contre-projet indirect du Conseil des Etats en attendant les résultats des travaux de la commission d'experts «Schoch.» Le Conseil des Etats approuva cette décision le 15 mars 1990.

En lieu et place du contre-projet du Conseil des Etats, les Chambres fédérales adoptèrent le 23 mars 1990 un arrêté fédéral relatif à l'augmentation temporaire des subventions aux caisses-maladie (RO 1990 1091). Par cet arrêté, les subventions versées aux caisses-maladie passèrent à 1,3 milliard de francs avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 1990. Outre l'échelonnement déjà existant des subsides par assuré selon le sexe, l'arrêté prévoit un échelonnement selon l'âge des assurés. Un équilibre est ainsi établi en faveur des caisses-maladie ayant un effectif

d'assurés âgés. Le Conseil fédéral a réglé l'échelonnement des subsides par voie d'ordonnance (ordonnance I sur l'assurance-maladie du 22 déc. 1964, RS 832.190, modification du 16 octobre 1990, RO 1990, 1675).

133 Interventions parlementaires

Par notre message sur la révision partielle de l'assurance-maladie du 19 août 1981, nous avons pu classer l'initiative d'un canton ainsi que plus de cinquante interventions parlementaires, déposées entre 1962 et 1981 (voir ch. 131 et 132 dudit message). C'est aujourd'hui une douzaine d'intervention, parlementaires que nous vous proposons de classer (voir la liste au début du présent message). Sans entrer dans les détails, voici dans quelle direction allaient lesdites interventions.

Depuis 1981, soit en dix ans, l'assurance-maladie s'est détériorée. Le système – assurément souple – que la LAMA avait instauré a atteint ses limites. Il n'est plus en mesure de résoudre les problèmes – nouveaux – qui découlent pour l'essentiel de la structure et du financement de l'assurance-maladie. Ce bilan se reflète dans les interventions parlementaires qui datent d'après 1987. En effet, si elles se préoccupent aussi de l'extension du catalogue des prestations (inclusion des soins à domicile ou encore ouverture aux formes complémentaires de la médecine), elles visent essentiellement à remédier, à court ou à moyen terme, aux conséquences néfastes du système actuel pour un certain nombre d'assurés. Ainsi, diverses interventions demandent, dans un premier temps, des mesures pour lutter contre le phénomène de désolidarisation qui devient – regrettablement – l'un des défauts majeurs de notre système d'assurance-maladie. D'autres interventions visent, à moyen terme, le réexamen du mode de financement – la fixation des primes et l'affectation des subsides – afin d'arriver à un système qui tienne compte, au mieux, de la situation financière des assurés.

Si nous avons accepté ces motions et ces postulats, c'est que nous estimons – encore plus qu'en 1981 – que la révision de l'assurance-maladie est une nécessité première.

14 Relance des travaux de révision

141 Rapports des experts

Le résultat négatif du 6 décembre 1987 n'était pas une raison suffisante pour que le Conseil fédéral mette le dossier de l'assurance-maladie en veilleuse. En effet, le «non» du peuple – que l'on a aussi interprété comme le cautionnement du système en vigueur – ne résolvait aucun des problèmes structurels et financiers résultant de la LAMA, problèmes que les développements de ces dernières années ont amplement mis en évidence. Convaincu de la nécessité, inchangée si ce n'est accrue, d'une révision, le Conseil fédéral souhaitait toutefois repartir sur de nouvelles bases. Il a donc choisi la formule du concours d'idées et fait appel à quatre experts que les derniers travaux de révision n'avaient pas impliqués directement.

Messieurs Alberto Gianetta, Pierre Gilliland, Heinz Hauser et Peter Zweifel ont ainsi reçu, à la mi-janvier 1988, le mandat de présenter des propositions concrètes de révision de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. Il ne s'agissait pas, pour eux, d'effectuer un travail en commun, mais de proposer chacun de leur côté des mesures de réforme. Certes, le Conseil fédéral ne s'attendait pas à recevoir des idées fondamentalement nouvelles dans ce domaine; en effet, celui-ci ne se caractérise pas par le manque de suggestions de révision, mais bien par la quasi-impossibilité d'apporter des modifications faute de l'appui politique nécessaire. D'après le Conseil fédéral, le fait de disposer de quatre concepts autonomes devait permettre de mieux cerner la voie à suivre pour redonner à l'assurance-maladie l'aplomb dont elle a besoin.

Les quatre expertises, reçues à la fin septembre 1988, ont été présentées à la presse le 13 octobre 1988. Elles n'ont pas déçu le Conseil fédéral. En effet, l'approche effectuée parallèlement par les experts a localisé les mêmes points sensibles dans le régime en vigueur.

Il s'agit de l'organisation de l'assurance; de son financement, essentiellement du mode de fixation des primes et de l'affectation des subsides des pouvoirs publics; de la maîtrise des coûts.

Sans entrer dans les détails des quatre rapports, nous donnerons, ci-après, une présentation schématique des propositions des experts, en faisant ressortir les principaux points de convergence, respectivement de divergence. Nous n'aborderons que les questions les plus importantes.

Organisation

- a. *Assurance obligatoire*: trois experts y sont favorables (Gianetta, Gilliland, Hauser). Zweifel est partisan d'un régime facultatif, mais plus solidaire (en particulier, de la suppression de l'échelonnement de la prime d'après l'âge d'entrée; du libre passage intégral; de la compensation des charges sociales par des subsides ad hoc).
- b. *Cercle des assureurs*: deux experts (Gianetta, Gilliland) en restent à une assurance pratiquée par les seules caisses-maladie. Hauser et Zweifel sont favorables à la participation des assureurs privés.
- c. *Libre passage*: tous les experts sont partisans d'une liberté maximale pour les assurés. Gianetta et Gilliland veulent éviter, toutefois, des changements trop fréquents. Selon Gianetta, Gilliland et Hauser, seul un système obligatoire permet un tel libre passage.
- d. *Autres formes d'assurance*: les quatre experts sont favorables à ces formes (p. ex. caisse du type HMO). En revanche, le principe de l'assurance avec bonus (différentes formes possibles) n'est soutenu que par Zweifel.

Financement

Les experts en restent aux trois composantes actuelles du financement (primes, participation aux frais et subsides).

- a. *Primes*: les quatre experts postulent le maintien d'une prime individuelle. Zweifel prévoit, en outre, la possibilité d'une prime familiale; Gianetta, une

réduction de la prime de 50 pour cent pour les enfants et les jeunes; Gilliand, l'exonération totale pour ceux-ci; Hauser, la libération de toute prime à partir du troisième enfant. Aucun expert ne propose des primes en pourcentage du salaire ou du revenu.

Gianetta et Gilliand prévoient un système de prime unique sans aucun autre échelonnement que régional (différentes possibilités). Hauser propose des cotisations plus ou moins fortement échelonnées (d'après la forme d'assurance, l'âge effectif, le sexe et la région). Zweifel prévoit d'échelonner les primes essentiellement en fonction des risques et des coûts. A souligner qu'aucun expert ne maintient le système des primes échelonnées selon l'âge d'entrée.

- b. *Participation aux frais*: tous les experts combinent un système de base et un système à option, dans les détails desquels nous n'entrerons pas. Le montant de la quote-part est de 10 pour cent chez Gilliand, de 20 pour cent chez Gianetta et Hauser, de 10 pour cent (en moyenne) chez Zweifel également, mais par rapport au coût de la prime annuelle. Ces pourcentages sont assortis de limites annuelles.
- c. *Subsides des pouvoirs publics*: des subsides directs aux assureurs ne sont pas prévus par Gianetta ni par Gilliand (Gianetta maintient, toutefois, les subsides et indemnités de montagne). Hauser maintient ce type de subsides (en faveur des caisses dont l'effectif d'assurées, de personnes âgées de plus de 65 ans ou de bénéficiaires d'une rente AI est supérieur à la moyenne; pour la prise en charge (partielle) des prestations de maternité, de l'exonération de prime à partir du 3^e enfant et des indemnités de montagne). De même chez Zweifel qui affecte ces subsides au financement des «charges» sociales ou «groupes de risques» (a priori, femmes, enfants, personnes âgées, personnes à ressources modestes et malades chroniques).

Gianetta et Gilliand affectent donc exclusivement les subsides (chez Gilliand, il s'agit des subsides versés par les cantons et les communes) à la réduction des primes et de la participation aux frais des assurés à ressources modestes, ce que Hauser prévoit aussi accessoirement. Par ailleurs, Gianetta, Gilliand et Hauser introduisent une péréquation des charges entre caisses/assureurs au moyen des propres ressources de ceux-ci (Gianetta et Gilliand sur le plan cantonal, Hauser au niveau national). Zweifel prévoit implicitement une péréquation des charges dans le cadre de son plan de subventionnement (critère de l'effectif de personnes appartenant aux «groupes de risques»).

Maîtrise des coûts

Les options de base des experts sont plutôt divergentes, alors que différentes propositions concrètes se rejoignent.

Gianetta reprend quasiment toutes les propositions de la LAMM de 1987 (en particulier, la planification hospitalière, le contrôle accru du caractère économique des prestations). Hauser propose deux stratégies: des mesures inspirées du système actuel et de la LAMM (mais avec un accent spécial mis sur le contrôle des coûts par le biais des tarifs conventionnels); le renforcement du rôle de l'assuré,

dans un système où la concurrence doit favoriser la maîtrise des coûts. Zweifel ne met pas d'accent particulier sur la maîtrise des coûts, mais il conçoit celle-ci comme l'un des corollaires d'une concurrence accrue et d'une plus grande flexibilité du système. Gilliland propose différentes mesures à court terme (par ex. la planification, l'interdiction de la propharmacie, le remboursement différencié des médicaments, la comptabilité analytique, le renforcement du rôle des médecins-conseils, la répétition de l'indu, la collaboration «public-privé» pour l'achat et l'utilisation d'équipements, le renforcement des statistiques), puis la restructuration du système à moyen terme (la plus grande part des dépenses provenant du secteur hospitalier, il souhaite que les cantons prennent en charge l'intégralité des frais d'hospitalisation en salle commune, alors que Hauser propose que ceux-ci soient entièrement à la charge de l'assurance-maladie).

Prestations

Aucun des experts ne veut baisser le niveau actuel du catalogue de base. Trois d'entre eux élargissent celui-ci sur la base du message de 1981 – Gianetta, Zweifel – ou de la LAMM de 1987 qui allait un peu moins loin (Hauser). Gilliland propose une assurance de base différente (seul le traitement ambulatoire en ferait partie, mais y seraient inclus les soins médicaux et pharmaceutiques d'autres assurances sociales – assurance militaire, assurance-accidents – ainsi que les mesures médicales de réadaptation ressortissant à l'AI; à souligner que les soins à domicile et les soins ambulatoires dispensés en milieu hospitalier seraient intégrés à cette assurance). Gianetta considère que le catalogue des prestations doit être non seulement contraignant, mais encore exhaustif; Zweifel partage implicitement cet avis.

Assurance d'indemnités journalières

Trois des experts font des propositions sur ce sujet, qui n'était pas compris dans leur mandat. Ces propositions sont divergentes quant à leur conception de base (Gilliland: assurance obligatoire comme en 1981; Gianetta: maintien du système actuel, avec la reprise de quelques innovations proposées en 1981, en particulier, possibilité d'accès à l'assurance également pour les personnes sans activité lucrative et allocation des indemnités dès que l'incapacité de travail atteint la moitié; Zweifel: renforcement du rôle de cette assurance, qui doit toutefois rester facultative).

Dans la mesure où elles contiennent chacune des éléments nouveaux par rapport au système en vigueur, ces mêmes propositions indiquent que, selon les experts, ce domaine serait aussi à réviser.

142 Principes du Conseil fédéral

Après avoir examiné les rapports des quatre experts et se fondant sur l'évaluation faite par l'administration, le Conseil fédéral a décidé, le 23 août 1989, de poursuivre les travaux de révision. Il a donc constitué une commission d'experts de vingt-six membres, comprenant des représentants des milieux intéressés ainsi que des experts indépendants. Cette commission avait pour mandat d'élaborer un

avant-projet de révision de la LAMA avant le 30 septembre 1990; seule l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques en faisait partie.

Vu la complexité du sujet, le Conseil fédéral a toutefois assorti son mandat de principes. En effet, il estimait nécessaire de donner, à ce stade, l'esquisse de la «nouvelle» assurance-maladie. Ces principes s'inspiraient très largement des points de convergence des quatre expertises. Ils constituaient les lignes directrices qui devaient permettre à la commission d'élaborer son projet de manière parfaitement ciblée, sans recommencer la discussion de la problématique dès le début. D'autant d'ailleurs que le délai imparti aux experts était d'une année seulement.

Nous reproduisons ci-après la teneur intégrale de ces principes présentés à la presse le 28 août 1989.

1 Organisation

11 Assureurs

Toutes les institutions d'assurance qui satisfont aux exigences de la loi sont autorisées à pratiquer l'assurance-maladie. Si les conditions précitées sont remplies, l'autorisation doit également valoir pour les compagnies d'assurance privées à but lucratif.

12 Affiliation à l'assurance

L'assurance de base des soins médicaux et pharmaceutiques est obligatoire pour toute la population résidente.

13 Choix de l'assureur

Les assurés choisissent librement leur assureur. Les assureurs doivent admettre tout candidat à l'assurance, sans aucune réserve.

Les assureurs peuvent limiter leur rayon d'activité quant au lieu.

Il convient d'examiner si la limitation du rayon d'activité à une entreprise doit continuer d'être autorisée. Pour ce qui est de l'assurance collective, voir le chiffre 31.

Les assurés ont droit au libre passage sans en subir d'inconvénients au niveau de la protection garantie par l'assurance ni au niveau de la cotisation à payer, par rapport aux assurés de la «nouvelle» caisse.

Il convient d'examiner si le changement de caisse doit, le cas échéant, être limité dans le temps (libre passage après une période minimale d'affiliation ou encore périodiquement tous les x ans).

14 Offres d'assurance alternatives/choix

Les assureurs peuvent offrir des modèles d'assurance alternatifs, qui renforcent la responsabilité et la prise de conscience des assurés sur le plan des coûts. Par des dispositions-cadre correspondantes, il s'agit, toutefois, d'éviter que ces nouveaux modèles soient utilisés en vue d'une sélection des risques.

2 Prestations

21 Assurance de base

Les prestations de l'assurance de base doivent correspondre au moins au catalogue actuel. Est exclue toute extension, par voie statutaire, des prestations dues au titre de l'assurance de base.

Il convient d'examiner dans quelle mesure une extension des prestations au sens du programme d'urgence (droit à des prestations illimitées dans le temps en cas de séjour hospitalier, remboursement des prestations prodiguées hors de l'hôpital – SPITEX – et des mesures préventives) doit être comprise dans l'assurance obligatoire (au sens du ch. 12).

Dans l'optique d'une limitation de l'assurance de base aux gros risques, il convient d'examiner si l'obligation de l'assureur de verser des prestations ne devrait survenir qu'au cas où les frais de traitement dépassent un certain montant par année. Les frais inférieurs à ce montant peuvent être couverts par une assurance complémentaire (facultative); voir chiffre 22.

Il convient, en outre, d'examiner si c'est en fonction du revenu de l'assuré (modèle de la franchise familiale) qu'il faut échelonner le montant-limite, déterminant pour la prise en charge des frais par l'assurance.

22 Assurances complémentaires

En plus de l'assurance de base obligatoire, les assureurs peuvent offrir des assurances complémentaires. La plus grande liberté d'aménagement doit prévaloir dans ce domaine. Les assurances complémentaires doivent, par ailleurs, faire l'objet d'une comptabilité séparée de celle de l'assurance de base. Les caisses ne reçoivent pas de subventions des pouvoirs publics pour les assurances complémentaires.

Il convient d'examiner si et dans quelle mesure les assurés économiquement faibles peuvent bénéficier de réductions de primes.

3 Financement

30 Généralités

Les assureurs restent, en principe, autonomes sur le plan financier.

Il convient de continuer de pratiquer le système de répartition des dépenses avec un fonds de réserve.

31 Cotisations des assurés

Les cotisations des assurés doivent continuer d'être fixées en tant que cotisations individuelles (cotisations par assuré), c'est-à-dire que les cotisations ne seront pas fixées en pour-cent du salaire. Les échelonnements en fonction du sexe et de l'âge d'entrée sont supprimés ainsi que la séparation entre assurance collective et assurance individuelle. Restent possibles des échelonnements d'après les régions.

Il convient d'examiner les modalités éventuelles d'un échelonnement limité en fonction de l'âge, pour les enfants et les jeunes.

32 Participation aux frais

Il convient de prévoir une forme de participation aux frais (quote-part et/ou franchise).

Il convient d'examiner si la charge maximale résultant de la participation aux frais doit être limitée en fonction des conditions financières de l'assuré, respectivement de la famille de celui-ci.

Il convient d'examiner si une participation aux frais serait encore nécessaire dans l'assurance obligatoire, au cas où une assurance gros-risques serait introduite (voir ch. 21); il en va de même pour ce qui est du choix – dans l'assurance de base – de participations aux frais plus élevées avec une réduction de prime en contrepartie (voir ch. 14).

33 Subventions des pouvoirs publics

Les subventions des pouvoirs publics doivent servir en premier lieu à réduire les cotisations individuelles des assurés à ressources modestes. Elles servent aussi, toutefois, à la péréquation des charges entre les assureurs, par exemple en faveur des femmes, des personnes âgées et des malades chroniques (ch. 34).

Il appartient aux cantons de déterminer quelles sont les personnes ayant droit à une réduction de cotisation. La Confédération fixe des conditions-cadres et soutient les cantons.

La contribution financière de la Confédération à l'assurance-maladie est modérément augmentée par rapport à aujourd'hui.

Il convient d'examiner s'il faut maintenir l'option du programme d'urgence en matière de répartition des tâches (les cantons prennent à leur charge la moitié des subventions fédérales aux caisses-maladie et sont en contrepartie déchargés de leur contribution à l'AVS).

34 Compensation des charges entre les assureurs

Il convient d'introduire une péréquation des charges entre les assureurs, afin d'accroître la solidarité entre les bons et les mauvais risques et afin de contrebalancer toute sélection des risques entre caisses.

4 Maîtrise des coûts

40 Généralités

L'importance des coûts de santé est le résultat de l'opération suivante: le prix de la prestation multiplié par le volume de la prestation. Maîtriser les coûts signifie donc influencer sur ces mêmes facteurs. Comptent au nombre des moyens permettant de maîtriser les coûts, entre autres: des mesures appropriées de prévention, la promotion de la responsabilité personnelle et de la participation aux frais des assurés dans le cadre d'un libre passage intégral et avec la possibilité de choisir des modèles d'assurance alternatifs, une saine concurrence entre assureurs au niveau des cotisations et des prestations, la stimulation d'une gestion économique tout en veillant au maintien de la qualité du traitement de la part du fournisseur de prestations et avec la transparence nécessaire au niveau de la facturation.

41 Conventions tarifaires

Il convient de renforcer la liberté contractuelle entre assureurs et fournisseurs de prestations. Les conventions tarifaires doivent être établies sur la base des principes de

l'économie d'entreprise généralement reconnus. Il faut tenir compte de la coordination nécessaire avec les autres assurances sociales.

Il convient de continuer à garantir le droit d'adhésion des médecins et des pharmaciens aux conventions tarifaires. En cas de régime sans convention, il convient également de maintenir une possibilité d'intervention pour les autorités compétentes (gouvernements cantonaux/recours au Conseil fédéral).

Il faut examiner dans quelle mesure il convient de limiter le droit légal d'adhésion dans le cadre des modèles d'assurance alternatifs (ch. 14).

Il s'agit aussi d'examiner s'il faut prévoir, dans la loi, une répartition des frais entre cantons et assureurs, pour le traitement hospitalier.

42 Economie du traitement

Sur le plan légal, c'est le principe du tiers garant qui doit prévaloir, c'est-à-dire que l'assuré sera le débiteur des honoraires. Toutefois, les partenaires tarifaires doivent conserver la possibilité de choisir le système du tiers payant. L'assuré doit recevoir une facture qui soit compréhensible, pour lui également.

Les fournisseurs de prestations doivent s'en tenir au principe de l'«économicité» du traitement. Les assureurs ont le droit de contrôler si le principe est respecté – par exemple par les médecins-conseils; l'élaboration de statistiques; l'obligation pour les hôpitaux de calculer leurs frais selon une méthode uniforme; la communication du diagnostic – et de prendre des sanctions en cas de non-respect de ce principe (demande de restitution/répétition de l'indu; pour des cas graves, exclusion de l'autorisation de pratiquer à la charge des caisses).

Le contrôle de l'«économicité» devrait aussi comprendre l'examen de la nécessité même d'un traitement sur le plan médical.

43 Admission du personnel médical

Il convient d'examiner si l'autorisation du personnel médical à prodiguer des prestations à la charge des assureurs doit être liée à certains critères (par ex. formation de base et formation complémentaire, permettant de garantir la qualité des prestations).

44 Mesures prises par les autorités

Il convient d'examiner s'il faut renoncer à l'approbation des conventions tarifaires.

En vue de renforcer la liberté contractuelle (ch. 41), il convient également d'examiner s'il faut renoncer à des tarifs sur le plan fédéral pour les analyses de laboratoires ainsi que pour les médicaments.

Il convient d'examiner si le respect des planifications cantonales (planification hospitalière, appareils coûteux) doit avoir des conséquences au niveau du remboursement des prestations.

En axant ses principes essentiellement autour de l'organisation de l'assurance, de son financement et de la maîtrise des coûts, le Conseil fédéral marquait, à nouveau, sa volonté de redonner au système la solidarité nécessaire à un fonctionnement optimal. A ses yeux, cette solidarité devait être multiple: entre bien-portants et malades; entre jeunes générations et anciennes générations; entre personnes aisées et personnes à ressources modestes; entre hommes et femmes; entre assureurs enfin. Cette volonté s'exprimait concrètement dans les

principes imprimés en italique, qui constituaient des bases de travail contraignantes pour les experts (en particulier, l'obligation de s'assurer; la pluralité d'assureurs; le libre passage intégral; la possibilité d'autres formes d'assurances; l'absence de subventionnement des assurances complémentaires; les primes individuelles, sans échelonnement en fonction du sexe ou de l'âge d'entrée; l'affectation des subsides des pouvoirs publics principalement à la réduction des primes des assurés à ressources modestes; la péréquation des charges entre assureurs; l'augmentation modérée de la contribution de la Confédération; l'introduction de différentes mesures permettant de mieux maîtriser les coûts, entre autres le contrôle accru du caractère économique des conventions tarifaires, l'élaboration obligatoire de statistiques à but comparatif, la restitution des prestations non dues).

Les autres principes, imprimés en caractères normaux, donnaient des orientations aux experts en énumérant les problèmes supplémentaires à examiner. Le Conseil fédéral n'y esquissait toutefois pas les solutions correspondantes.

143 Avant-projet de la commission d'experts

La commission d'experts a consacré vingt journées complètes de séance à ses travaux. Ceux-ci ont débuté le 16 octobre 1989 et ont pris fin le 2 novembre 1990, date à laquelle la commission a approuvé le projet de loi issu de ses délibérations par 19 voix contre 3 et 2 abstentions; à noter que deux experts étaient absents et n'ont donc pas participé au vote.

Les travaux des experts se sont faits en trois étapes: – l'examen approfondi des Principes du 23 août 1989; – la discussion du projet de loi, mis au point par l'administration sur la base des décisions de principe de la commission; – l'élaboration du projet de loi final, accompagné d'un rapport explicatif. S'agissant de la réforme du financement de l'assurance-maladie, la commission a travaillé en se fondant sur les recherches préliminaires d'un groupe interne ad hoc.

Quelles sont les *grandes lignes* de ce projet de loi, fort de 76 articles? Nous les résumerons comme suit.

Organisation

La commission se prononce en faveur d'une assurance des soins à caractère obligatoire parce qu'elle estime que l'obligation de s'assurer est le fondement de la solidarité, du libre passage intégral ainsi que de la suppression des réserves d'assurance. Elle maintient le principe de l'assurance pratiquée par un nombre illimité d'assureurs autonomes, mais elle élargit le cercle des assureurs-maladie aux assureurs privés qui devront exercer leur activité aux mêmes conditions que les caisses-maladie; cela signifie en particulier que les assureurs privés ne pourront pas réaliser de profit. Selon le projet, chacun devra s'assurer auprès de l'assureur de son choix. S'il ne le fait pas, l'autorité l'assurera d'office. Le changement d'assureur sera en principe possible à n'importe quel âge, puisque les entraves à un tel changement seront abolies.

La commission conçoit le système de l'assurance obligatoire de telle manière qu'un important appareil administratif ne doive pas être nécessaire; elle confie le contrôle de l'affiliation aux cantons, tâche qu'il sera possible d'assumer avec les

moyens existants, notamment avec les services communaux du contrôle de l'habitant.

Financement

La commission en reste aux trois composantes actuelles: primes, participation aux coûts et subsides des pouvoirs publics.

- a. *Primes*: les experts maintiennent des primes par tête, autrement dit des primes individuelles. Les assureurs ne pourront toutefois plus échelonner les primes que d'après les régions et uniquement en fonction de la «différence» adulte-enfant (jusqu'à l'âge de 18 ans révolus). Les échelonnements d'après le sexe ou l'âge d'entrée ne seront plus admis. En outre, le projet ne permet plus de différence de prime entre l'assurance individuelle et l'assurance collective.
- b. *Participation aux coûts*: elle reste composée d'une franchise annuelle et d'une quote-part de 15 pour cent, qui s'assortit d'un montant-limite annuel. Afin de ne pas «favoriser» indirectement les hospitalisations, la commission prévoit aussi que la participation aux coûts sera prélevée en cas d'hospitalisation.
- c. *Subventions des pouvoirs publics*: la commission les affecte, à raison des deux tiers, à la réduction individuelle des primes et, à raison d'un tiers, à la compensation des frais plus élevés qu'occasionnent les personnes âgées et au financement des prestations en cas de maternité.

Le montant des subventions est une question qui ressortit à la politique; dès lors, la commission ne se prononce pas à son sujet. Les réductions individuelles de prime toucheront les personnes dont la prime, jointe à celles des membres de leur famille, dépasse un certain pourcentage – à déterminer – du revenu et de la fortune imposables. Ces subventions seront assumées par la Confédération et les cantons. La part de ces derniers dépendra de leur capacité financière.

Maîtrise des coûts

La commission choisit un ensemble de mesures qu'elle ne veut pas trop interventionnistes, mais dont elle attend, néanmoins, un effet réducteur sur les coûts. La transparence accrue des factures et l'offre de nouvelles formes d'assurance, plus avantageuses, doivent responsabiliser les assurés et donc les dissuader de surconsommer. Les fournisseurs de prestations doivent accepter de se soumettre à un contrôle direct ou indirect afin que le caractère économique de leurs prestations puisse être aisément vérifié.

Le tarif, qui reste à convenir, dépendra essentiellement de la fixation de la structure tarifaire (détermination de la valeur relative d'une prestation par l'attribution d'un nombre de points). Les structures tarifaires devront faire l'objet de conventions uniformes, valables pour toute la Suisse et passées entre les associations faïtières des fournisseurs de prestations et des assureurs; ces conventions seront soumises au Conseil fédéral pour approbation. En revanche, la valeur du point continuera de faire l'objet de conventions décentralisées, passées en règle générale sur le plan cantonal entre les fournisseurs de prestations et les assureurs.

Quelques mesures spéciales (il ne s'agit pas d'une liste exhaustive) méritent d'être citées ici:

- possibilité de limiter les dépenses des hôpitaux et des établissements médico-sociaux par l'introduction d'un budget global;
- couverture d'au maximum 50 pour cent des frais d'exploitation des hôpitaux (publics ou subventionnés par les pouvoirs publics) par les forfaits et les éventuelles rémunérations spéciales à la charge de l'assurance obligatoire des soins;
- élaboration de modèles uniformes de tarification, valables pour toute la Suisse, afin de calculer la rémunération des hôpitaux et des institutions prodiguant des soins semi-hospitaliers;
- introduction d'une comptabilité analytique et d'une statistique des prestations uniformes pour les hôpitaux et les établissements médico-sociaux, afin de garantir la transparence des coûts et de permettre des comparaisons entre ceux-ci. Les gouvernements cantonaux ou le Conseil fédéral (par ex. s'agissant d'hôpitaux cantonaux) peuvent ordonner que les frais d'exploitation soient comparés. Si les coûts sont exagérés ou les pièces présentées insuffisantes, la convention tarifaire pourra être dénoncée sur le champ, afin de permettre une adaptation du tarif (réduction du forfait).

Prestations

La commission donne au catalogue des prestations un caractère à la fois contraignant et exhaustif. Les différents assureurs offriront donc la même palette de prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. D'autres prestations relèveront exclusivement des assurances complémentaires, qui seront soumises à l'avenir au droit privé (loi sur le contrat d'assurance), ces assurances devant alors répondre à des souhaits particuliers.

Dans le cadre de la *maladie*, la commission met d'abord sur un pied d'égalité le traitement ambulatoire et le traitement hospitalier, ce qui veut dire notamment que la «limite des 720 jours» en cas d'hospitalisation est supprimée. De plus, elle fait entrer dans le catalogue des prestations: – les soins prodigués en dehors de l'hôpital, souvent appelés SPITEX; – les moyens et les appareils servant au diagnostic ou à la thérapie; – les mesures de réadaptation médicale; – les «frais d'hôtellerie» en cas d'hospitalisation (mais jusqu'à concurrence du coût forfaitaire en division commune et moyennant une contribution journalière, modique, de l'assuré); – les frais de transport médicalement nécessaires et les frais de sauvetage (avec des limites, toutefois); – les mesures préventives ainsi que – les traitements dentaires occasionnés par une maladie grave ou ses suites ou encore nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses suites.

Par ailleurs, l'*accident* non couvert dans le cadre d'une assurance-accidents le sera, à l'avenir, par l'assurance des soins. Cette assurance subsidiaire revêtira une importance toute particulière pour les enfants, les femmes au foyer, les personnes âgées ainsi que les personnes «entre deux emplois» qui, très souvent, ne sont pas assurées contre le risque d'accident.

Toutes ces prestations ne seront prises en charge par l'assurance des soins qu'à trois conditions: qu'elles aient été prescrites par un médecin, par un chiropraticien pour certaines prestations; qu'elles aient été scientifiquement reconnues; qu'elles soient économiques. De plus, hormis les prestations des médecins et des chiropraticiens, les prestations à la charge de l'assurance des soins seront désignées limitativement par voie d'ordonnance.

Assurance d'indemnités journalières

La commission n'a pas examiné en détail l'assurance d'indemnités journalières. Son mandat portait en effet seulement sur l'assurance des soins. Elle a, cependant, souhaité que l'assurance d'indemnités journalières reste facultative et soit soumise à des règles identiques pour tous les assureurs.

Si la commission a pu réunir une large majorité autour des propositions que nous venons de décrire brièvement, il convient de relever que certaines de celles-ci ont été controversées et le demeurent, ainsi qu'en témoignent les propositions de la minorité (voir p. 143 à 159 du rapport du 2 nov. 1990). Nous estimons nécessaire de citer ici les plus importantes d'entre elles: maintien de l'assurance facultative; obligation de l'assurance ex lege; non-inclusion de certains soins dentaires dans le catalogue des prestations; suppression du critère du «caractère scientifiquement reconnu», à remplacer par celui de la «preuve de l'efficacité»; pas de structures tarifaires uniformes sur le plan suisse; consultation du préposé à la surveillance des prix pour le contrôle du caractère économique des conventions tarifaires; extension de la qualité pour recourir, en matière tarifaire, aux assurés, le cas échéant par l'intermédiaire d'organisations les représentant; introduction de mesures spéciales permettant de fixer les tarifs en cas de situation extraordinaire; augmentation considérable de la franchise annuelle; autres modalités de subventionnement.

Toutes ces propositions de la minorité mettent – une fois encore – en relief la difficulté, voire la quasi-impossibilité de faire des propositions en s'appuyant sur un très large consensus.

Le projet et le rapport du 2 novembre 1990 ont été présentés à la presse le 17 décembre 1990. Les réactions ont été nettement positives.

144 Procédure de consultation et résultats

Le 15 février 1991, le Conseil fédéral a envoyé le projet de la commission aux cantons, aux partis politiques et aux milieux intéressés, leur demandant leur avis avant le 15 mai 1991 (voir FF 1991 I 1111). Il y joignait un avant-projet de révision de l'assurance facultative d'indemnités journalières, ainsi qu'un complément sur la législation applicable et sur les autorités compétentes en matière d'assurances complémentaires. Dans sa lettre, le Conseil fédéral déclarait soutenir l'essentiel du projet de loi qui correspondait largement à ses Principes du 23 août 1989, mais il formulait des réserves dans les deux domaines suivants: d'une part, pour ce qui est de la maîtrise des coûts, il se déclarait partisan de mesures plus énergiques telles que le préconisait la minorité (art. 40a du projet); il approuvait aussi, le cas échéant, la budgétisation globale des prestations ambulatoires en cas de croissance excessive des coûts, enfin une plus grande liberté des assureurs en matière d'offre de modèles d'assurance ayant un effet réducteur sur les coûts. D'autre part, en ce qui concerne les subsides, il indiquait sa préférence pour une solution dans laquelle le montant des subventions serait fixé périodiquement par un arrêté fédéral simple, subventions auxquelles les cantons auraient droit selon leur capacité financière, le cas échéant avec des conditions quant au montant des subsides à verser par le canton lui-même. Avec une telle solution, il incomberait

aux cantons de fixer le droit aux subventions pour réduction de prime, ce que le Conseil fédéral trouvait plus judicieux qu'une réglementation uniforme sur le plan national.

Les résultats de la procédure de consultation ont fait l'objet d'un communiqué de presse, qui a été publié le 15 juillet 1991. Nous pouvons les résumer comme suit en nous limitant aux grandes lignes. Dans le commentaire article par article, nous reviendrons sur des demandes et des observations particulières faites au cours de la procédure de consultation.

Organisation

L'obligation de s'assurer est très largement acceptée quant au principe même. Cependant, cette acceptation s'accompagne parfois de certaines réserves ou conditions.

Financement

- a. *Primes*: le nouveau système de primes a reçu un accueil mitigé, mais somme toute il est plus accepté (en tant que solution de compromis, le cas échéant) que rejeté. L'égalité des primes entre hommes et femmes constitue l'innovation la plus appréciée. Des primes en pour cent du salaire ou en fonction de la situation financière des assurés ainsi que des primes échelonnées en fonction des risques constituent trois variantes qui sont aussi proposées.
- b. *Participation aux coûts*: le taux de celle-ci est relativement bien accepté, ce qui n'empêche pas d'autres propositions (participation de 10%; de 20%; avec composante familiale; sans plafond annuel).
- c. *Subsides*:
 - aux assurés (pour réduire les primes): si le principe d'une compensation sociale par le biais d'une réduction des primes est incontesté, l'étendue et les modalités (répartition cantons-Confédération) de cette compensation donnent lieu à des avis très divergents;
 - aux assureurs (en tant que participation à la compensation des risques): les réactions sont, à nouveau, diverses et opposées. Elles vont de l'acceptation au refus complet en passant par la demande que les subsides des pouvoirs publics ne soient que de ce type (pas de subventions aux assurés);
 - quant à la compensation des risques et à la création d'un fonds à cet effet, elles sont considérées comme une bonne solution mais qui devra être limitée dans le temps.

Maîtrise des coûts

Ce domaine a donné lieu à des options de fond tout à fait opposées, l'une se caractérisant par une «libéralisation» du système dans lequel la concurrence accrue devrait exercer un effet réducteur sur les coûts, l'autre au contraire par l'introduction de mesures plus «interventionnistes» à cet effet. En revanche, divers points particuliers ont fait l'objet de propositions convergentes.

Prestations

Le nouveau catalogue des prestations – plus étendu que celui de l'actuelle assurance de base selon la LAMA et conçu comme exhaustif – est largement

accepté. Les quelques réserves qui ont été émises portent sur l'augmentation des coûts qui y est potentiellement liée. Cela n'empêche pas, au demeurant, des demandes spéciales qui vont encore plus loin. A l'opposé, des suppressions sont aussi demandées (p. ex. des mesures de prévention, des frais de transport et de sauvetage).

Assurance (facultative) d'indemnités journalières

Le projet de l'administration a suscité diverses remarques dont il émane trois tendances. L'option majoritaire consiste à dire qu'il ne faut pas lier la révision de l'assurance d'indemnités journalières avec celle des soins, ce qui signifie à court ou moyen terme le maintien du système actuel. Les deux autres tendances sont les suivantes: d'une part, en rester, le cas échéant, à un système facultatif conformément au projet de l'administration qui comporte certaines améliorations; d'autre part, adopter un système obligatoire.

Il est évident que nous avons élaboré le projet de loi ci-joint en tenant dûment compte des résultats de la procédure de consultation, à la fois positifs dans les grandes lignes et mitigés sur de nombreux points particuliers. Ces résultats assez serrés ne nous ont, toutefois, par fait changer d'avis. Nous restons convaincus de l'impérieuse nécessité de réviser la LAMA. Les retouches, matérielles et formelles, que nous avons fait subir au «projet Schoch» devraient permettre à notre projet de loi d'être accepté comme la solution la plus rationnelle aux problèmes – assurément graves – de notre système d'assurance-maladie.

2 Grandes lignes du projet

21 Renforcement de la solidarité

L'érosion de la solidarité entre malades et bien-portants représente l'un des problèmes majeurs du régime actuel; en outre, celui-ci ne tient pas suffisamment compte de la solidarité entre «riches» et «pauvres» (voir ch. 113). Le projet présenté ici assure la première solidarité, par le libre passage intégral au sein d'une assurance obligatoire, et améliore la seconde en allégeant par des subventions la charge des primes qui excèdent une certaine part du revenu.

La véritable solidarité entre malades et bien-portants passe par la solidarité entre assureurs. Cela signifie, d'une part, que les assureurs dont l'effectif des assurés représente un risque moindre, notamment du fait de leur âge en moyenne pas très élevé, doivent contribuer à supporter la charge de ceux qui ont une structure de risques plus «coûteuse», en particulier parce qu'ils assurent davantage de femmes et de personnes relativement âgées. D'autre part, les assurés de ces dernières caisses doivent être libres, quel que soit leur âge, leur sexe et leur état de santé de changer d'assureur, en particulier de choisir l'un de ceux qui peuvent, jusqu'à présent, offrir des primes relativement avantageuses, grâce à la composition de leur effectif.

C'est pourquoi le projet propose, dans ses dispositions transitoires, la compensation entre assureurs (celle-ci étant toutefois limitée à dix ans afin de ne pas favoriser le maintien de structures non viables); c'est pourquoi il remplace la

prime fixée selon l'âge d'entrée par une prime unique par assureur (modulée d'après les régions, pour tenir compte des différences de coûts). Ainsi, tous les assurés adultes d'une même caisse paieront, dans une région déterminée, la même prime, qu'ils soient jeunes ou âgés, hommes ou femmes, malades ou bien-portants. L'égalité de primes aura pour conséquence le libre passage intégral, c'est-à-dire que toute personne pourra, quel que soit son âge, son sexe et son état de santé, changer librement d'assureur et choisir, en particulier, celui dont les primes sont les plus avantageuses. De plus, la désolidarisation due actuellement à l'assurance collective sera supprimée. Seule exception à la prime unique par caisse et par région: les primes des assurés mineurs pourront être plus basses que celles des adultes. Le libre passage intégral permettra d'instituer une véritable concurrence entre les assureurs, alors qu'aujourd'hui elle se limite aux assurés qui représentent de «bons risques». Tout ce système ne peut toutefois être envisagé sans l'instauration d'une assurance obligatoire. La solidarité ne peut être complète et juste que si tous y participent. En ce sens, l'assurance obligatoire n'est pas une fin en soi, mais bien le moyen indispensable de garantir une solidarité devenue nécessaire. A cela s'ajoute le fait qu'elle permet de renoncer à certains inconvénients de l'assurance facultative, tels que l'imposition de réserves d'assurance et la différence de primes entre hommes et femmes. Le caractère obligatoire d'une assurance n'exclut d'ailleurs pas la concurrence entre les institutions qui la pratiquent. Ceci est particulièrement vrai dans le projet qui maintient la pluralité des assureurs et la fixation des primes par l'assureur. Enfin, le projet conçoit l'assurance obligatoire de telle sorte qu'elle ne provoque pas d'inflation administrative.

Quant à la solidarité entre personnes de revenus différents, elle sera sensiblement améliorée, grâce au système de subventionnement qui est proposé. Tous les assurés paieront leur prime entière, mais ceux pour qui elle dépasse un certain pourcentage de leur revenu recevront directement de l'Etat la différence entre cette limite et le montant effectif de la prime. Toutes les subventions fédérales, auxquelles devra s'ajouter une part cantonale, seront consacrées à cette péréquation sociale. Les subventions étant alimentées à la fois par les recettes fiscales, il est permis d'affirmer que non seulement le système de remboursement mais aussi son financement sera de nature à renforcer la solidarité entre «riches» et «pauvres».

22 Maîtrise des coûts

221 Aperçu

Depuis un certain nombre d'années, les dépenses de santé augmentent plus rapidement que les prix et les salaires (voir tableau 5 en annexe et graphique 1). Les augmentations de primes qui se succèdent pour les assurés entraînent pour certains groupes de la population des charges financières qui sont à la limite du supportable (voir ch. 113). La maîtrise des coûts de la santé est donc l'un des principaux objectifs de cette révision: il s'agit d'éviter que la part du revenu national consacré à la santé ne croisse indéfiniment. En révisant la loi sur l'assurance-maladie, on ne peut influencer qu'en partie le domaine de la santé publique (voir ch. 111). Cela permet cependant de donner des incitations déterminantes pour l'évolution de notre système de santé.

Les mesures proposées pour maîtriser les coûts n'auront véritablement atteint leur but que lorsque l'accroissement annuel des dépenses de santé par habitant suivra l'évolution générale des salaires et des prix. Or, cet idéal n'est guère réalisable à moyen terme. Il n'en reste pas moins qu'il faut éviter à tout prix que le fossé entre les dépenses de santé et les salaires ne se creuse davantage, autrement dit il s'agira d'ajuster la hausse des dépenses de santé à l'évolution des salaires. Les mesures destinées à maîtriser les coûts ne se concrétiseront pas immédiatement après la mise en vigueur de la loi. En effet, les divers instruments mis en œuvre ne pourront se révéler pleinement efficaces que combinés les uns avec les autres. Pour que la réforme aboutisse, il est donc nécessaire que tous les partenaires du domaine de la santé publique y participent.

La maîtrise des coûts est un sujet de discussion en Suisse, mais aussi dans tous les pays industrialisés du monde occidental. Diverses tentatives de réforme ont montré que la panacée en la matière n'existait pas. En dépit des nouveaux instruments précités, les dépenses de santé continueront leur ascension. Sont tout particulièrement déterminants à cet égard les facteurs suivants: la croissance générale des salaires et des prix; l'évolution démographique et celle de l'état de santé de la population en général; le progrès technologique enfin, ainsi que l'accroissement des besoins des individus.

En matière d'assurance-maladie, maîtriser les coûts peut signifier réaliser des économies ou transférer les coûts à d'autres payeurs (les cantons, les communes, les organisations privées). L'accent doit être certes mis sur les mesures visant à faire des économies, mais il n'est pas incongru de procéder à certains transferts de coûts. De bonnes raisons militent en tout cas en faveur de cette solution, plus précisément dans le domaine des soins prodigués dans les établissements hospitaliers et dans les établissements médico-sociaux ainsi que dans celui des soins à domicile (SPITEX). D'une part, en effet, les coûts dans ces domaines-là sont déjà assez élevés et vont encore augmenter, malgré tous les efforts d'économie qui pourraient être entrepris, et cela en raison du nombre croissant des personnes âgées et très âgées. D'autre part, le financement de l'assurance-maladie s'appuie sur les primes par assuré qui, elles, ne font pas de distinction sociale; riches et pauvres doivent en principe payer les mêmes primes (art. 53, 57, 58). Il est, dès lors, parfaitement justifié de financer une partie de ces frais à l'aide de sources plus différenciées sur le plan social, autrement dit avec les recettes fiscales. Le projet prévoit aussi que l'assurance obligatoire des soins médico-pharmaceutiques couvrira au plus et par patient 50 pour cent des coûts imputables dans la division commune d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics (art. 42), le reste devant être couvert par des recettes fiscales. En cas de séjour dans un établissement médico-social, l'assurance prendra en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire et pour les soins à domicile (art. 43). En revanche, les frais «d'hôtellerie» devront être financés par d'autres sources, c'est-à-dire par les ressources personnelles du patient, notamment les rentes AVS/AI et les PC (éventuellement les rentes du deuxième pilier), et par des recettes fiscales. Une répartition analogue entre assurance-maladie, assurance de rente et pouvoirs publics est également envisageable pour financer les soins à domicile. Voilà ce qu'on peut dire au sujet de la maîtrise des coûts dans

l'assurance-maladie par transfert de ces derniers. Elle passe avant tout par une répartition plus sociale des charges.

Seront évoquées ci-après les innovations en matière de structure des tarifs et des conventions, dans le domaine des prestations et des assureurs, ainsi que les mesures extraordinaires visant à maîtriser les coûts.

222 Structure des tarifs et des conventions

Les mesures préconisées par la loi pour maîtriser les coûts sont surtout des instruments devant servir à structurer les tarifs et les conventions. Il est ainsi possible de prévoir divers types de tarifs favorisant la mise en œuvre à un meilleur prix des moyens disponibles (voir art. 37, 2^e al.): outre le tarif des prestations individuelles qui prévaut actuellement, on peut convenir d'un tarif fondé sur le temps consacré à la prestation ou d'un tarif forfaitaire. Les assureurs et les fournisseurs de prestations peuvent fixer ensemble les types de tarifs conventionnels (art. 39). C'est en particulier la tarification forfaitaire qui permettra un budget global prospectif, ce qui signifie que les soins prodigués à un groupe d'assurés par un ou plusieurs fournisseurs de prestations à une période déterminée seront rémunérés par un montant global fixé à l'avance. Dans le canton de Vaud, cette méthode est appliquée pour le financement des hôpitaux. Le montant global est fixé, après négociation entre partenaires conventionnels, sur la base des prestations fournies dans le passé et des besoins futurs.

Les assureurs peuvent accorder une réduction de primes (art. 54) aux assurés qui sont prêts à limiter leur choix du fournisseur de prestations (art. 35, 4^e al.). Conjointement aux divers types de tarifs, cela permet par exemple de former des «PPOs» (Preferred Provider Organizations). On entend par là des assurances qui passent des conventions avec des fournisseurs de prestations sélectionnés et particulièrement avantageux afin de pouvoir offrir à leurs assurés – lesquels doivent déclarer se limiter à ces fournisseurs-là – une prime réduite. De même, on peut introduire des caisses dites de santé (Health Maintenance Organizations, HMO). La caisse de santé endosse la responsabilité du patient à long terme, de sorte que l'offre comprend en règle générale non seulement le traitement en cas de maladie, mais encore des mesures de prévention et de promotion de la santé (p. ex. les conseils prodigués par une infirmière de santé publique). En principe, l'assuré doit seulement recourir aux fournisseurs de prestations qui pratiquent pour le compte de la caisse de santé. Pour les traitements que la caisse de santé n'est pas en mesure de garantir elle-même, l'assuré est envoyé chez un fournisseur de prestations ne collaborant en principe pas avec la caisse. Au choix limité du fournisseur de prestations correspondent une prime réduite et la possibilité de supprimer la participation aux coûts (art. 54 et 56, 6^e al., let. c). La caisse de santé est en mesure d'offrir des prestations plus avantageuses, en mettant l'accent sur le maintien de la santé et en influant sur l'ensemble du traitement, notamment l'envoi du patient chez un spécialiste ou à l'hôpital. Enfin, des réductions de primes peuvent également être accordées – moyennant une assurance des soins en principe inchangée – aux assurés qui choisissent une participation aux coûts plus élevée (p. ex. une option en faveur d'une franchise annuelle) ou qui s'abstiennent

pendant un certain temps de recourir aux prestations d'assurance (réduction des primes moyennant un bonus) (art. 54).

Pour être valables, toutes les conventions tarifaires devront avoir été approuvées par le gouvernement cantonal compétent, lequel examinera le tarif en particulier quant à son caractère économique (art. 39, 3^e al.). Si la tarification s'avère non économique, il refusera de l'approuver. En cas d'absence de convention, le tarif sera fixé par le gouvernement cantonal. Les décisions des gouvernements cantonaux en matière tarifaire pourront faire l'objet d'un recours au Conseil fédéral (art. 45).

Pour les analyses, les médicaments, les moyens ou les appareils diagnostiques ou thérapeutiques, le département ou l'office fédéral fixera les tarifs pour l'ensemble du territoire suisse (art. 44).

223 Fournisseurs de prestations et assureurs

Les instruments créés en matière de structure des tarifs et des conventions sont complétés par des mesures qui garantissent un traitement économique. Les mesures destinées à maîtriser les coûts ne devront cependant pas favoriser une médecine «au rabais». Prix et prestations doivent en effet rester dans une juste proportion. A cette fin, le projet comprend les mesures suivantes.

Le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible et lui transmettre toutes les indications permettant de vérifier si la prestation est économique (art. 36, 3^e et 4^e al.). Les médecins-conseils disposent de larges moyens pour vérifier si le traitement est économique (art. 49, 6^e et 7^e al.). En cas de traitement non économique, la rémunération peut être refusée (art. 48, 2^e al.). Les fournisseurs de prestations qui refusent obstinément de se plier aux exigences d'un traitement économique peuvent se voir retirer l'autorisation de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie (art. 51).

La garantie de la qualité contribue à juguler l'avancée des coûts dans la mesure où elle élimine des prestations les mesures qui ne sont ni nécessaires ni efficaces ni appropriés. La notion de qualité se conçoit au sens large du terme, de telle sorte que la garantie de la qualité englobe aussi bien le résultat du traitement que la mise en œuvre appropriée des prestations et la satisfaction du patient (voir art. 50).

S'agissant des soins hospitaliers et semi-hospitaliers, le projet de loi comprend encore d'autres mesures. Ainsi, les hôpitaux, les institutions de soins semi-hospitaliers et les établissements médico-sociaux sont autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie sociale s'ils sont conformes à la planification établie par un canton ou, en commun, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, et s'ils figurent sur la liste dressée par le canton et classant les hôpitaux par catégorie en fonction de leurs mandats (art. 33, 1^{er} et 2^e al.). Les forfaits et les rémunérations éventuelles de prestations individuelles à l'hôpital doivent couvrir au maximum 50 pour cent des frais d'exploitation des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics (art. 42).

Grâce à une comptabilité analytique et à une statistique uniformes des prestations, les coûts et les prestations des hôpitaux et des établissements médico-sociaux devraient gagner en transparence. En cas de hausse massive des coûts hospitaliers, cela permettra de procéder à des comparaisons entre les établissements et de vérifier le caractère économique de leurs prestations, notamment celui du traitement de maladies spécifiques. Les gouvernements cantonaux ou le Conseil fédéral peuvent prescrire de telles comparaisons (art. 42, 6^e et 7^e al., 48 et 50).

Au niveau de la gestion de l'assurance, les assureurs eux-mêmes doivent contribuer à la maîtrise des coûts. Par conséquent, le principe de l'économie s'applique également aux frais d'administration. Par analogie avec les mesures extraordinaires relatives au droit tarifaire (voir ci-après), les frais d'administration ne devront pas augmenter plus que les salaires en général (art. 17).

224 Mesures extraordinaires de maîtrise des coûts

Les considérations qui précèdent montrent que le projet de loi comporte toute une série de mesures destinées à maîtriser les coûts. Or, ces mesures ne sont efficaces qu'à condition que les milieux intéressés en épuisent toutes les possibilités. En l'absence de résultats, des mesures draconiennes s'imposent. Comme on l'a déjà vu, le but des mesures visant à maîtriser les coûts consiste à ramener la croissance des dépenses de santé au niveau de l'évolution des prix et des salaires. Le Conseil fédéral ne prendra des mesures extraordinaires que si la croissance des dépenses de santé dépasse largement cette dernière. Comme il s'agit de mesures extraordinaires, elles seront limitées dans le temps. A cet effet, le Conseil fédéral pourra commencer par fixer des budgets globaux, qui dans certains cantons ou pour toute la Suisse, qui pour toutes les catégories de fournisseurs de prestations ou seulement pour certaines d'entre eux (art. 46). Il pourra donc intervenir de manière sélective là où les problèmes sont les plus évidents. Il pourra enfin assortir à des conditions supplémentaires l'admission des fournisseurs de prestations à exercer leur activité à la charge de l'assurance-maladie sociale et, en particulier, la faire dépendre de la preuve de l'existence d'un besoin (art. 47).

Ainsi donc, ce projet de loi constitue un large éventail de conditions-cadres et de mesures qui, globalement, devraient permettre d'enrayer la hausse des coûts que l'on connaît. Pour ce faire, la loi fixe avant tout certaines conditions-cadres qui visent divers partenaires de la santé publique. C'est à eux qu'il appartient d'en épuiser toutes les possibilités. La Confédération ne peut instituer des mesures extraordinaires qu'en dernier recours.

En résumé, on soulignera que ce projet va bien au-delà du droit en vigueur en ce qui concerne la maîtrise des coûts et qu'il reprend presque intégralement les propositions de la commission d'experts (voir la récapitulation en annexe). Nous avons, de plus, tenu compte de divers postulats formulés par des minorités de la commission d'experts et de certains avis exprimés lors de la procédure de consultation, ce qui fait que nous sommes allés souvent au-delà des propositions de la commission; preuve en est par exemple la position du préposé à la surveillance des prix. Par ailleurs, contrairement à certains vœux issus de la consultation mais en accord avec la commission d'experts, nous n'avons pas

retenu la proposition demandant une assurance pour les gros risques (voir aussi ch. 242). Enfin, nous n'avons pas non plus pris en considération les propositions qui, pour maîtriser les coûts, préconisaient de réduire le catalogue des prestations. Nous tenons à ce que l'assurance obligatoire permette à tous d'accéder à de bonnes prestations médicales en évitant simultanément que les prestations de l'assurance-maladie sociale ne soient des prestations «de seconde classe». Au demeurant, il ne faut pas surestimer l'importance d'un catalogue des prestations imposé par la loi. Les augmentations des coûts de ces vingt dernières années ont eu lieu alors même que le catalogue des prestations demeurait inchangé sur le plan légal.

23 Extension du catalogue des prestations

Dans nos principes du 23 août 1989 (voir ch. 142, principe 21), nous précisions que les prestations de base devaient correspondre au moins au catalogue actuel de la LAMA, ajoutant que l'extension des prestations au sens du programme d'urgence (projet de LAMM du 20 mars 1987) – ce qui signifie aussi au-delà de ce programme – était à examiner. La commission d'experts a matérialisé ce principe dans un catalogue bien étoffé (art. 14 à 20) qui correspond à notre optique. Le cadre du programme d'urgence est dépassé dans une certaine mesure, mais la nature exhaustive du nouveau catalogue en est l'explication essentielle.

Nous avons, dès lors, repris un tel catalogue dans notre projet de loi, n'y apportant que de minimes retouches matérielles (prise en charge seulement d'une contribution aux frais de transport et de sauvetage; suppression de l'indemnité d'allaitement). Les prestations nouvelles, qui figurent aux articles 19 à 25 LAMal, sont les suivantes: soins prodigués hors de l'hôpital (soins à domicile ou dans un établissement médico-social), séjour hospitalier sans limite de durée, y compris les frais d'hôtellerie en division commune, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques, mesures de réadaptation (art. 19); mesures de prévention (art. 20); accident à titre subsidiaire (art. 22); nombre illimité d'exams de contrôle pendant et après la grossesse et conseils en cas d'allaitement, au titre des prestations spécifiques de maternité (art. 23); soins dentaires occasionnés par le traitement d'une maladie grave ou nécessaires pour celui-ci ou causés par un accident dentaire, à titre subsidiaire (art. 25). Ces prestations – nouvelles dans la loi elle-même, mais pour certaines déjà prises en charge par les caisses-maladie sur d'autres bases (assurance de base statutaire ou assurances complémentaires) – ont été fort bien accueillies par les organismes consultés. Tel est tout spécialement le cas des SPITEX, de la suppression de la limite des «720 jours» en cas d'hospitalisation; de l'inclusion de mesures de prévention et de la prise en charge de certains soins dentaires. Dans la mesure où des doutes ont été émis au sujet de ce nouveau catalogue – auquel on reconnaît toutefois le mérite de la transparence – ils portent sur les frais qui y seront liés. On peut se demander, en effet, s'il n'est pas paradoxal de prévoir dans la même loi, d'une part, l'extension des prestations, d'autre part, la mise en place de différents instruments aptes à mieux maîtriser les coûts.

Ces doutes, s'ils sont compréhensibles, ne se justifient pas. L'extension des prestations est nécessaire. Elle permettra de répondre à des demandes – incontestées – parfois anciennes (voir liste des interventions parlementaires classées par notre message sur la révision partielle de l'assurance-maladie du 19 août 1981 et

ch. 133 du présent message) et de combler certaines lacunes choquantes (par ex. en prévoyant la prise en charge des soins hospitaliers sans limite de durée et de certains soins dentaires). A cela s'ajoute le fait que l'extension des prestations constitue une nécessité encore plus absolue dans le cadre d'une assurance obligatoire, qui prévoit des primes en principe uniformes et doit donc garantir le même éventail de prestations à tous les assurés. Le nouveau catalogue des prestations selon les articles 19 à 25 LAMal est en effet exhaustif. En d'autres termes, les prestations non énumérées dans la loi ou dans ses dispositions d'exécution relèveront strictement des assurances complémentaires, qui devront essentiellement répondre à des souhaits particuliers, moyennant des primes variables d'assureur à assureur.

Nous rappelons que les prestations désignées aujourd'hui dans la loi (art. 12 LAMA) représentent l'éventail minimum des prestations que les caisses-maladie sont tenues d'allouer à leurs assurés. Dès lors, les caisses-maladie sont libres de prévoir la prise en charge d'autres prestations dans leurs dispositions statutaires ou réglementaires, mais toujours au titre de l'assurance de base. Cette pratique présente certes des avantages indéniables pour les assurés qui sont concernés, mais elle accentue aussi l'inégalité par rapport aux autres assurés et empêche des comparaisons objectives entre les prestations assurées et les primes à payer. Une telle pratique n'a plus sa place dans un système obligatoire comme nous vous le proposons, avec l'extension des prestations qui en est le corollaire.

On connaît l'adage qui dit que la santé n'a pas de prix, mais qu'elle a un coût. L'évolution des coûts de ces dernières années est notoire: elle est alarmante. Nous avons, dès lors, joint à notre projet les mesures dont nous attendons un véritable effet réducteur sur les coûts (voir ch. 22). Certains se demandent cependant si ces mesures ne sont pas illusoire, en partie du moins, étant donné que nous prévoyons simultanément d'étoffer les prestations; ils estiment, en effet, que l'extension des prestations si elle se justifie sur le plan social contribuera à favoriser la «spirale» des coûts. D'autres considèrent, par ailleurs, que la seule et unique mesure qui permette de diminuer les coûts réside dans la réduction du catalogue des prestations offertes aux assurés.

Nous ne partageons ni l'un ni l'autre de ces points de vue. Quantifier le volume exact des prestations – nouvelles – qui seront effectuées ou prescrites par les médecins et qui devront être prises en charge par l'assurance des soins relève quasiment de l'impossible. En revanche, l'impact financier du nouveau catalogue des prestations peut donner lieu à des estimations (voir ch. 412). Il tombe sous le sens que l'introduction de ce catalogue, cumulée avec le caractère obligatoire de l'assurance, entraînera une certaine augmentation des coûts. Ces estimations sont toutefois à apprécier avec un certain recul vu les éléments impondérables susceptibles d'entrer en jeu (par ex. la découverte d'un nouveau médicament permettant des «économies» sur une large échelle ou, en revanche, la survenance d'une maladie, dont le traitement est fort coûteux). A cela s'ajoutent divers facteurs d'ordre démographique sur lesquels aucune prise n'est possible (par ex. le vieillissement de la population et donc une plus forte «consommation» médicale).

L'augmentation des coûts à la charge de l'assurance-maladie devrait cependant se cantonner dans des limites raisonnables, eu égard aux différents verrous de sécurité qui font du catalogue des prestations – certes étendu – un véritable

système intégré (pour l'essentiel, la désignation des prestations par voie d'ordonnance, hormis les prestations des médecins et des chiropraticiens; la triple condition de la prise en charge au sens de l'art. 26; le contrôle périodique des technologies afin de supprimer la prise en charge de méthodes dépassées). S'y ajouteront les mesures relevant de la maîtrise des coûts à proprement parler (voir ch. 22 et 413). En d'autres termes, en dépensant un peu plus pour des raisons tenant à la structure de l'assurance des soins, nous devons dépenser à meilleur escient, en évitant certains travers actuels tels que la répétition inutile de prestations; le choix de technologies lourdes pour des motifs autres que médicaux.

Allier l'extension des prestations avec la maîtrise des coûts, dans le cadre d'une même législation, n'est donc pas un acte incongru. Une telle option permet d'éviter tout rationnement des prestations, quantitatif ou qualitatif, qui n'est pas compatible avec un système libéral de santé publique tel que le nôtre. Pour notre part, nous continuons en effet de considérer que la liberté de choix du patient, d'une part, et la liberté thérapeutique du médecin, d'autre part, restent les deux pôles du système. Le rôle de l'assurance-maladie consiste à installer entre ces deux pôles un concept équilibré de prise de charge avec pour but premier de garantir aux assurés des soins de haute qualité aux frais les plus bas possible. L'extension des prestations et la maîtrise des coûts font donc partie intégrante d'un même système.

24 Financement

Par rapport à la réglementation en vigueur, le projet n'apporte pas de bouleversement en matière de financement. L'assurance-maladie doit rester l'apanage d'un nombre indéterminé d'assureurs financièrement indépendants les uns des autres. Le système de la répartition des dépenses comprenant un fonds de réserve par assureur est maintenu. Chaque assureur, donc également les compagnies d'assurance privées qui viendront s'ajouter au cercle des assureurs, se doit d'observer le principe de la mutualité pour financer l'assurance-maladie sociale, soit l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières. Cela revient à dire que les recettes de l'assurance-maladie sociale doivent lui rester acquises. Un excédent éventuel des recettes ne doit pas être affecté à d'autres buts, pas plus, en particulier, que des participations aux bénéficiaires ne devront être versées. Comme le droit actuel, le projet connaît trois sources de financement de l'assurance obligatoire des soins: les primes, la participation des assurés aux coûts et les subsides des pouvoirs publics.

241 Primes des assurés

Les primes des assurés demeurent la principale source de financement de l'assurance des soins. Le projet s'en tient également à la prime individuelle par assuré, c'est-à-dire qu'il renonce à introduire une prime en pour cent du salaire. La prime par assuré correspond au mode de prélèvement prévu par l'organisation actuelle et future de l'assurance-maladie. Dans notre message du 6 novembre 1991 concernant l'initiative populaire «pour une saine assurance-maladie» (cf. FF 1991 IV 961), nous avons souligné que l'introduction de primes en pour cent du salaire selon le modèle de l'AVS aurait également des répercussions sur l'organi-

sation de l'assurance-maladie. En réalité, les assureurs-maladie perdraient de cette façon leur autonomie financière et il en résulterait un système d'assurance-maladie centralisé, ce qui aurait aussi des répercussions sur les compétences des cantons dans le domaine de la santé publique (voir en particulier le chiffre 233 du message concernant l'initiative «pour une saine assurance-maladie»). En accord avec la commission d'experts, nous renonçons de ce fait à introduire des primes en pour cent du salaire.

Un certain nombre de changements seront toutefois apportés au mode actuel de fixation des primes. Il existe aujourd'hui entre caisses-maladie, mais aussi à l'intérieur d'une même caisse et pour des prestations identiques, des différences de primes qui ne se justifient plus dans une assurance-maladie sociale. La législation actuelle a entraîné une désolidarisation larvée au détriment des personnes âgées et des malades. Ce phénomène est dû principalement au fait que seuls des assurés jeunes et en bonne santé peuvent changer de caisse pour profiter de primes plus avantageuses, au préjudice, lors de la dissolution de caisses-maladie (voir ch. 113), des assurés plus âgés. L'un des buts principaux de ce projet consiste par conséquent à renforcer la solidarité (voir ch. 21). Or, cela ne va pas sans conséquences sur la fixation des primes.

Hormis l'échelonnement des primes entre adultes et enfants ou pour des formes particulières d'assurance (voir art. 54), il ne devra plus y avoir de différences de primes entre les assurés dans une région donnée. Les différences de primes selon l'âge d'entrée et d'après le sexe sont ainsi supprimées. L'introduction de l'égalité des primes entre hommes et femmes est conforme au programme législatif «Egalité des droits entre hommes et femmes» (FF 1986 I 1132 s., ch. 4.14.2). Nous avons aussi rejeté catégoriquement un échelonnement des primes selon l'âge effectif de l'assuré. Certes, les assurés âgés occasionnent des coûts plus élevés que leurs cadets. Cette comparaison s'applique aussi, quoique dans une moindre mesure, aux hommes et aux femmes (voir à ce propos le graphique n° 2). Dans une assurance sociale, les risques différents ne devraient, toutefois, pas servir à fixer le montant de la prime, surtout s'ils ne peuvent être influencés par l'assuré. S'agissant d'un échelonnement des primes selon l'âge, on ne saurait non plus prétendre que nombre de personnes âgées se trouvent aujourd'hui dans une situation financière confortable et que ce sont généralement les plus jeunes qui ploient sous la charge des assurances sociales. En fait, un échelonnement des primes selon l'âge ne tiendrait pas compte de la situation financière des assurés.

Resteront en vigueur des échelonnements de primes par assureur et par région. Ces échelonnements sont essentiellement dus aux attributions des cantons dans le domaine de la santé publique. Les différences d'un canton à l'autre peuvent, en particulier, se répercuter dans le domaine des hôpitaux et des établissements médico-sociaux, mais aussi dans celui des soins à domicile. Par ailleurs, le présent projet admet également des différences régionales au niveau des tarifs. Là encore, celles-ci doivent s'exprimer sous forme de primes différentes par région.

L'autonomie financière des assureurs entraînera également des différences entre eux au niveau des primes. De telles différences sont, cependant, voulues pour stimuler la concurrence entre eux. Contrairement au droit en vigueur, le libre passage intégral doit engendrer une véritable concurrence. Par rapport à la situation actuelle, cette concurrence fera s'amenuiser les différences de primes

pour les ramener à un niveau déterminé par une gestion efficace, une administration performante et un contrôle étendu des coûts. Actuellement, les différences de primes sont dues essentiellement à des disparités de la structure des risques assurés par les caisses-maladie. Etant donné que ces disparités ne seront pas immédiatement résorbées après l'entrée en vigueur de la loi, les assureurs devront introduire en plus une compensation des risques de durée limitée (voir art. 97).

242 Participation aux coûts

La participation aux coûts doit également être maintenue dans la nouvelle loi. Pour chaque type d'assurance – et pas seulement sociale – on observe la tendance des assurés à vouloir profiter, aussitôt leur prime acquittée, d'une contre-valeur sous forme d'une prestation d'assurance. L'assurance elle-même peut donc être génératrice de coûts. La participation aux coûts est un instrument éprouvé pour contrecarrer cette tendance. Il s'agit donc de le conserver à l'heure où l'assurance obligatoire des soins est introduite.

Les avis divergent fortement au sujet de la conception et, en particulier, de l'étendue de la participation aux coûts. D'une part, elle est jugée antisociale dans la mesure où sa structure pratique ne tient pas compte de la situation financière des assurés. D'autre part, on attend d'elle et de son relèvement sensible qu'il incite les assurés à prendre davantage conscience des coûts, contribuant ainsi à leur maîtrise. A notre avis, une augmentation sensible de la participation aux coûts n'est possible qu'à condition de l'échelonner simultanément en fonction de la situation financière des assurés. On pourrait même imaginer de relever la participation aux coûts de manière à transformer l'assurance des soins en assurance pour les gros risques. Dans nos principes soumis à la commission d'experts (voir ch. 142), nous avons proposé que la question de l'assurance des gros risques soit examinée. La commission d'experts en a rejeté l'idée; elle craignait surtout que cette assurance – même en cas d'échelonnement selon le revenu des assurés – n'entraîne de trop grandes lacunes au niveau de la couverture d'assurance. On a, en outre, argué du fait qu'un échelonnement de la couverture d'assurance selon le revenu s'accompagnerait pour les assureurs d'une surcharge administrative.

243 Subsidés des pouvoirs publics

Les subsides que la Confédération alloue actuellement aux caisses-maladie ont pour objectif de contribuer au financement des engagements imposés par la loi aux caisses-maladie (obligation d'admettre les assurés indépendamment de leur état de santé; limitation des réserves d'assurance à cinq ans; exclusion des primes fixées en fonction des risques; observation du catalogue des prestations prévu par la loi, etc.). Dans une assurance facultative où les assureurs concourent entre eux mais aussi avec des assureurs qui ne sont pas liés par les mêmes conditions légales, seuls de tels subsides permettent de parvenir à la solidarité visée par la loi. Dans une assurance facultative en effet, les subsides fédéraux sont garants de la solidarité entre personnes malades et personnes en bonne santé.

†

Lors de la révision de la LAMA en 1964 (loi fédérale du 13 mars 1964), les obligations légales précitées avaient été amenées au niveau que l'on connaît encore aujourd'hui; en outre, les subsides fédéraux définis à l'origine comme une contribution fixe en francs pour chaque assuré avaient été convertis en pourcentage des coûts occasionnés. Les subsides fédéraux alloués par assuré et pour certaines prestations (maternité, traitement d'invalides) avaient donc été relevés, chaque année, proportionnellement aux coûts effectifs des soins médico-pharmaceutiques et à l'accroissement du nombre des assurés. La loi fédérale du 5 mai 1977 instituant des mesures propres à équilibrer les finances fédérales (RS 611.04) a supprimé l'adaptation automatique des subsides fédéraux à la hausse des coûts de l'assurance-maladie. Les subsides fédéraux furent donc plafonnés à leur niveau de 1976 et ils n'ont été majorés par la suite qu'en fonction du nombre des assurés. Par l'entrée en vigueur de l'arrêté fédéral du 23 mars 1990 relatif à l'augmentation temporaire des subventions aux caisses-maladie (RO 1990 1091), ce plafonnement a été quelque peu assoupli et les subsides de la Confédération versés aux caisses-maladie pour les années 1990 à 1994 ont été fixés à 1,3 milliard de francs par année. Simultanément on a introduit, en plus de l'échelonnement selon le sexe, un échelonnement des subsides fédéraux selon l'âge afin de mieux tenir compte de la structure des risques assurés par les caisses-maladie.

Comme l'a constaté la commission d'experts, la solidarité entre personnes malades et personnes en bonne santé ne doit pas être garantie par des subsides des pouvoirs publics, vu qu'il s'agit d'une assurance obligatoire. Si la loi définit le cercle des assurés, elle peut aussi déterminer la forme de la solidarité à établir. La commission d'experts prévoyait que l'on verse aux assureurs des subsides fédéraux pour les prestations en cas de maternité et en faveur des personnes âgées, mais le présent projet ne reprend pas cette proposition. Si de tels subsides ne sont effectivement plus nécessaires dans une assurance obligatoire, il faut s'abstenir de les verser. D'autant qu'ils diminueraient les fonds publics susceptibles de faire bénéficier les assurés à ressources modestes d'une «autre» solidarité. Une motion des Chambres fédérales corrobore d'ailleurs notre avis. Adoptée en rapport avec les délibérations relatives à la révision de l'assurance-maladie, elle invitait le Conseil fédéral «à soumettre au Parlement un projet sur le financement de l'assurance-maladie (soins médico-pharmaceutiques) avec pour but de verser les subsides fédéraux en fonction de la situation financière des assurés». Or, c'est précisément ce à quoi nous nous attachons en proposant d'utiliser les subsides fédéraux, en liaison avec ceux des cantons, uniquement dans le but de réduire les primes individuelles.

Pour l'année 1990, le rapport de la commission d'experts faisait état de subsides fédéraux d'un montant de 1536 millions de francs en faveur de l'assurance-maladie. Comparé à la réglementation en vigueur, les subsides fédéraux seraient ainsi majorés de 200 millions de francs au moins. Le présent projet prévoit, sur la base d'estimations pour 1993, de verser une subvention fédérale de 2 milliards de francs par an. Par rapport à la subvention actuelle, valable jusqu'en 1994, cela représente une augmentation de 700 millions de francs par année. Il convient cependant d'ajouter que dans l'idée du Conseil fédéral, ce montant annuel devra demeurer constant pendant quatre ans pour être ensuite fixé, à nouveau, par le Parlement. Cette augmentation des subventions fédérales nous paraît justifiée

pour les raisons suivantes. L'assurance-maladie est la seule assurance sociale qui connaisse des primes individuelles par assuré, soit un mode de financement qui n'entraîne pas a priori de compensation en fonction de la situation financière de l'assuré. L'assurance-maladie est actuellement l'assurance sociale où le besoin de renforcer la solidarité est le plus aigu. Mais, qui dit hausse des subsides fédéraux dit aussi réforme du système actuel. C'est pourquoi nous rejetons, de pair avec le Parlement, l'initiative populaire «pour une assurance-maladie financièrement supportable» (initiative des caisses-maladie). Si l'on parvenait à réviser intégralement l'assurance-maladie – ce à quoi aspire le présent projet – il serait alors justifié que la Confédération contribue également à la bonne réussite de l'entreprise en augmentant les subsides à cet effet.

La compétence dont la Confédération dispose pour légiférer en matière d'assurance-maladie (art. 34^{bis} cst.) touche à la compétence des cantons dans le domaine de la santé publique. Selon le droit actuel, repris par le projet de révision, «ce partenariat» déploie ses effets notamment au niveau des fournisseurs de prestations et des tarifs (art. 39 s.). Au sens du droit en vigueur (art. 2 LAMA), les cantons peuvent, en outre, déclarer l'assurance en cas de maladie obligatoire, en général ou pour certaines catégories de personnes. Certains cantons versent leurs propres subsides à l'assurance-maladie; les différences sont toutefois sensibles. Au total, les cantons et les communes versent chaque année près de 600 millions de francs aux caisses-maladie, la moitié environ au titre de subventions générales et de subventions pour des réductions individuelles de primes.

Le projet engage à présent tous les cantons à verser des subsides à l'assurance-maladie et, à l'instar de la Confédération, en tant que contributions pour des réductions individuelles de primes. Les subsides tant fédéraux que cantonaux s'insèrent, par conséquent, dans une conception uniforme de réduction des primes. Celle-ci amènera la Confédération à verser des subsides aux cantons, subsides que ceux-ci augmenteront par leurs propres subventions (voir art. 57 et 58). Les cantons devront débloquer un milliard de francs pour les réductions individuelles de primes. Comparé aux 600 millions de francs que les cantons et les communes versent aujourd'hui aux caisses-maladie, cette augmentation se situe dans l'ordre de grandeur de celle des subsides fédéraux qui passeront de 1300 à 2000 millions de francs. Comparée aux réglementations actuelles, la charge nette sera très différente pour les cantons.

Selon le projet de loi fédérale du 20 mars 1987, les cantons auraient également dû verser des subsides pour les réductions individuelles de primes. Toutefois, ils auraient été libres de décider de leur structure et de leur montant. Qui plus est, ils auraient dû participer pour moitié aux subsides fédéraux destinés aux caisses-maladie. Dans le cadre de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons, il était par contre prévu d'alléger la participation des cantons à l'assurance-vieillesse et survivants. Contrairement au droit en vigueur et au projet de loi fédérale du 20 mars 1987, la Confédération, au lieu de verser des subsides aux assureurs en contrepartie de certaines contraintes légales, utilisera l'ensemble des subsides pour des réductions individuelles de primes. Etant donné que la participation de la Confédération à ces subsides représentera les deux tiers des subventions, le présent projet renonce à octroyer aux cantons une compensation dans d'autres domaines.

Dans sa version originale déjà, la loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents du 13 juin 1911 prescrivait aux caisses-maladie «de prendre en charge les soins médicaux et pharmaceutiques ou une indemnité journalière». Dans la version du 13 mars 1964 encore en vigueur, on distingue l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques (art. 12, 2^e al., LAMA) de l'indemnité journalière (art. 12^{bis} LAMA). D'entrée de jeu, l'assurance d'indemnités journalières, autrement dit d'une perte de gain en cas de maladie, a donc été considérée comme faisant partie de l'assurance-maladie et simultanément comme une branche particulière de celle-ci. Le présent projet s'en tient lui aussi à ce principe.

La commission d'experts n'a pas débattu de l'assurance d'indemnités journalières, mais elle était néanmoins d'avis que la loi devait prévoir des dispositions à ce sujet; elle le prévoyait d'ailleurs expressément dans la systématique de la loi. Renoncer complètement à ces dispositions reviendrait, en fait, à ne plus pouvoir couvrir dorénavant, dans le cadre d'une assurance sociale, le risque d'une perte de gain pour cause de maladie ou de maternité. Si l'on renonçait à légiférer, le droit de conclure une assurance, la durée limitée des réserves d'assurance, la durée des prestations, la structure des primes et l'inclusion de la maternité ne seraient, en particulier, plus garantis mais abandonnés aux termes d'un contrat d'assurance fondé sur le droit privé. Au cours de la procédure de consultation, le Département fédéral de l'intérieur a fait, par conséquent, une proposition pour réviser l'assurance d'indemnités journalières. Dans le cadre d'une assurance toujours facultative, cette proposition prévoyait de créer le droit de conclure une telle assurance jusqu'à concurrence de 80 pour cent du revenu d'une activité lucrative. Au surplus, les personnes n'exerçant pas d'activité lucrative devaient se voir faciliter l'accès à cette assurance (assurance de la rémunération d'une personne «de substitution»). D'autre part, cette proposition prévoyait des améliorations en cas de maternité, à savoir une durée des prestations passant de dix à seize semaines, ainsi que, pour toutes les mères, le subventionnement par les pouvoirs publics d'une indemnité journalière ne dépassant pas 30 francs.

De nombreux organismes consultés reprochèrent au Département fédéral de l'intérieur d'alourdir le projet. On reprocha, en particulier, aux propositions concernant les prestations en cas de maternité d'aborder un sujet qui fut la principale cause du refus du projet de loi fédérale du 20 mars 1987. Ailleurs, par contre, l'introduction d'une assurance obligatoire était revendiquée pour tous les travailleurs.

De l'avis du Conseil fédéral, il n'est pas possible d'introduire dans ce projet une obligation d'assurance pour les travailleurs. Le Conseil fédéral avait fait une proposition dans ce sens dans son message sur la révision partielle de l'assurance-maladie du 19 août 1981. Cette partie du projet avait, cependant, été nettement refusée par le Parlement. Pour le Conseil fédéral, c'est la révision de l'assurance des soins qui est actuellement prioritaire. Une proposition parallèle visant à introduire une assurance obligatoire d'indemnités journalières mettrait – effectivement – le projet à trop forte contribution sur le plan politique. Pour cette même raison, nous renonçons également à apporter des améliorations ponctuelles dans le cadre d'une assurance qui reste facultative. La relation étroite qui existe

entre l'assurance pour perte de gain et les rapports entre employeur et employé permet, en partie du moins, d'y remédier dans le cadre des contrats de travail. Dès lors, nous renonçons en particulier à prévoir une réduction individuelle des primes de l'assurance d'indemnités journalières. Cela reviendrait, en fait, à introduire une participation des pouvoirs publics au versement du salaire en cas de maladie. Dans la mesure où le projet renonce délibérément à faire participer l'employeur au financement de l'assurance des soins, il nous paraît justifié de ne pas subventionner cette assurance afin d'en réduire les primes. De tels subsides auraient de, toute façon, pour résultat de diminuer le montant des réductions de primes accordées dans le cadre de l'assurance des soins.

En égard aux résultats de la procédure de consultation, le Conseil fédéral renonce à proposer certaines améliorations en cas de maternité dans le cadre d'une assurance facultative. En effet, les améliorations pouvant être apportées à l'assurance facultative d'indemnités journalières ne sauraient satisfaire les exigences qui postulent une protection intégrale de la maternité. Une initiative du canton de Genève datant du 29 février 1988 va même jusqu'à revendiquer une assurance-maternité indépendante de l'assurance-maladie. Lors des débats relatifs à cette initiative, le Conseil des Etats et le Conseil national, par la voie de postulats identiques (postulat du Conseil des Etats du 14 déc. 1989 et postulat du Conseil national du 13 déc. 1990), ont «invité le Conseil fédéral à examiner et à présenter un rapport sur les possibilités d'élaborer dans les meilleurs délais un projet d'assurance-maternité indépendant de l'assurance-maladie». Le Conseil fédéral entend y donner suite en liaison avec le programme de législation 1991-1995. Il lui paraît dès lors primordial, s'agissant des indemnités journalières en cas de maladie, de renoncer à entrer en matière sur les améliorations susceptibles d'être apportées à la protection de la maternité, et de laisser pour le moment inchangées les dispositions régissant l'indemnité journalière en cas de maternité. En revanche, il convient d'introduire aussi le principe de l'égalité des primes entre hommes et femmes dans l'assurance d'indemnités journalières, ce qui correspond à nouveau au programme législatif «Egalité des droits entre hommes et femmes» (FF 1986 I 1132 s., ch. 4.14.2).

3 Partie spéciale: Commentaire des dispositions du projet

Dispositions générales

Article premier Champ d'application

La loi régit l'assurance-maladie sociale. Elle ne s'applique pas aux assurances complémentaires, qui sont donc soumises au droit privé, même lorsqu'elles sont pratiquées par des caisses-maladie (sous réserve des dispositions sur la surveillance des caisses-maladie; voir art. 16, 3^e al.). La distinction sera claire entre l'assurance sociale, qui offrira un éventail complet de prestations (y compris l'essentiel des frais «hôtelières» d'une hospitalisation en division commune), et l'assurance complémentaire, qui répond à des souhaits particuliers, tels que l'hospitalisation en chambre privée ou semi-privée. Dans ces conditions, il ne se justifie pas de soumettre les assurances complémentaires à la législation sociale.

Elles seront désormais fondées sur des contrats de droit privé – ce qui aura notamment pour avantage qu'elles ne pourront plus être modifiées unilatéralement par une caisse-maladie. La soumission au droit privé des assurances complémentaires offertes par les caisses-maladie s'impose également d'un autre point de vue: celui de l'égalité entre celles-ci et les assureurs privés qui obtiendront l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale (voir art. 8). Cette différence de régime entre l'assurance sociale et les assurances complémentaires existe déjà dans l'assurance-accidents, sans qu'il en résulte des difficultés particulières. Certes, les caisses-maladie ne seront plus tenues d'observer, dans l'assurance complémentaire, certains principes de l'assurance sociale (elles pourront, p. ex., imposer des réserves supérieures à 5 ans); mais il faut souligner que l'assurance obligatoire sera plus étendue que l'assurance de base de la législation actuelle.

L'assurance-maladie sociale comprend une assurance obligatoire, celle des soins, et une assurance facultative, celle des indemnités journalières. La seconde est sociale en ce sens que les garanties relatives à l'accès à l'assurance, qui sont déjà prévues par la loi en vigueur, seront maintenues (voir commentaire des art. 59 à 69). Les assureurs autorisés à pratiquer l'assurance-maladie sociale seront tenus d'offrir les deux assurances (art. 10, 2^e al., let. d).

L'assurance-maladie sociale couvre la maladie, mais aussi l'accident et la maternité. Les accidents ne sont toutefois couverts que dans la mesure où ils ne sont pas pris en charge par une assurance-accidents, qu'elle soit obligatoire ou privée. Dans ce domaine, l'assurance-maladie sociale remplit une fonction subsidiaire, c'est-à-dire qu'elle peut être amenée à prendre en charge des frais non couverts par une assurance-accidents. Actuellement déjà, la plupart des caisses-maladie couvrent l'accident à titre subsidiaire. L'assurance-responsabilité civile n'est pas visée ici; elle fait l'objet de l'article 71 (subrogation). La proposition, émise en procédure de consultation, d'exempter les personnes soumises à la loi sur l'assurance-accidents de la part de prime correspondant au risque d'accident n'a pas été retenue. Une telle solution serait de nature à provoquer de graves lacunes de couverture lorsque les intéressés commencent, suspendent, réduisent ou cessent une activité professionnelle. Il convient de rappeler en particulier que l'assurance-accidents n'est pas tenue à prestation pour les suites d'un accident survenu avant le moment où elle commence à couvrir l'intéressé. Au demeurant, une certaine solidarité en cette matière entre travailleurs et non-salariés peut être prise en compte; cela d'autant plus que nombre de ceux-ci sont des membres de la famille du travailleur ou de la travailleuse.

La maternité étant comprise dans le champ d'application de la nouvelle loi, la Suisse disposera désormais d'une assurance obligatoire des soins en cas de maternité. L'assurance d'une indemnité journalière, elle, reste facultative.

Art. 2 Définitions

Les définitions de la maladie, de l'accident et de la maternité s'inspirent des articles 3, 1^{er} alinéa, 4, 1^{er} alinéa, et 5 du projet de loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, teneur selon le rapport de la commission du Conseil des Etats du 27 septembre 1990), dispositions qui s'appuient elles-mêmes sur la jurisprudence.

Assurance obligatoire des soins

Art. 3 Personnes tenues de s'assurer

L'assurance des soins est rendue obligatoire pour toute la population. Les raisons de cette innovation fondamentale ont été exposées au chiffre 21. La loi prévoit une obligation de s'assurer, et non une assurance automatique. Ce principe permet de limiter l'appareil administratif et d'éviter, en particulier, l'institution d'une caisse supplétive. Bien que l'assurance ne soit pas automatique, toute la population devrait en fait être assurée grâce au contrôle et à l'affiliation d'office (art. 6), à l'impossibilité de quitter un assureur sans être repris par un autre (art. 7) et à la «sanction» financière prévue en cas d'affiliation tardive (art. 5, 2^e al.).

Sont tenues de s'assurer toutes les personnes domiciliées en Suisse, les mineurs devant évidemment être assurés par leur représentant légal. La notion de domicile est celle des articles 23 à 26 du code civil. L'obligation de s'assurer pourra toutefois être étendue par ordonnance à des personnes qui se trouvent en Suisse sans y avoir leur domicile (frontaliers, saisonniers, requérants d'asile, etc.) ou qui sont momentanément domiciliés à l'étranger (travailleurs détachés et leurs familles). D'autre part, certaines personnes seront – comme dans l'AVS ou l'assurance-accidents – exclues de l'assurance obligatoire, notamment le personnel des missions diplomatiques étrangères et les fonctionnaires internationaux.

Les personnes tenues de s'assurer ont un délai de trois mois pour s'assurer (ou assurer un mineur domicilié en Suisse) chez un assureur au sens de la loi. Si ce délai est observé, l'assurance déploie rétroactivement ses effets à partir de la prise de domicile (ou de la naissance) en Suisse, comme le précise l'article 5, 1^{er} alinéa. Les conséquences d'une affiliation tardive ou d'office sont indiquées à l'article 5, 2^e alinéa.

Art. 4 Choix de l'assureur

Les personnes tenues de s'assurer ont le choix parmi les assureurs au sens de la loi, à savoir les caisses-maladie, mais aussi les assureurs privés autorisés à pratiquer l'assurance-maladie sociale (voir art. 8). En cas d'affiliation d'office (art. 6, 2^e al.), le libre choix est évidemment supprimé.

Les assureurs sont tenus d'accepter tous les candidats qui s'annoncent dans leur rayon d'activité territorial. L'assuré ne pourra donc plus se voir opposer un âge maximal d'entrée ou la nécessité d'appartenir à une profession ou à une entreprise. D'autre part, il ne pourra lui être imposé ni stage, ni réserves, de telles restrictions étant incompatibles avec un système intégré d'assurance obligatoire (voir ci-dessus, ch. 21). Pour la même raison, un assuré ne pourra pas non plus être exclu.

S'il ne paie pas ses primes, par exemple, l'assureur devra s'efforcer de les récupérer par les moyens juridiques à sa disposition (poursuite, compensation avec des prestations).

Les caisses professionnelles et les caisses d'entreprise pourront subsister, mais elles deviendront des caisses «ouvertes», en ce sens qu'elles devront également accepter des personnes n'appartenant pas ou plus à la profession ou à l'entreprise. Le maintien de caisses «fermées» rendrait illusoire un système fondé sur le libre passage intégral. Tel n'est pas le cas des caisses régionales (p. ex. communales),

car elles assurent toutes les catégories de personnes dans la région considérée. C'est pourquoi le rayon d'activité territorial est la seule restriction que les assureurs peuvent opposer à un candidat.

Art. 5 Début et fin de l'assurance

Lorsqu'une personne s'est assurée ou a été assurée par son représentant légal dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse (conformément à l'art. 3, 1^{er} al.), l'assurance déploie ses effets dès la prise de domicile ou la naissance. L'assureur choisi couvre les maladies survenues depuis ce moment et encaisse rétroactivement les primes. Dans les cas où le Conseil fédéral a étendu l'assurance obligatoire à des personnes qui n'ont pas leur domicile en Suisse (art. 3, 3^e al.), il devra aussi édicter des prescriptions sur le début de l'assurance.

Si l'intéressé s'assure ou est assuré d'office (selon l'art. 6, 2^e al.) après le délai de trois mois, l'assurance n'est pas rétroactive; elle commence à déployer ses effets au moment de l'affiliation. Les dépenses de soins encourues avant cette date seront donc à la charge de l'assuré. Des primes arriérées ne sont pas exigibles. Mais l'assureur imposera à l'assuré qui s'est affilié tardivement une prime supérieure à celle de ses autres assurés. Il fixe lui-même le montant de la surprime, tout en respectant les limites fixées par le Conseil fédéral, qui est habilité à établir des taux indicatifs. Ces taux devront tenir compte du niveau des primes de l'ensemble des assureurs opérant dans la région considérée et de la durée du retard, c'est-à-dire respectivement des coûts de l'assurance des soins dans la région et de la mesure dans laquelle l'intéressé n'a pas contribué à la solidarité avec les autres assurés. Si le retard est dû à un grave empêchement, tel qu'une maladie ou un accident, il n'est perçu aucune surprime. Lorsque le retard n'est pas excusable, mais que le paiement de la surprime plongerait l'intéressé dans la gêne, l'assureur doit la réduire en tenant équitablement compte de la situation (financière, familiale, etc.) de l'assuré et des circonstances du retard (p. ex. l'ignorance de la langue).

Nul doute que l'article 5, 2^e alinéa, 2^e phrase, exercera un effet dissuasif sur toute personne qui serait tentée d'abuser du système en n'y adhérant qu'au moment où elle a besoin de soins coûteux ou devient plus exposée à la maladie. De tels cas devraient cependant être rares, puisqu'ils supposent que l'intéressé a échappé au contrôle et à l'affiliation d'office (voir art. 6). Au surplus, les personnes qui ne se soumettent pas à temps à l'assurance obligatoire encourent des sanctions pénales (art. 83).

Quant à la fin de l'assurance obligatoire, elle intervient lorsque les conditions de soumission à celle-ci cessent d'être remplies. C'est notamment le cas lorsque l'assuré quitte définitivement la Suisse ou s'il décède.

Art. 6 Contrôle et affiliation d'office

Les cantons sont chargés du contrôle de l'affiliation, comme dans l'assurance-accidents. A cette fin, ils s'organisent librement et peuvent, par exemple, déléguer tout ou partie de leurs tâches aux communes. Les expériences faites dans les cantons qui connaissent une assurance-maladie obligatoire généralisée montrent qu'il est pratiquement possible de limiter l'appareil administratif en utilisant au

mieux les moyens existants, tels que les services cantonaux d'assurance-maladie déjà en place et le contrôle de l'habitant au niveau communal. D'ailleurs, plusieurs cantons occupent des fonctionnaires dans le domaine de l'assurance-maladie, ne serait-ce que pour l'allocation des subsides cantonaux aux caisses.

Lorsqu'elle constate qu'une personne ne s'est pas assurée à temps, l'autorité procède à l'affiliation d'office, sans lui accorder de délai supplémentaire. Dans ce cas, le libre choix de l'assureur est supprimé (mais l'assuré pourra ensuite changer d'assureur, dans les conditions de l'art. 7). L'intéressé est affilié selon une clé de répartition entre assureurs, établie par le canton après consultation de ceux-ci. L'affiliation d'office est un moyen qui a fait ses preuves en assurance-accidents et dans les cantons qui connaissent une assurance-maladie obligatoire.

L'article 7, 3^e alinéa, qui confie aux assureurs le soin de veiller à ce qu'il n'y ait pas de lacunes d'assurance en cas de changement d'assureur, permet d'alléger considérablement le contrôle. Ainsi, les cantons se borneront à contrôler la soumission à l'assurance obligatoire alors que les assureurs veilleront à ce que, même en cas de passage de l'un à l'autre, il ne soit plus possible d'échapper à cette assurance.

Art. 7 Changement d'assureur

L'assuré doit pouvoir changer d'assureur. Cela résulte du principe du libre choix de l'assureur et favorise une saine concurrence. Pour des raisons d'ordre administratif, l'assuré ne peut cependant quitter un assureur que le 31 juillet ou le 31 décembre et moyennant un préavis donné au moins trois mois à l'avance. En cas d'augmentation de prime, ce délai est ramené à un mois et l'assureur doit annoncer l'augmentation au moins deux mois à l'avance. Lorsqu'un assuré est obligé de quitter un assureur, soit en vertu d'un contrat de travail qui stipule l'adhésion à une caisse d'entreprise, soit par suite d'un transfert de résidence hors du rayon d'activité territorial de l'assureur, soit encore parce que celui-ci cesse de pratiquer l'assurance-maladie sociale, ces délais et ces termes n'ont pas besoin d'être observés. Dans ces cas, l'affiliation prend fin lors de la prise d'emploi, du transfert de résidence ou du retrait de la reconnaissance ou de l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale. D'autre part, les assurés appartenant à l'une des formes spéciales d'assurance prévues à l'article 54 («HMO», assurance avec bonus, etc.) peuvent se voir obligés d'y rester pendant une période minimale supérieure à un semestre, mais il convient d'observer qu'ils ont choisi librement une telle assurance.

Il est essentiel qu'un changement d'assureur ne provoque pas de lacune dans la soumission à l'assurance obligatoire. C'est pourquoi l'article 7, 3^e alinéa, dispose que l'assuré ne peut quitter un assureur que si celui-ci s'est vu confirmer qu'il est repris par un autre. Tant qu'il n'a pas reçu cette confirmation, l'assureur doit donc garder l'intéressé même au-delà du terme ordinaire, de la prise d'emploi ou du transfert de résidence. Si le second assureur omet de confirmer la reprise de l'assuré, il doit rembourser à celui-ci l'éventuelle différence de prime qui en résulte. Lorsque l'assureur cesse de pratiquer l'assurance-maladie sociale, de lui-même ou par suite d'une décision de l'autorité, le retrait de la reconnaissance ou de l'autorisation de pratiquer l'assurance ne devra porter effet qu'au moment où tous les assurés auront été repris par un autre assureur (art. 10, 3^e al.).

✚ Organisation

Art. 8 Catégories d'assureurs

L'assurance-maladie continuera d'être gérée par une pluralité d'assureurs. Mais aux caisses-maladie s'ajouteront des institutions d'assurance privées. Cette formule a fait ses preuves dans l'assurance-accidents. Bien entendu, tous les assureurs participant à l'application de la LAMal devront, quel que soit leur genre, pratiquer l'assurance-maladie sociale selon les mêmes dispositions, soit en particulier d'une manière totalement distincte des autres assurances et sans rechercher de profit dans ce secteur. D'un autre côté, les primes de tous les assureurs seront soumises au système de subventionnement prévu par le projet. Les caisses-maladie sont définies à l'article 9 (la reconnaissance officielle faisant partie de la définition). Les autres assureurs tirent leur existence de la loi sur la surveillance des assurances. Ils doivent être habilités à pratiquer l'assurance-maladie privée et avoir demandé, et obtenu, l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale, délivrée en vertu de l'article 10.

Art. 9 Caisses-maladie

De même que les autres assureurs sont agréés en vertu de la loi sur la surveillance des assurances, les caisses-maladie doivent être reconnues, et cela, comme jusqu'à présent, en vertu de la législation sur l'assurance-maladie. Il s'agira en fait des caisses-maladie au sens du droit en vigueur. Elles pourront revêtir la forme d'une association (voir art. 60 CC), d'une fondation (art. 80 CC), d'une société coopérative (art. 828 et 829 CO) ou d'une personne de droit public cantonal (caisses publiques, qui, suivant le droit cantonal, peuvent aussi être communales). Quelle que soit leur forme juridique, les caisses-maladie se caractérisent par le fait qu'elles ne recherchent aucun profit, et cela également dans le domaine des assurances complémentaires. De plus, elles sont par essence des institutions d'assurance sociale, de sorte que l'assurance-maladie sociale doit constituer leur activité principale. Enfin, la reconnaissance délivrée par l'autorité fédérale est une condition de l'existence même d'une caisse-maladie au sens de la LAMal. Une caisse qui entendraient pratiquer uniquement l'assurance-maladie privée serait soumise à la loi sur la surveillance des assurances (LSA) et devrait remplir les conditions fixées par celle-ci. Font exception les institutions en faveur du personnel d'une entreprise qui ne sont pas reconnues (art. 4, 1^{er} al., let. c, LSA), cas rares qui se limitent généralement à l'assurance d'une indemnité journalière.

Comme jusqu'à présent, les caisses-maladie pourront offrir des assurances complémentaires et garantir de modestes indemnités en capital. Pour les raisons évoquées plus haut (ch. 31, commentaire de l'art. 1^{er}), ces assurances seront désormais régies par la loi sur le contrat d'assurance. Les assurances complémentaires sont définies comme garantissant des prestations analogues à celles que les caisses allouent au titre de l'assurance sociale. Il s'agit avant tout du séjour hospitalier en division privée ou semi-privée. Désormais soumises au principe de la liberté contractuelle, ces assurances ne pourront plus être déclarées «obligatoires» par les caisses (voir art. 28, 1^{er} al.).

Quant aux indemnités en capital que les caisses-maladie pourront continuer à garantir, elles correspondent à ce que prévoit déjà l'ordonnance du 22 novembre

1989 sur la pratique d'autres branches d'assurance par les caisses-maladie reconnues (RS 832.122). Il s'agit d'indemnités en cas de décès ou d'invalidité, dont le montant maximum est fixé par le Conseil fédéral (p. ex. 6000 francs pour le décès ou l'invalidité, 70 000 francs pour l'invalidité par suite de paralysie).

Afin d'être complet, l'article 9 rappelle que les caisses-maladie peuvent aussi pratiquer l'assurance-accidents au sens de la LAA. Cette possibilité est toutefois limitée par l'article 70, 2^e alinéa, LAA au traitement médical et aux indemnités journalières, les rentes étant assurées par un autre assureur, avec lequel la caisse doit conclure un accord.

Les assurances complémentaires et les assurances limitées de capital peuvent être conclues par des personnes qui sont affiliées auprès d'un autre assureur pour l'assurance-maladie sociale. Un assuré peut donc, dans les conditions fixées à l'article 7, changer librement d'assureur pour l'assurance-maladie sociale, alors même qu'un éventuel contrat d'assurance complémentaire le lie encore pour un certain temps au premier assureur.

Art. 10 Reconnaissance et autorisation de pratiquer

Les assureurs qui participent à l'application de la LAMal doivent remplir un certain nombre de conditions, dont l'existence est attestée par un acte officiel. Pour les caisses-maladie, il s'agit de la reconnaissance, qui leur permet de pratiquer tant l'assurance-maladie sociale que les assurances complémentaires et les assurances limitées de capital selon l'article 9, 2^e alinéa. Les autres assureurs, qui sont déjà agréés en vertu de la loi sur la surveillance des assurances, auront besoin d'une autorisation de pratiquer. Celle-ci ne peut porter que sur l'assurance-maladie sociale, puisque ces assureurs sont déjà habilités à pratiquer les assurances complémentaires.

D'une manière générale, les assureurs doivent satisfaire à toutes les exigences de la loi (1^{er} al.). En particulier, ils doivent remplir les conditions mentionnées au 2^e alinéa, qui appelle les explications suivantes:

- Dans le cadre de l'assurance-maladie sociale, les assureurs sont soumis au principe de la mutualité, ce qui signifie essentiellement qu'ils ne peuvent pratiquer cette assurance dans un but lucratif (les autres caractéristiques de la mutualité résulteront désormais du système de la loi, qui prévoit la prime unique par caisse et un catalogue fixe de prestations). Les assureurs devront aussi respecter ce principe fondamental du droit administratif que constitue l'égalité de traitement. Enfin, ils devront faire en sorte que l'assurance-maladie sociale se suffise à elle-même.
- Les assureurs doivent s'organiser de telle manière qu'ils puissent faire face aux obligations légales. C'est ainsi, par exemple, que leur administration doit être adaptée au nombre d'assurés et au rayon d'activité. Mais il faut aussi que cette organisation fonctionne bien et qu'en particulier, les responsables disposent des aptitudes et de la compétence nécessaires à la gestion d'une assurance sociale.
- Sur le plan financier, les assureurs devront notamment disposer des réserves prescrites et des liquidités suffisantes. Une réserve minimale de départ sera fixée par ordonnance (capital propre requis lorsqu'un assureur commence à pratiquer l'assurance-maladie sociale). Les exigences en matière financière devront être respectées en tout temps; en cas d'insuffisance dans l'assurance-

maladie sociale, les primes de celle-ci devront être augmentées. Parmi les obligations des assureurs figurent non seulement le versement des prestations d'assurance et la constitution des réserves, mais aussi les contributions à l'institution commune prévue à l'article 15.

- Tout assureur désireux de pratiquer l'assurance obligatoire des soins devra également offrir l'assurance facultative d'une indemnité journalière selon la LAMal. Pour les raisons exposées au chiffre 25, cette branche (actuellement pratiquée par la grande majorité des caisses-maladie) doit en effet être maintenue dans le cadre de l'assurance-maladie sociale. Si les assureurs étaient libres de ne pas la pratiquer, ce maintien risquerait de devenir illusoire.
- Un assureur étranger ne pourra pas pratiquer directement l'assurance-maladie sociale; il devra avoir un siège en Suisse. Cela résulte du caractère de droit public de l'assurance. Dans la mesure où ils sont autorisés à pratiquer l'assurance-maladie sociale, les assureurs agissent en qualité d'organes de l'assurance sociale suisse, investis d'une part de la puissance publique. Cette position exige une présence permanente sur le territoire de la Confédération.

La reconnaissance ou l'autorisation de pratiquer peuvent être retirées lorsque l'assureur renonce à pratiquer l'assurance-maladie sociale ou si l'autorité constate qu'il ne remplit plus les conditions légales, en particulier dans les cas graves d'inobservation des dispositions en vigueur ou de mauvaise gestion (voir aussi art. 16, 4^e al.). Etant donné qu'un changement d'assureur ne doit provoquer aucune lacune dans la soumission à l'assurance obligatoire (voir commentaire de l'art. 7), le retrait de la reconnaissance ou de l'autorisation de pratiquer ne devra porter effet qu'au moment où l'autorité aura constaté que tous les assurés ont été repris par d'autres assureurs au sens de la loi.

Art. 11 Réassurance

Certains assureurs, notamment ceux qui ont de petits effectifs, peuvent avoir besoin de faire réassurer une partie de leurs prestations. Toutefois, celle-ci ne doit pas être si importante que l'assureur ne puisse plus être considéré comme un acteur à part entière de l'assurance sociale. C'est pourquoi, tout en prévoyant la réassurance, l'article 11 charge le Conseil fédéral de fixer la part minimale de risque que les assureurs doivent assumer eux-mêmes.

Le rapport de réassurance se fondera sur un contrat relevant de la LAMal. Celui-ci pourra être conclu avec

- un autre assureur participant à l'application de cette loi;
- un réassureur assimilable à une caisse-maladie;
- un réassureur au sens de la loi sur la surveillance des assurances ou un assureur au sens de cette loi qui ne pratiquerait pas l'assurance-maladie sociale au titre d'assureur direct.

Dans la mesure où ils ne bénéficient pas déjà, au titre d'assureurs directs, d'une reconnaissance ou d'une autorisation de pratiquer, les réassureurs doivent, selon leur genre, obtenir une reconnaissance ou une autorisation de pratiquer la réassurance dans le cadre de la LAMal. Pour cela, ils doivent remplir les mêmes conditions que les assureurs directs, la première étant l'obligation de se conformer à la LAMal (art. 10, 1^{er} al.); les dispositions de celle-ci sont applicables par analogie à la réassurance dans la mesure où elles la concernent également.

Art. 12 Responsabilité

L'article 12 est repris de l'actuel article 29, 3^e alinéa, LAMA. Quelle que soit la forme juridique de l'assureur, les assurés ne sauraient répondre personnellement de ses engagements.

Art. 13 Renseignements et conseils

L'article 13 s'inspire de l'article 35 du projet de LPGA. L'obligation faite aux assureurs d'informer les personnes intéressées (assurés, fournisseurs de soins, etc.) s'étend de l'information générale, par exemple par des publications, aux renseignements donnés à titre individuel. Les intéressés ont aussi le droit d'être conseillés par l'assureur.

Art. 14 Exonération d'impôts

L'article 14 s'inspire de l'article 88 du projet de LPGA, qui a lui-même été repris des articles 94 LAVS et 71 LAA. Aujourd'hui déjà, les caisses-maladie sont exonérées d'impôts. Comme dans l'assurance-accidents, cette exonération profitera également aux assureurs privés, dans la mesure où ils pratiqueront l'assurance-maladie sociale.

Art. 15 Institution commune

Certaines tâches ne peuvent être assumées qu'en commun. A cet effet, il est prévu de créer une institution commune aux assureurs, dont les attributions sont mentionnées aux 2^e, 3^e et 4^e alinéas. Ceux-ci appellent les explications suivantes:

- De même que dans la prévoyance professionnelle et l'assurance-accidents, il convient d'ériger un fonds pour les cas où un assureur deviendrait insolvable. De telles situations devraient cependant être rares, car l'autorité a la possibilité de retirer la reconnaissance ou l'autorisation de pratiquer avant qu'elles ne se produisent (voir art. 16, 4^e al., let. b).
- Des tâches communes peuvent aussi résulter de dispositions prises par le Conseil fédéral. C'est ainsi que celui-ci pourra confier à l'institution commune le soin d'assurer l'entraide administrative internationale (c'est-à-dire le remboursement de frais de soins occasionnés en Suisse par des personnes soumises à la législation de sécurité sociale d'un autre Etat) lorsqu'elle est prévue par une convention de sécurité sociale ou un autre texte international (ou européen) liant la Suisse.
- L'institution commune est conçue comme un instrument souple et ouvert, puisque le projet reconnaît également aux assureurs le droit de lui confier des tâches d'intérêt commun. Pour ce faire, l'accord de tous les assureurs ou de leurs représentants est nécessaire.

Le droit transitoire (art. 97) confie encore une autre tâche à l'institution commune: celle de gérer, pendant dix ans, le fonds de compensation des risques entre les assureurs.

Le 1^{er} alinéa de l'article 15 qui concerne la création et l'organisation de l'institution commune, s'inspire de l'article 72, 1^{er} et 2^e alinéas, LAA (caisse supplétive). S'agissant du financement de l'institution commune, il sera assumé par les assureurs eux-mêmes, puisqu'elle exercera son activité dans leur intérêt commun.

Surveillance et statistiques

Art. 16 Surveillance en général

C'est le Conseil fédéral qui veille à l'application de la loi et qui édicte les dispositions à cet effet. Les cantons, eux, sont chargés du contrôle de l'affiliation (art. 6). L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) est l'unité administrative chargée d'appliquer la loi et ses dispositions d'exécution à l'égard des assureurs. Il peut notamment adresser à ceux-ci des instructions générales ou particulières, leur demander des renseignements et des documents (ce qui implique qu'ils sont tenus de les fournir) et procéder à des visites sur place. Il est précisé que les assureurs doivent soumettre à l'OFAS leurs rapports et comptes annuels, ainsi que les tarifs de leurs primes. Les tarifs de l'assurance sociale ne seront valables qu'après avoir été approuvés par l'OFAS. Contrairement à ce qui résulte jusqu'à présent de la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, cette approbation exercera donc un effet constitutif.

Ces compétences de l'OFAS concernent l'assurance-maladie sociale pratiquée par les caisses-maladie et les autres assureurs, ainsi que les assurances complémentaires et les assurances limitées de capital (art. 9, 2^e al., let. b et c) pratiquées par les caisses-maladie.

Etant donné que la loi sera appliquée par deux genres d'assureurs, il fallait délimiter les domaines de compétence des autorités de surveillance en cause. La surveillance institutionnelle des assureurs relève de l'OFAS pour les caisses-maladie et de l'Office fédéral des assurances privées (OFAP) pour les autres assureurs. La surveillance de la pratique de l'assurance est confiée à l'OFAS pour l'assurance-maladie sociale gérée par les deux genres d'assureurs. En ce qui concerne la pratique des assurances complémentaires et des autres assurances (dont les assurances de capital pratiquées par les caisses-maladie), l'OFAS est compétent pour les caisses-maladie et l'OFAP pour les autres assureurs. Les assurances complémentaires et de capital étant désormais pratiquées selon le droit privé, ce sont les principes et la pratique appliqués par l'OFAP en vertu de la LSA qui sont déterminants dans ce secteur. C'est pourquoi l'OFAS devra exercer la surveillance sur la pratique de ces assurances par les caisses-maladie selon ces principes et en accord avec l'OFAP. Cette règle répond à l'exigence d'égalité entre caisses-maladie et assureurs privés. Enfin, l'institution commune et les réassureurs au sens de l'article 11, 1^{er} alinéa, lettre b, sont soumis à la surveillance de l'OFAS, les réassureurs au sens de l'article 11, 1^{er} alinéa, lettre c, à celle de l'OFAP.

En cas d'infraction aux dispositions légales, l'OFAS peut, tant à l'égard des caisses-maladie que des assureurs privés, prendre des mesures de contrainte administrative ou demander au Département fédéral de l'intérieur qu'il retire la reconnaissance ou l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale.

Art. 17 Contrôle des frais d'administration

Dans une assurance obligatoire, les assurés sont en droit d'attendre que celle-ci soit gérée de la manière la plus économique possible. D'autre part, les dépenses consacrées à l'administration se répercutent sur les primes, dont le niveau détermine le droit des assurés aux subsides des pouvoirs publics (art. 58). Pour ces raisons, la loi oblige les assureurs à limiter leurs frais d'administration à ce

qu'exige une gestion économique de l'assurance et confère un pouvoir d'intervention à l'autorité.

Sous le régime actuel, les frais d'administration des caisses-maladie représentent depuis plusieurs années une part constante (environ 7%) des dépenses d'assurance. Or, celles-ci augmentent beaucoup plus fortement que les salaires en général. Compte tenu du fait que les coûts de personnel forment l'essentiel des frais d'administration, le Conseil fédéral pourra décider que ceux-ci ne peuvent augmenter plus vite que les salaires en général. Une telle mesure s'appliquerait en principe à tous les assureurs, mais il doit être possible de la moduler si nécessaire dans des cas particuliers (p. ex. lorsqu'un employeur cesse de contribuer aux frais d'administration d'une caisse d'entreprise). C'est pourquoi le Conseil fédéral pourra déléguer tout ou partie de sa compétence au Département fédéral de l'intérieur ou à l'OFAS.

Art. 18 Statistiques

Compte tenu des sommes mises en jeu dans le domaine de la santé en général et de l'assurance-maladie en particulier, diverses améliorations sont nécessaires en matière de statistiques. Il appartiendra au Conseil fédéral de prendre les dispositions qui s'imposent en ce qui concerne la collecte, le traitement et l'analyse des informations. Il va de soi que des statistiques sérieuses ne peuvent être établies sans la collaboration des «acteurs» de la santé. Aussi est-il prévu que les assureurs et les autorités fédérales et cantonales seront tenus d'apporter leur concours. De plus, le Conseil fédéral est habilité à requérir la collaboration d'autres organisations ou personnes (p. ex. les fournisseurs de soins), non sans les avoir consultées au préalable. Il appartiendra aussi au Conseil fédéral de régler la publication des statistiques. Enfin, les dispositions édictées dans ce domaine ainsi que la pratique devront respecter les principes de la protection des données.

Prestations

Art. 19 Catalogue des prestations

Généralités

Les prestations énumérées dans la loi, aux articles 19 à 25, représenteront désormais l'intégralité des prestations dues au titre de l'assurance obligatoire des soins. Nettement plus étoffé que le catalogue actuel de l'article 12 LAMA, principalement pour des raisons inhérentes à la nouvelle structure de l'assurance (assurance obligatoire, financée en principe par des primes égales), ce nouveau catalogue, de par son caractère exhaustif, garantira l'accès à des prestations uniformes pour tous les assurés. Concrètement, les assureurs n'offriront d'autres prestations que dans le cadre des assurances complémentaires dont l'éventail des prestations variera d'un assureur à l'autre de même que la prime y afférente (voir aussi commentaire de l'art. 28).

S'agissant de l'articulation de notre catalogue, elle concorde avec celle du «projet Schoch» qui n'a pas été remise en question lors de la procédure de consultation; elle n'est pas non plus éloignée de la structure actuelle (art. 12, 12^{quater}, 14 LAMA). Nous avons choisi une systématique qui est guidée par la ferme volonté

de rendre le catalogue des prestations plus clair et plus compréhensible pour les assurés, avant tout. Nous préférons, dès lors, une systématique qui comporte quelques répétitions, étant donné que les prestations dues dans certaines éventualités (infirmité congénitale, accident, maternité, interruption non punissable de la grossesse) sont définies par rapport aux prestations dues pour le cas de maladie, que ce soit d'ailleurs par assimilation (infirmité congénitale, état à la base d'une interruption non punissable de la grossesse) ou par analogie (accident, maternité). A cela s'ajoute que la maladie doit, de plus, rester le point d'ancrage à partir duquel se déterminent les prestations dues dans d'autres éventualités. Une place à part se justifie, au demeurant, pour les mesures de prévention et les soins dentaires (voir commentaire des articles 20 et 25).

Nous tenons, par ailleurs, à ajouter que si la loi parle des coûts pris en charge par l'assurance, c'est pour qu'il soit bien clair que le principe des prestations en nature ne s'applique pas dans le cadre de la présente législation. Dans le commentaire article par article, nous n'avons toutefois pas repris systématiquement cette expression par souci de simplification.

1^{er} alinéa

La définition de la maladie (art. 2, 1^{er} al.) se réfère à la nécessité d'un examen ou d'un traitement médical. Cet alinéa entre dans les détails et pose le principe selon lequel l'assurance interviendra pour le «tryptique» formé par le diagnostic, le traitement au sens strict et la réadaptation. La prévention devrait théoriquement s'ajouter à ces trois volets. Pour des raisons inhérentes à la place que peut prendre la prévention dans une loi d'assurance sociale, nous lui avons toutefois réservé un statut spécial (voir commentaire de l'art. 20).

2^e alinéa

Lettre a

Cette disposition indique, de manière synthétique, «qui» sont les fournisseurs de prestations (médecins, chiropraticiens, «personnel paramédical» au sens large) et «où» ils interviennent à la charge de l'assurance des soins (en milieu ambulatoire, au domicile de l'assuré au sens large, à l'hôpital ou dans une autre institution). Tous ces éléments sont repris ensuite par la loi. Ainsi, la liste des fournisseurs de prestations est dressée en détail à l'article 29, les hôpitaux et autres institutions (institutions prodiguant des soins semi-hospitaliers et établissements médico-sociaux) ainsi que les établissements de cure balnéaire étant eux définis aux articles 33 et 34.

Comme la nouvelle formulation le met bien en évidence, l'innovation essentielle réside dans la mise sur pied d'égalité du traitement ambulatoire et du traitement hospitalier, ce qui signifie qu'en cas d'hospitalisation l'assurance prendra à sa charge les prestations sans limite de durée; la limite des 720 jours que connaît la loi actuelle (art. 12, 2^e al., ch. 4, LAMA) sera donc supprimée. Cette innovation correspond à de nombreuses demandes relativement anciennes (voir message sur la révision partielle de l'assurance-maladie du 19 août 1981; commentaire de l'art. 12, 1^{er} al., ch. 2 et 3^e al.); elle a d'ailleurs été massivement soutenue lors de la procédure de consultation. A noter, de plus, que l'assurance prendra aussi en charge le séjour à l'hôpital – dans la division commune, s'entend. Il s'agit de ce que

l'on appelle les «frais d'hôtellerie», frais qui sont dus pour la nourriture et le logement à l'hôpital (art. 19, 2^e al., let. e, LAMal).

L'autre innovation de taille réside dans l'introduction des soins à domicile au sens large dans le catalogue des prestations (cette notion recouvre en fait les soins prodigués hors de l'hôpital connus sous l'abréviation topique de SPITEX en allemand). Les dispositions d'exécution désigneront les prestations à prendre en charge à ce titre qui, outre les quelques soins à domicile déjà à la charge de l'assurance-maladie (O VI, RS 832.156.1 et ODFI 7, RS 832.141.11), comprendront des prestations plus étendues, à la condition toutefois qu'elles soient prescrites par un médecin. Il est, en effet, hors de question que l'assurance-maladie prenne en charge tous les soins à domicile ou assimilés (l'aide au ménage sera p. ex. exclue). A noter que cette innovation a aussi été fort bien accueillie dans la procédure de consultation.

Si l'éventail des prestations s'agrandit, en revanche les rôles respectifs du médecin, du chiropraticien et du «personnel paramédical» (dans l'ancienne acception) demeurent les mêmes, le «droit de prescription» revenant par principe au médecin avec le même droit pour le chiropraticien, s'agissant de certaines prestations.

Lettre b

Outre la prise en charge des analyses et des médicaments, qui figureront sur les listes prévues à cet effet (voir art. 44) et qui devront satisfaire aux conditions d'efficacité, d'adéquation et d'économie (art. 26), l'assurance assumera les coûts des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques. Ceux-ci seront énumérés dans une liste (voir art. 27, 2^e al., et art. 44).

Actuellement, l'assurance ne prend en charge que les endoprothèses qui font partie intégrante du corps (par ex. les stimulateurs cardiaques). En revanche, les prothèses qui peuvent être séparées du corps et remises en place (ectoprothèses) sans intervention spéciale (opération) ne ressortissent pas aux prestations obligatoires des caisses-maladie. Certaines de ces prothèses seront, à l'avenir, incluses dans les moyens et appareils à prendre en charge. Il en sera de même, entre autres, pour des pompes permettant la diffusion continue de médicament.

Lettre c

Bien que dans la procédure de consultation plusieurs avis aient demandé la prise en charge de toute cure prescrite par un médecin (y compris la cure d'air), nous nous en tenons à la prise en charge de la cure balnéaire seulement. Il s'agit au fond de la reprise du système actuel, d'après lequel seule une participation est versée en cas de cure balnéaire. La prescription de cures balnéaires donnant lieu à de fréquents abus, on peut tout à fait s'imaginer que la participation à fixer par le Conseil fédéral (art. 27, 2^e al.) ne sera désormais plus une participation journalière, mais par exemple une participation-limite par année ou encore une participation versée pendant une certaine durée, le cas échéant comprise dans une période de référence.

Pour la notion d'établissement de cure balnéaire, voir article 34 et commentaire y relatif.

Lettre d

Si la prévention précède le traitement d'une maladie, la réadaptation intervient après celui-ci, bien qu'elle soit souvent considérée comme faisant encore partie du traitement. Dans l'optique d'un catalogue plus complet qu'aujourd'hui et exhaustif, la prise en charge de mesures de réadaptation se justifie. Le Conseil fédéral les définira par voie d'ordonnance, en suivant la procédure fixée par la loi (art. 27).

Ces mesures de réadaptation ont pour but d'améliorer la capacité physique ou mentale, si celle-ci a été diminuée à cause d'une maladie ou en raison du traitement de celle-ci (p. ex., consécutivement à une opération). Deux exemples de mesures: la gymnastique ordonnée après une affection cardiaque ou en cas de paralysie. Actuellement, certaines mesures sont déjà prises en charge, de par une interprétation extensive de la notion de traitement.

Il s'agira, en fait, de mesures à portée plus large que les mesures médicales de l'AI (art. 12 LAI, RS 831.20) qui servent, elles, à la réadaptation professionnelle, et non pas fonctionnelle ou sociale pour ainsi dire.

Lettre e

Voir commentaire sous lettre a.

Lettre f

Toujours dans l'optique d'une assurance avec un catalogue uniforme, assurance qui interviendra subsidiairement en cas d'accident, nous introduisons la prise en charge des frais de transport d'urgence et de sauvetage, à raison d'une participation à ces frais qu'il incombera au Conseil fédéral de fixer (voir art. 27, 2^e al.). Différentes possibilités sont, au demeurant, envisageables (en particulier, participation limite par année; «participation-fourchette»; participation dégressive).

L'introduction de cette prestation a été contestée au cours de la procédure de consultation, raison pour laquelle nous nous limitons à prévoir une participation aux frais, et non pas la prise en charge intégrale de ceux-ci comme le prévoyait le projet Schoch. Cette prise en charge nous semble, cependant, justifiée tant pour le cas de la maladie que pour celui de l'accident, à titre subsidiaire.

Art. 20 Mesures de prévention

Un système qui prévoit la prise en charge du diagnostic et du traitement d'une maladie ainsi que de la réadaptation consécutive à ce dernier comporte, en fait, une lacune si l'on veut que le catalogue des prestations soit réputé complet; nous y avons fait allusion dans le commentaire relatif à l'article 19. Il s'agit de la prévention dont l'introduction dans le catalogue des prestations a été largement approuvée au cours de la procédure de consultation, certains avis demandant même de mettre un accent encore plus soutenu sur ce type de prestations.

Actuellement, la prévention en tant que telle ne figure pas dans la LAMA, ce qui n'empêche pas certaines caisses-maladie de prévoir dans leurs propres dispositions la prise en charge de différentes mesures préventives, au titre de l'assurance de base statutaire (par ex. des examens gynécologiques préventifs) ou au titre d'assurances complémentaires (par ex. contribution à un contrôle dentaire par année; une visite de contrôle («check-up») tous les trois ans, jusqu'à concurrence d'un certain montant; vaccinations à titre prophylactique).

Afin que tous les assurés soient mis au bénéfice des mêmes prestations, la prévention appartiendra désormais au catalogue des prestations de l'assurance obligatoire. Il incombera au Conseil fédéral de désigner les prestations, en détail, dans les dispositions d'exécution (voir aussi commentaire de l'art. 27, 2^e al.). Ce que nous visons ici recouvre la prévention au sens strict; il s'agit donc de mesures individuelles de prévention, effectuées ou prescrites par un médecin, à un certain moment ou à intervalles réguliers, sans qu'il y ait des symptômes concrets de maladie. Par exemple: des contrôles périodiques pour le dépistage de certains cancers, eu égard à l'anamnèse familiale; la prescription de produits pharmaceutiques destinés à prévenir ou, à tout le moins, à retarder l'apparition d'affections osseuses (p. ex. ostéoporose). Au demeurant, indépendamment de la portée sociale et médicale de la prévention, il semble logique qu'une assurance prenne en charge des mesures qui, à moyen terme en tout cas, réduiront le «risque» qu'elle couvre.

Au cours de la procédure de consultation, divers intervenants ont réclamé non seulement des mesures de prévention, mais encore des mesures pour une véritable «éducation à la santé». De plus, il a été suggéré à plusieurs reprises d'affecter un pourcentage – modeste – des primes des assureurs au financement de mesures de prévention au sens large, comme des campagnes d'information ou de sensibilisation. Nous n'avons pas repris ces deux demandes, pour intéressantes qu'elles soient, car nous estimons qu'elles n'ont pas à prendre place dans la présente loi. En effet, les mesures de prévention au sens large telles que campagnes d'information, de sensibilisation ou encore campagnes de vaccination ou de contrôle doivent rester du ressort de la santé publique, soit des cantons et des instituts spécialisés.

A noter que l'accroissement du rôle de la sécurité sociale en matière de prévention ainsi que la reconnaissance d'un droit aux mesures préventives figurent comme objectifs dans la Recommandation R (84) 24 du Comité des ministres du Conseil de l'Europe du 7 décembre 1984 (voir en particulier ch. 6 et 9 de cette Recommandation sur la contribution de la sécurité sociale aux mesures préventives).

Art. 21 Infirmité congénitale

Depuis la révision de la LAMA du 13 mars 1964, l'infirmité congénitale est expressément assimilée à la maladie (art. 14, 1^{er} al., O III; RS 832.140). Elle déclenche donc la prise en charge des mesures nécessaires par l'assurance-maladie, pour autant toutefois que l'assurance-invalidité ne doive pas intervenir (art. 17, 1^{er} al., O III). Antérieurement, le traitement de l'infirmité congénitale n'était pris en charge que si les caisses-maladie le prévoyaient dans leurs dispositions propres.

Nous reprenons ce principe et le faisons figurer non plus dans les dispositions d'exécution, mais dans la loi elle-même. En effet, bien qu'il s'agisse de l'assimilation de l'infirmité congénitale à la maladie, la précision n'est pas inutile. L'assurance obligatoire des soins assumera donc les coûts des prestations nécessaires, dès que l'infirmité congénitale ne tombe plus à la charge de l'assurance-invalidité, que ce soit parce que l'assuré est désormais majeur (art. 13, 1^{er} al., LAI et art. 1^{er}, 4^e al., OIC; RS 831.20 et RS 831.232.21) ou encore parce que l'infirmité

4
congénitale est considérée comme peu importante et ne figure plus dans l'OIC (art. 13, 2^e al., LAI). Ce dernier cas vise des assurés mineurs. En d'autres termes, l'assurance obligatoire des soins prendra le relais de l'assurance-invalidité dans deux cas, dont l'un est plutôt hypothétique mais mérite, néanmoins, d'être réglé.

Art. 22 Accident

Conformément à l'article premier, 2^e alinéa, lettre b, l'assurance obligatoire des soins prendra aussi en charge les coûts de l'accident si celui-ci n'est couvert par aucune assurance-accidents, sociale ou privée. La portée de cette innovation a déjà été commentée à propos de l'article premier.

Le projet Schoch prévoyait également la prise en charge de l'accident à titre subsidiaire, dans la mesure où celui-ci n'était pris en charge par aucune assurance-accidents; nous avons repris ce principe. Il s'agit, en effet, à nos yeux de combler une lacune importante. Cette assurance-accidents revêtira une importance particulière, notamment pour les enfants, les femmes au foyer, les personnes âgées et les personnes «entre deux emplois». A relever que cette innovation n'a pas fait l'objet d'un accueil unanime lors de la procédure de consultation. En effet, si certains ont approuvé l'intégration de ce principe dans la LAMal, d'autres ont demandé sa suppression en raison des coûts qui y seront liés.

Outre que de nombreuses caisses-maladie ont déjà fait usage de la possibilité que leur concède la législation actuelle et prévu ainsi d'allouer des prestations en cas d'accident (art. 14, 2^e al., O III; RS 832.140), nous considérons que le mécanisme instauré par cette clause de subsidiarité – générale – comporte nettement plus d'avantages que d'inconvénients (voir aussi notre message du 19 août 1981; commentaire de l'art. 1^{er}, 3^e al.). Il doit donc être maintenu.

Art. 23 Maternité

Généralités

Cet article reprend le principe actuel selon lequel la maternité donne droit, d'une part, aux mêmes prestations que pour la maladie (art. 14, 1^{er} al., LAMA) et, d'autre part, à des prestations spécifiques (art. 14, 2^e al., LAMA). L'assurance des soins ayant désormais un caractère obligatoire, nous disposerons donc d'une véritable assurance des soins en cas de maternité. La question du versement d'allocations ou d'indemnités de maternité, en d'autres termes de l'indemnisation du congé de maternité, sur d'autres bases qu'actuellement ne sera cependant pas réglée dans le cadre de la présente loi (voir ci-après ch. 25).

1^{er} alinéa

Comme nous venons de le préciser, il s'agit de la reprise d'un principe existant. Cependant, l'assurance devenant obligatoire, tous les stages prévus actuellement par la loi pour avoir droit aux prestations sont supprimés. Ainsi, le stage de 270 jours (sans une interruption de plus de trois mois) figurant à l'article 14, 1^{er} alinéa, LAMA n'a plus de raison d'être.

2^e alinéa

Généralités

Cet alinéa recense les prestations spécifiques de maternité, qui s'ajoutent aux prestations garanties selon le premier alinéa. Etant donné que l'assurance sera désormais obligatoire, il n'est plus nécessaire de prévoir des prestations spéciales pour l'enfant, au titre des prestations de maternité (contribution aux frais de soins, respectivement aux frais de soins et de traitement de l'enfant selon l'art. 14, 2^e al., ch. 3, LAMA).

De même, l'indemnité d'allaitement (art. 14, 5^e al., LAMA) a été supprimée, ainsi que différents avis l'ont demandé au cours de la procédure de consultation. Cette contribution, plutôt symbolique vu son montant, est avantageusement remplacée par la prise en charge des conseils nécessaires en cas d'allaitement.

Lettre a

Le nombre des examens de contrôle, pendant et après la grossesse, à prendre en charge par l'assurance ne sera plus limité comme aujourd'hui à quatre examens, au plus, durant la grossesse et à un examen dans les dix semaines consécutives à l'accouchement (art. 14, 2^e al., ch. 4, LAMA).

Notre décision s'inspire du nouveau concept qui fait du catalogue des prestations une palette complète et uniforme. A relever qu'aujourd'hui déjà certaines caisses-maladie prévoient la prise en charge d'un nombre illimité d'examen de contrôle. Il ne sera évidemment pas question de prendre en charge des examens de contrôle qui n'auraient pas leur raison d'être sur le plan médical, raison pour laquelle ces examens seront désignés en détail par voie d'ordonnance (voir aussi commentaire de l'art. 27, 2^e al.).

Lettre b

L'accouchement sera pris en charge par l'assurance, indépendamment du fait qu'il ait lieu à domicile ou en milieu hospitalier ou encore semi-hospitalier (voir art. 19, 2^e al., let. a, LAMa), le choix du lieu de l'accouchement se faisant par l'assurée.

Sera également prise en charge l'assistance à l'accouchement, que celle-ci soit prodiguée par le médecin lui-même ou par la sage-femme dont le rôle n'est pas à remettre en question. Une sage-femme est, en effet, à même de par sa formation de mener à bien un accouchement qui ne nécessite pas l'intervention d'un médecin ou alors de collaborer tout à fait utilement avec celui-ci. Cet élément n'est pas négligeable dans la mesure où un accouchement peut aussi avoir lieu à domicile, par exemple dans une région éloignée d'un cabinet médical.

Lettre c

Comme nous l'avons dit en préambule, le versement d'une indemnité d'allaitement est remplacé par la prise en charge des conseils qui s'avéreront nécessaires en cas d'allaitement. Quelques doutes ont été émis au sujet de cette innovation au cours de la procédure de consultation, la disposition étant considérée par certains comme superflue. Nous ne partageons pas cette opinion.

Concrètement, il s'agira des conseils prodigués après l'accouchement et qui, le cas échéant, se poursuivront dès le retour à domicile de l'assurée. Les dispositions

d'exécution fixeront quelles sont les personnes habilitées à donner ces conseils à la charge de l'assurance des soins; il s'agira en tout cas du médecin et de la sage-femme. A relever que la prise en charge de ces conseils s'inscrit dans l'optique d'une assurance des soins plus complète, également en cas de maternité.

Art. 24 Interruption non punissable de la grossesse

Cet article reprend le principe qui figure à l'article 12^{quater} LAMA depuis le 1^{er} mars 1982, conformément à la décision des Chambres fédérale du 9 octobre 1981. D'après ce principe, les caisses-maladie sont tenues de prendre en charge, au moins, les prestations mentionnées à l'article 12 LAMA, si l'assurée prouve qu'elle a subi une interruption non punissable de la grossesse selon l'article 120 du code pénal (RS 311.0).

Les caisses sont donc liées par les constatations des deux médecins qui, au sens de la loi, doivent se prononcer sur la demande d'interruption adressée à l'autorité compétente sur la base des dispositions cantonales d'application du code pénal suisse. Il doit, au demeurant, en être de même au cas où l'autorisation est donnée par la suite (art. 120, ch. 2, CP). En d'autres termes, il y a une maladie – un état morbide – à la base de toute interruption non punissable de la grossesse.

Art. 25 Soins dentaires

Généralités

L'essai d'introduire certains soins dentaires dans le catalogue de l'assurance-maladie – que celle-ci soit facultative ou obligatoire – ne date pas d'hier (voir art. 12, 2^e al., de notre projet du 19 août 1981; art. 12, 2^e al., du projet de loi fédérale sur l'assurance-maladie et maternité/LAMM du 20 mars 1987). L'accueil réservé à cette innovation dans la procédure de consultation a été toutefois mitigé. Les deux arguments essentiels que l'on fait valoir contre une telle nouveauté sont, d'une part, les coûts correspondants et, d'autre part, l'affirmation que la plupart des soins dentaires sont occasionnés par une mauvaise hygiène dont les assurés sont responsables.

Le fait qu'actuellement les soins dentaires ne constituent pas, en principe, des prestations obligatoirement à la charge de l'assurance-maladie sauf si les dispositions des caisses-maladie le prévoient (il convient, toutefois, de noter que les primes de l'assurance complémentaire pour soins dentaires sont élevées et par là-même le plus souvent «dissuasives») a des conséquences fort pénibles, comme l'ont montré deux récents arrêts du Tribunal fédéral des assurances (voir ATFA du 12 mars 1990 et ATFA du 17 avr. 1990, publiés dans le Recueil de jurisprudence et pratique administrative édité par l'OFAS, RAMA 1990, fascicule 3, n^{os} 836 et 839).

Nous voulons combler cette lacune indéniable de notre système (art. 25, 1^{er} al.); de même, nous souhaitons être logiques et inclure la prise en charge subsidiaire de l'accident dentaire (art. 25, 2^e al.).

1^{er} alinéa

L'assurance obligatoire des soins prendra en charge les soins dentaires dans deux cas: d'une part, si ces soins sont nécessaires pour le traitement d'une maladie

grave (p. ex. l'extraction de dents préalablement à une opération du cœur, afin d'éviter tout risque d'infection); d'autre part, si ces soins sont occasionnés par le traitement d'une maladie grave (p. ex. remise en état après une radiothérapie ayant entraîné la perte de dents).

Les maladies graves dont il conviendra de tenir compte seront énumérées dans les dispositions d'exécution, avec toute la sécurité nécessaire (voir art. 27, 2^e al.), de sorte que l'introduction de ce principe ne pourra pas entraîner d'abus.

2^e alinéa

Les soins dentaires dus à un accident tomberont aussi, subsidiairement, à la charge de l'assurance des soins. Ce qui paraît éminemment logique puisque nous avons prévu l'intervention de l'assurance des soins pour les accidents non couverts (art. 1^{er}, 2^e al., let. b).

Art. 26 Conditions de la prise en charge

1^{er} alinéa

Cette disposition comporte une innovation considérable s'agissant des conditions de prise en charge des prestations par l'assurance, innovation qui a été massivement réclamée au cours de la procédure de consultation: l'abandon du critère de la reconnaissance scientifique au profit de celui de l'efficacité.

Actuellement, les critères auxquels les prestations doivent satisfaire pour être à la charge de l'assurance ne figurent pas dans la loi elle-même. Ils sont disséminés dans différentes dispositions d'exécution (art. 21 et 21a O III, RS 832.140 pour les prestations générales; art. 4, 1^{er} al., O VIII, RS 832.141.2 pour les médicaments; art. 7, 2^e al., O VIII, RS 832.141.2 pour les analyses). Il s'agit, toutefois, des mêmes critères fondamentaux qui sont, à quelques nuances près dans la formulation, les suivants: être scientifiquement reconnu; approprié à son but; économique.

Le premier de ces critères a été fortement remis en cause au cours de ces dernières années; il en a été de même dans la procédure de consultation. On reproche, en effet, à la notion de «reconnaissance scientifique» de ne plus être un critère adapté, de ne pas avoir de sens précis et l'on y oppose la notion d'«efficacité» qui devrait la remplacer.

Nous avons donc franchi ce pas et prévoyons qu'à l'avenir toutes les prestations devront être efficaces, appropriées et économiques pour que leurs coûts soient pris en charge par l'assurance des soins. Il est évident que la preuve de l'efficacité – qui se substitue à celle du caractère «scientifiquement reconnu» – peut donner l'impression d'ouvrir, en tant que telle, la porte à beaucoup d'autres «médecines» que la médecine classique. Certains craignent cette ouverture et redoutent de voir des mesures prises en charge alors même qu'elles ne relèveraient d'aucune approche médicale sérieuse. Cette crainte ne se justifie pas car telle n'est pas notre intention. Le système prévu par la LAMal comporte différents «verrous de sécurité». Ainsi, en plus d'être efficace (avoir un effet, sur le plan général), la prestation doit être appropriée (avoir l'effet recherché dans le cas précis) et économique (établir une «juste» relation entre le but visé et les frais mis en œuvre, ce qui ne signifie toutefois pas que des mesures coûteuses ne seront pas

prises en charge). Seule la conjonction de ces trois conditions doit en faire une prestation à la charge de l'assurance (voir aussi commentaire de l'art. 27, plus particulièrement du 3^e al.), ce qui permettra assurément d'écarter la prise en charge de prestations «irrationnelles» ou à tout le moins «douteuses».

2^e alinéa

Le premier alinéa fixe les conditions auxquelles les prestations du catalogue doivent satisfaire. On doit, cependant, partir de l'idée qu'avec l'évolution de la science médicale certaines prestations seront dépassées, parfois à court terme (par ex. s'agissant de méthodes diagnostiques d'imagerie par résonance magnétique), ce qui fait qu'elles ne rempliront plus les exigences – cumulatives – de l'article 26.

Il est donc important de prévoir dans la loi le principe du réexamen périodique de ces prestations. Ce principe ne constitue nullement un facteur d'insécurité, voire un signe de méfiance. Au contraire, il doit permettre d'éliminer du catalogue des prestations celles qui n'ont plus de raison d'y figurer du point de vue de leur efficacité, de leur adéquation ou de leur caractère économique. En effet, l'objectif premier de la loi est de garantir aux assurés des prestations «up to date», donc d'éviter la prise en charge de prestations inadaptées sur le plan de l'approche médicale.

Il est évident que si le réexamen au sens précité doit déboucher sur des décisions de suppression, celles-ci seront prises «selon toutes les règles de l'art», le Conseil fédéral ne décidant en la matière qu'après avoir consulté les commissions de spécialistes (voir commentaire de l'art. 27, 4^e al.).

A relever que le contrôle continu des technologies est une norme reconnue sur le plan international (voir Recommandation R (90) 8 du 30 mars 1990 du Comité des ministres du Conseil de l'Europe, en particulier ch. 5 des Annexes).

Art. 27 Désignation des prestations

1^{er} alinéa

Le Conseil fédéral dispose, après avoir consulté les commissions de spécialistes (voir commentaire du 4^e al.), de la compétence de désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien qui ne sont pas à la charge de l'assurance ou qui ne le sont qu'à certaines conditions.

Cette disposition a été, assez fréquemment, mal interprétée au cours de la procédure de consultation, en ce sens qu'elle a été considérée comme un signe de défiance envers les médecins et les chiropraticiens qui sont placés sur pied d'égalité dans notre système d'assurance. Alors qu'au contraire, il convient de considérer cette disposition potestative comme une «présomption favorable» à l'égard des médecins et des chiropraticiens. Celle-ci signifie que toutes les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien sont réputées a priori à la charge de l'assurance des soins. Eo ipso, il ne peut y avoir de catalogue «positif» – exhaustif – de ces prestations, mais seulement un catalogue «négatif» ou «conditionnel» – restreint.

Nous devons, à cet égard, insister sur le fait que cette possibilité, inscrite désormais dans la loi elle-même pour des raisons de systématique et de trans-

parente, n'est pas nouvelle. Elle correspond à la pratique actuelle en matière de prestations générales dont le principe n'a au demeurant pas été remis en question (art. 21 O III, RS 832.140; ODFI 9, RS 832.141.13). Selon les expériences faites jusqu'à ce jour, tout laisse croire que seules les prestations nouvelles ou contestées feront l'objet d'une non-prise en charge, voire d'une prise en charge partielle ou provisoire ou seront encore assorties de conditions spéciales (par ex. telle prestation ne saurait être prodiguée que dans tel centre, car seul celui-ci dispose de l'expérience suffisante). Voir aussi commentaire du 3^e alinéa ci-après.

2^e alinéa

Il incombera au Conseil fédéral de désigner les «autres» prestations du catalogue de l'assurance obligatoire des soins dans ses dispositions d'exécution (prestations «de base» de l'art. 19, 2^e al., LAMal; mesures de prévention; prestations spécifiques de maternité; soins dentaires). Si pour certaines de ces prestations il s'agira seulement de fixer un montant (par ex. participation aux frais de cure balnéaire; participation aux frais de transport et/ou de sauvetage), pour d'autres prestations il s'agira de prévoir des listes officielles (par ex. médicaments, analyses, moyens et appareils) ou encore un véritable «sous-catalogue» (p. ex. mesures de prévention, soins dentaires).

Le recours aux commissions de spécialistes (voir commentaire du 4^e al.) devra permettre au Conseil fédéral de fixer le catalogue précis des prestations à la charge de l'assurance, en toute connaissance de cause.

A nouveau cependant, il ne s'agit pas d'une innovation matérielle. Le même principe figure aujourd'hui à l'article 12, 5^e et 6^e alinéas, LAMA. Il n'y a aucune raison de ne pas le maintenir.

3^e alinéa

L'article 26 fixe les conditions auxquelles les prestations doivent satisfaire pour que l'assurance prenne les coûts correspondants en charge. Il peut toutefois arriver que des prestations ne remplissent pas encore ou ne remplissent plus du tout ces exigences, d'où l'impérieuse nécessité de les évaluer ou de les réévaluer.

Concrètement, il s'agira de décider une prise en charge partielle ou provisoire pour une prestation – au sens large – qui ne répond pas encore aux exigences de l'article 26, mais qui se trouve en évaluation. Ou encore d'en faire de même pour une prestation déjà «admise», mais qui se trouve controversée dans sa conformité avec les exigences de l'article 26. Dans ce dernier cas de figure, la réévaluation permettra en fin de compte de supprimer toute prise en charge pour des prestations qui n'ont plus leur raison d'être sur le plan médical.

A nouveau, selon le mécanisme que nous avons instauré, il incombera au Conseil fédéral de consulter les commissions de spécialistes à cet effet (voir 4^e al. ci-après). On peut, par ailleurs, partir de l'idée que la demande de prise en charge provisoire ou partielle, pour les motifs que nous avons évoqués, viendra le plus souvent du milieu médical lui-même.

A noter que toutes les prestations selon les articles 19 à 25 sont visées ici (voir commentaire du 1^{er} al.).

4^e alinéa

Le principe actuel qui veut que le Conseil fédéral s'entoure de spécialistes pour déterminer, en détail, le catalogue des prestations à la charge de l'assurance des soins est maintenu (art. 12, 5^e et 6^e al., LAMA). Les expériences faites au niveau des commissions existantes s'agissant des prestations générales, des médicaments et des analyses sont à considérer comme probantes. Ce système permet, en effet, au Conseil fédéral d'établir un catalogue à la fois adapté à l'évolution de la science médicale et satisfaisant aux exigences de prise en charge par l'assurance sociale. Il convient de le maintenir (4^e al.).

La composition de ces commissions de spécialistes sera fixée dans les dispositions d'exécution (ordonnances du Conseil fédéral). Y figureront les représentants des fournisseurs de prestations ainsi que ceux des assureurs, le cas échéant selon une formule différente d'aujourd'hui (voir art. 26 O III, RS 832.140, et art. 8 O VIII, RS 832.141.2). Lors de la procédure de consultation, des voix se sont élevées afin que les assurés – en fait, les «consommateurs» de prestations – soient aussi représentés dans ces commissions. Donner suite à cette demande relève de l'envisageable. Des représentants des organisations de patients et/ou de consommateurs pourraient ainsi avoir voix au chapitre, en tout cas dans certaines de ces commissions.

De plus, ce 4^e alinéa prévoit que le Conseil fédéral se chargera de la coordination nécessaire entre les diverses commissions de spécialistes au sens du premier alinéa. Nous partons de l'idée qu'il y aura – comme actuellement – plusieurs commissions, le cas échéant de nouvelles commissions ou sous-commissions. Les expériences faites sur la base du système en vigueur ont démontré, à plusieurs reprises, la nécessité d'une coordination accrue.

Il est donc important de faire figurer, dans la loi, ce principe de coordination. A noter toutefois qu'il y aurait différents moyens de concrétiser celui-ci. Si l'on peut songer à l'instauration par exemple d'une «Commission fédérale pour la coordination des prestations de l'assurance obligatoire des soins», on pourra aussi, tout simplement, organiser un échange systématique d'informations ou encore prévoir l'examen simultané, et non pas successif, d'un problème de prestation impliquant plusieurs commissions.

5^e alinéa

Les 1^{er} à 4^e alinéas confient au Conseil fédéral les différentes tâches que nous venons de commenter. Selon ce 5^e alinéa, le Conseil fédéral pourra les déléguer au Département fédéral de l'intérieur ou à l'Office fédéral des assurances sociales. Il ne s'agit pas non plus d'une innovation matérielle, mais de la fixation expresse dans la loi d'une possibilité non seulement de délégation, mais encore de subdélégation. Au demeurant, la pratique en vigueur a déjà largement concrétisé ce principe (p. ex. ODFI 7, RS 832.141.11; ODFI 8, RS 832.141.12; Liste des spécialités/LS placée sous la responsabilité de l'OFAS, art. 1^{er}, 3^e al., O VIII, RS 832.141.2).

1^{er} alinéa

Cette disposition que nous avons, à dessein, placée à la fin du chapitre consacré aux prestations a pour but de rappeler que le catalogue légal au sens des articles 19 à 27 est à la fois contraignant et complet.

Le concept est nouveau, d'où la nécessité de bien le mettre en relief. Il se justifie pleinement – nous l'avons déjà souligné – dans le cadre d'une assurance désormais obligatoire avec des primes en principe égales. Toutes les autres prestations relèveront des assurances complémentaires, dont la conclusion est évidemment laissée à l'appréciation des intéressés. La palette des prestations assurables à titre complémentaire pourra, quant à elle, varier d'assureur à assureur de même que la prime y afférente.

2^e alinéa

Le principe de la territorialité continue à régir notre système d'assurance-maladie, ce qui ne nous empêche pas d'«institutionnaliser» la possibilité d'exceptions à ce principe. Plusieurs caisses-maladie ont, aujourd'hui déjà, commencé cette ouverture dans leur sphère d'autonomie.

L'innovation qui figurera désormais dans la loi comporte l'avantage – sensible – de mettre tous les assurés sur pied d'égalité. Elle vise, en premier lieu, les cas dans lesquels des prestations (selon les art. 19, 2^e al., ou 23) sont fournies à l'étranger pour des raisons médicales. Il s'agira donc soit d'un cas d'urgence, soit d'un cas dans lequel il n'y a pas, en Suisse, d'équivalent de la prestation à fournir. La deuxième exception que nous avons prévue concerne l'accouchement à l'étranger pour des raisons autres que médicales. Nous pensons principalement à l'accouchement qui doit avoir lieu à l'étranger pour des raisons d'acquisition de la nationalité (application du principe du jus soli).

Le Conseil fédéral sera compétent pour fixer des limites aux coûts à prendre ainsi en charge; sur le plan de la systématique, on pourrait par exemple s'inspirer de la solution adoptée aux articles 10, 3^e alinéa, LAA et 17 OLAA (RS 832.20; RS 832.202).

Fournisseurs de prestations

Le chapitre relatif aux fournisseurs de prestations contient six sections qui traitent les questions suivantes:

- Qui est admis à fournir des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins (section 1, art. 29 à 34)?
- Dans quelle mesure les assurés peuvent-ils choisir le fournisseur de prestations et jusqu'à quel point les coûts sont-ils alors assumés par l'assurance (section 2, art. 35)?
- Qui est le débiteur de la rémunération du fournisseur de prestations? Est-ce l'assureur (rémunération directe; système du tiers payant) ou est-ce l'assuré avec un droit d'être remboursé par l'assureur (remboursement; système du tiers garant) (section 3, art. 36)?
- Comment les tarifs et les prix, d'après lesquels les prestations doivent être rémunérées, sont-ils fixés (section 4, art. 37 à 45)?

- Quels sont les moyens dont dispose le Conseil fédéral pour freiner une hausse excessive des coûts (section 5, art. 46 et 47)?
- Quelles sont les mesures prises afin de garantir le caractère économique et la qualité des prestations (section 6, art. 48 à 51)?

Admission des fournisseurs de prestations

Art. 29 Principe

A l'instar du droit actuel, le projet vise le personnel médical et paramédical ainsi que des institutions qui, en tant que fournisseurs de prestations, doivent remplir les conditions d'admission pour exercer leur activité à la charge de l'assurance obligatoire des soins (assurance), soit: les médecins, les pharmaciens, les chiropraticiens, les sages-femmes, les personnes prodiguant des soins sur prescription médicale ainsi que, le cas échéant, les organisations qui les emploient (appelées à l'heure actuelle personnel paramédical), les laboratoires, les hôpitaux (appelés aujourd'hui établissements hospitaliers) et les établissements de cure balnéaire. Viendront s'y ajouter: les centres de remise de moyens et d'appareils servant à des fins diagnostiques ou thérapeutiques, les institutions servant à prodiguer des soins semi-hospitaliers et les établissements médico-sociaux. L'extension du cercle des fournisseurs de prestations ainsi que les deux nouvelles dénominations susmentionnées – «hôpitaux» au lieu d'«établissements hospitaliers», d'une part, et «personnes prodiguant des soins sur prescription médicale de même que, le cas échéant, les organisations qui les emploient» à la place de «personnel paramédical», d'autre part – sont à mettre en relation avec les innovations résultant des articles 19 à 28, introduites dans le domaine des soins de base à couvrir par l'assurance obligatoire des soins. Nous y reviendrons en détail dans le commentaire relatif aux articles 30 à 34. Ces dispositions règlent à quelles conditions les fournisseurs de prestations sont autorisés à exercer leur activité à la charge de l'assurance-maladie sociale.

Les articles 19 à 28 (prestations) et 29 à 51 (fournisseurs de prestations) permettent, par le biais de l'assurance obligatoire des soins, de garantir à l'ensemble de la population un large éventail de traitements dispensés selon des méthodes modernes. Ces traitements doivent, comme aujourd'hui, être prodigués sous la direction et la surveillance du médecin qui occupe, à cet égard, une «fonction charnière» puisqu'il est appelé à fournir, sous une forme appropriée et optimale, les soins nécessaires (voir aussi les art. 48 à 51). Il peut et devra agir ainsi en collaborant de manière judicieuse avec les autres fournisseurs de prestations. Comme c'est déjà le cas actuellement, le chiropraticien devra procéder de façon semblable, sous une forme qui correspond à son champ d'activité (voir art. 19, 2^e al., let. a et b).

En revanche, les personnes appartenant aux professions que l'on appelle paramédicales, en particulier celles prodiguant des soins hors de l'hôpital et à domicile – lesquelles ne sont intentionnellement pas énumérées de manière exhaustive dans la loi – ne pourront, comme aujourd'hui, dispenser des soins à la charge de l'assurance-maladie sociale que sur prescription médicale. L'on cherche ainsi à coordonner au mieux le diagnostic et la thérapie, ce qui permet de garantir la

qualité et le caractère économique des prestations et ce qui est, en définitive, dans l'intérêt des assurés et des patients.

Pour ces mêmes raisons, nous n'avons pas donné suite aux vœux exprimés au cours de la procédure de consultation et demandant d'inclure dans le projet – en tant que fournisseurs de prestations, assimilés aux médecins – les psychothérapeutes, les praticiens en physiothérapie, les infirmières et infirmiers diplômés, le personnel prodiguant des soins à domicile, les «guérisseurs» reconnus, les logopédistes, les conseillères en diététique, les personnes donnant des conseils aux diabétiques, les thérapeutes de la psychomotricité, etc. Nous sommes, en outre, de l'avis qu'il ne serait guère judicieux de donner dans la loi une liste exhaustive des fournisseurs de prestations «paramédicales». En définitive, cela ne profiterait à personne. L'évolution est trop prononcée dans ce domaine. Une ordonnance est, dès lors, mieux à même de s'adapter rapidement à une telle situation. La formulation figurant dans la loi a d'ailleurs sciemment été rédigée de manière souple. L'on parle de «personnes prodiguant des soins sur prescription médicale» et d'«organisations qui les emploient», ce qui permet à ces personnes soit d'exercer une activité à titre indépendant et pour leur propre compte (Ord. VI sur l'assurance-maladie du 11 mars 1966; RS 832.156.1) – tel est le cas aujourd'hui – soit d'exercer une activité comme employé(e), par exemple d'un service appelé à prodiguer des soins à domicile, d'un organisme donnant des instructions aux diabétiques, d'un service fournissant des conseils aux stomisés, d'un dispensaire, d'une commune, d'une association offrant des soins à domicile, etc. L'on veut ainsi tenir compte du potentiel qui existe actuellement dans ces domaines, au niveau des structures, des capacités et des expériences acquises, ainsi que de son évolution éventuelle et garantir, dans l'assurance-maladie sociale, son utilisation coordonnée et dans des limites raisonnables.

D'autre part, nous n'avons pas repris, dans ce projet, la requête présentée au cours de la procédure de consultation et qui, s'agissant des soins médicaux et de la maîtrise des coûts, revêtait tout de même certains aspects positifs. Selon cette suggestion, l'assuré voulant bénéficier de prestations d'assurance aurait d'abord dû s'adresser à un généraliste. Celui-ci l'aurait soigné dans le cadre de ses possibilités et, au besoin, il lui aurait prescrit de consulter un spécialiste, de se soumettre à un examen dans une institution appropriée ou d'aller voir un spécialiste d'une profession paramédicale. Il s'agit en fait de l'ancien système du médecin de famille. A notre avis, il n'est pas absolument nécessaire de prévoir impérativement dans la loi le système – que l'on connaît dans d'autres pays – du généraliste qui, au besoin, adresse ses patients notamment à d'autres médecins. La pratique pourra instaurer un tel système dans les régions où on le souhaite et cela également dans le contexte de l'assurance obligatoire des soins. Il sied ici de penser, en particulier, aux différentes formes d'assurance alternatives, par exemple les caisses de santé ou Health Maintenance Organizations (HMO), qui peuvent constituer une alternative réelle pour les assurés, les assureurs et les fournisseurs de prestations et se voir développées dans un sens positif (voir ci-devant le ch. 22 ainsi que les art. 35, 4^e al., 37, 2^e al., 54 et 56, 6^e al., let. c).

Art. 30 Médecins

A l'instar du droit actuel, les médecins sont autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie sociale s'ils disposent du diplôme fédéral. D'après le projet, ils doivent en outre prouver qu'ils ont achevé une formation complémentaire reconnue par la Confédération (voir 1^{er} al.). Cette exigence permettra d'améliorer la qualité des prestations des médecins qui commencent d'exercer leur profession et éventuellement aussi de freiner quelque peu le flot des médecins qui veulent pratiquer aux frais de l'assurance. En revanche, nous renonçons à imposer, comme cela peut être le cas à l'heure actuelle, une année d'attente aux médecins qui ouvrent un cabinet médical.

Aujourd'hui, ce sont les cantons qui décident si et à quelles conditions un médecin porteur d'un autre certificat scientifique de capacité que le diplôme fédéral peut pratiquer à la charge de l'assurance-maladie. A l'avenir, il incombera au Conseil fédéral de fixer les conditions d'autorisation afin de garantir leur uniformité et leur conformité avec le droit européen (voir 2^e al.). Ces conditions donneront aussi aux médecins, qui déploient une activité dans le domaine de la médecine complémentaire ou alternative (p. ex. l'homéopathie, la médecine anthroposophe, la phytothérapie et l'acupuncture), une chance réelle de pratiquer au frais de l'assurance (voir art. 26).

Les prestations des dentistes ne sont, elles, prises en charge par l'assurance obligatoire des soins que dans certaines limites (art. 25). Pour les prestations conformes à la loi, les dentistes sont autorisés à pratiquer aux mêmes conditions que les médecins (voir 3^e al.).

Art. 31 Pharmaciens

Comme aujourd'hui, les pharmaciens sont autorisés s'ils disposent du diplôme fédéral (1^{er} al.). Comme pour les médecins et pour les mêmes raisons, il incombera à l'avenir non pas aux cantons mais au Conseil fédéral de déterminer si et à quelles conditions les pharmaciens disposant d'un autre certificat scientifique de capacité sont autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie (2^e al.). Il appartiendra également au Conseil fédéral – et non plus aux cantons – de régler les conditions auxquelles *les médecins sont autorisés à fournir des médicaments* à la charge de l'assurance-maladie. Il s'agit de tenir compte, à la fois, de la nécessité de maîtriser les coûts et de celle de répondre aux besoins de la façon la meilleure (3^e al.). *Le médecin qui fournit lui-même les médicaments doit les porter en compte au maximum aux tarifs et prix figurant sur les listes de médicaments établies par la Confédération* (art. 44). L'ordonnance du Conseil fédéral qui réglera l'exercice de la pharmacie devra aussi prévoir des dispositions transitoires appropriées pour les médecins qui, selon l'ancien droit, pouvaient fournir des médicaments comme les pharmaciens mais qui, d'après le nouveau droit, n'y seront plus autorisés.

Art. 32 Autres fournisseurs de prestations

Le Conseil fédéral réglera par voie d'ordonnance les conditions d'autorisation pour les chiropraticiens, les sages-femmes, les personnes prodiguant des soins sur prescription médicale ainsi que, le cas échéant, les organisations qui les emploient (ces dernières revêtent de l'importance notamment dans le cadre des soins à

domicile: SPITEX), pour les laboratoires et les centres pour remise de moyens et d'appareils servant à des fins diagnostiques ou thérapeutiques. Il s'agira en particulier, vu la structure du catalogue des prestations de l'assurance obligatoire des soins (art. 19 s.), de tenir compte de manière appropriée des soins à domicile (SPITEX). S'agissant des bases de cet article et de l'importance que revêtira l'élaboration d'ordonnances souples permettant de procéder facilement à des innovations, nous nous référons au commentaire relatif à l'article 29.

Art. 33 Hôpitaux et autres institutions

A l'heure actuelle, celui qui aimerait savoir quelles sont les conditions qu'un *hôpital* doit remplir (la loi et l'ordonnance utilisent aujourd'hui la notion d'«établissement hospitalier») afin d'être remboursé, en tant que fournisseur de prestations, par l'assurance-maladie sociale ne trouve aucun point de repère dans la loi; dans l'ordonnance figure seulement l'indication selon laquelle il doit s'agir d'établissements ou de divisions d'établissements dans lesquels «des malades sont traités sous direction médicale». Cette définition trop concise a été complétée et affinée par la jurisprudence au cours des années. C'est précisément sur cette dernière que se fonde la définition que nous avons reprise dans le projet. Les critères établis par les tribunaux ont, toutefois, été complétés par des éléments qui sont destinés, d'une part, à distinguer et, d'autre part, à coordonner les différentes catégories d'hôpitaux et les autres institutions servant à prodiguer des soins hospitaliers ou semi-hospitaliers. Ces critères doivent aussi permettre une meilleure vue d'ensemble sur l'offre de prestations et une maîtrise accrue de la hausse des coûts. Cela est particulièrement important, car l'hôpital est en général (exception en 1989) le fournisseur de prestations dont l'augmentation des coûts a le plus de poids. Les points de départ d'une telle délimitation existaient déjà dans le projet du Conseil fédéral du 19 août 1981 (FF 1981 II 1069 s., 1126); dans le programme d'urgence rejeté lors du référendum du 6 décembre 1987 (modification de la LAMA du 20 mars 1987; FF 1987 I 971 s., 979), ainsi que dans le contre-projet au niveau législatif présenté par la commission du Conseil des Etats le 17 octobre 1988 à l'«initiative des caisses-maladie» (FF 1988 III 1262 s., 1269).

Le projet actuel distingue les trois catégories d'institutions suivantes:

- *les hôpitaux* en tant qu'établissements (ou les divisions de ceux-ci) qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution de mesures médicales de réadaptation (1^{er} al., 1^{re} phr.);
- *les institutions semi-hospitalières* en tant qu'établissements, qu'institutions (ou les divisions de ceux-ci) qui servent à prodiguer des soins semi-hospitaliers (2^e al., let. a);
- *les établissements médico-sociaux* en tant qu'établissements, qu'institutions (ou les divisions de ceux-ci) qui soignent et prodiguent une assistance médicale et qui servent à la réadaptation de patients pour une longue durée (2^e al., let. b).

Ces définitions montrent également qu'une seule et même institution peut comprendre en soi différentes divisions d'hôpitaux ainsi que des divisions prodiguant des soins semi-hospitaliers et des divisions présentant les caractéristiques d'un établissement médico-social. De telles distinctions peuvent être utiles et ne sont pas rares dans la pratique.

Pour être autorisés à exercer leur activité aux frais de l'assurance-maladie sociale, ces établissements, institutions et divisions doivent, dans la forme correspondant à leurs tâches spécifiques, remplir les conditions suivantes:

- garantir une assistance médicale suffisante; disposer d'un personnel soignant approprié et d'équipements médicaux adéquats (condition relative à la prestation de services et à l'infrastructure; 1^{er} al., let. a à c);
- correspondre à la planification établie par un canton ou, en commun, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être inclus dans la planification de manière équitable (condition relative à la couverture des besoins et à la coordination; 1^{er} al., let. d);
- figurer sur la liste dressée par le canton et classant les établissements par catégorie en fonction de leurs mandats (condition relative à la publicité et à la transparence; 1^{er} al., let. e).

Le respect de toutes ces conditions permettra de faire un pas important vers la coordination des fournisseurs de prestations, l'utilisation optimale des ressources et la maîtrise des coûts. Cela dépendra de manière décisive d'une planification adéquate ainsi que de la collaboration des différents fournisseurs de prestations entre eux et avec les assureurs et les assurés. La loi met un certain «cadre» à disposition. Toutefois, seule la pratique permettra de concrétiser les objectifs et les responsabilités prévus sur le plan législatif.

Dans le projet, nous avons intentionnellement renoncé à définir de manière plus précise, voire à délimiter de façon rigide dans le temps, des notions telles que la «maladie aiguë», le «traitement hospitalier», les «soins semi-hospitaliers» et les «patients pour une longue durée». Ces notions sont en effet courantes dans la pratique et l'on sait également que leur application doit se faire dans un cadre raisonnable, cela, par définition, en raison des diverses formes de maladie et, partant, des différents genres de traitements qui, en outre, se modifient avec le temps en fonction des progrès de la médecine. En ce qui concerne le «traitement hospitalier» par exemple, nous partons de l'idée que le séjour en clinique 24 heures sur 24 constitue en principe la caractéristique-type. Mais chacun sait par expérience que ce critère n'est pas absolu, notamment lorsqu'il s'agit d'une période de convalescence. Ce qu'il faut entendre par «maladie aiguë» ne se laisse pas circonscrire dans le temps de manière précise, ainsi que le montre la pratique. Suivant le genre et l'évolution de certaines maladies, il peut exister de fortes différences. De nombreuses maladies ont leurs phases aiguës et latentes. Des douleurs chroniques peuvent être aggravées par des phases aiguës ou accompagnées de maladies aiguës, etc. Les «soins semi-hospitaliers» comprennent en particulier le traitement et les soins médicaux dans des cliniques de jour ou de nuit, ou également dans des institutions de chirurgie ambulatoire («one-day-surgery»). Dans ce contexte, le séjour en clinique qui a lieu une ou plusieurs fois est, en principe, de plus courte durée que 24 heures sur 24, ce qui constitue une autre caractéristique-type. Les critères de délimitation susmentionnés se rapportent évidemment sous une forme correspondante, autant aux maladies somatiques qu'aux maladies psychiques et naturellement aussi aux nombreuses formes de maladie dans lesquelles ces deux éléments jouent un rôle. Nous précisons ce

point, car diverses questions à ce sujet nous ont été posées au cours de la procédure de consultation.

La question de savoir si et quand il y a «maladie aiguë», s'il s'agit d'un «patient pour une longue durée» et si le patient a besoin de soins ambulatoires, semi-hospitaliers ou hospitaliers – la possibilité de soins prodigués à domicile (SPITEX) devant être incluse dans ces réflexions – doit toujours être résolue dans la pratique sur la base du cas concret. A cet égard, il est important, d'une part, qu'il y ait le personnel et les institutions médicales nécessaires et qu'ils collaborent de manière adéquate et, d'autre part, que le patient puisse être «assisté» dans une mesure qui corresponde au mieux à ses besoins. Dans ce contexte, le médecin traitant remplit une «fonction charnière» (voir à ce sujet les commentaires de l'art. 29). A l'égard de l'assureur, le médecin-conseil (art. 49) peut et doit aussi fournir aux intéressés des éléments de décision objectifs et dignes de confiance. D'autres mesures visent le même but (art. 35, 1^{er} al., 1^{re} phr.: choix du fournisseur de prestations adéquat; art. 42, 3^e al.: rémunération selon le traitement effectivement nécessaire, compte tenu de la relation entre l'hôpital et l'établissement médico-social; art. 48 à 50: garantie du caractère économique et de la qualité des prestations). Tous ces éléments vont aussi dans l'intérêt des tribunaux qui, en cas de litige, doivent veiller à l'application de la loi et, par conséquent, à l'interprétation correcte de l'article 33.

Art. 34 Etablissements de cure balnéaire

Selon le droit actuel, l'assuré a droit à une participation aux frais de cure, en cas de cure balnéaire ordonnée par le médecin dans une station thermale suisse dirigée par un médecin. S'agissant de ce domaine, le projet ne veut pas introduire d'innovations à grande portée. Les expériences faites dans d'autres pays montrent, en effet, qu'une pratique trop «généreuse» dans la prescription de cures entraîne d'importants problèmes de coûts pour l'assurance-maladie qui obligent ensuite le législateur à se rétracter. C'est pour cette raison et contrairement au vœu exprimé dans la procédure de consultation que nous avons renoncé à inclure les «lieux de cure» dans cette position. En revanche, le projet laisse une certaine liberté d'action permettant de procéder à des innovations modérées par voie d'ordonnance. Ainsi l'article 34 précise que les établissements de cure balnéaire reconnus doivent remplir les conditions fixées par voie d'ordonnance en ce qui concerne la direction médicale, les traitements et les sources thermales. C'est le Département fédéral de l'intérieur qui donne l'autorisation. Selon les besoins, des établissements de cure balnéaire étrangers pourront aussi être reconnus. Le législateur et ledit département devront, toutefois, veiller à ce que l'offre plus étendue dans le domaine des cures balnéaires reste dans les limites qui résultent du but de l'assurance obligatoire des soins, à savoir garantir les soins de base nécessaires et de haut niveau à l'ensemble de la population. Si le patient souhaite d'autres services ou un plus grand confort, il conclura à cet effet une assurance complémentaire, facultative.

Art. 35 Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des frais

La liberté de choix de l'assuré qui veut ou qui doit consulter un fournisseur de prestations dépend étroitement de la question de savoir dans quelle mesure

l'assureur, selon le choix qui a été fait, est tenu de prendre les frais en charge. C'est pourquoi le projet règle ces deux questions dans le même article.

Actuellement, le choix de l'assuré quant aux divers fournisseurs de prestations est réglé, tantôt de façon limitative, tantôt de manière plus large, sans qu'il y ait toujours des raisons impératives pour justifier cette différence. Aussi l'article 35 prévoit-il une uniformisation plus étendue. L'assuré doit avoir le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et adéquats pour le traitement de sa maladie (voir à ce sujet l'art. 33). Quant à l'assureur, il doit en principe prendre en charge les frais, mais seulement jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans ses environs (traitement ambulatoire) ou du tarif applicable dans le canton où réside l'assuré (traitement hospitalier ou semi-hospitalier) (1^{er} al.). Si l'assuré fait usage dans ces limites de son libre choix, il bénéficie d'une protection tarifaire totale (voir art. 38). Si, en revanche, sans raisons médicales, il recourt à un autre fournisseur de prestations, il doit supporter lui-même l'éventuelle différence de frais entre le tarif extérieur et le tarif applicable au lieu de résidence ou de travail ou dans son canton de résidence (1^{er} al.). Le fournisseur de prestations «extérieur» ne peut, cependant, pas exiger une rémunération plus élevée que celle qui correspond au tarif «extérieur». L'assuré bénéficie donc ici également d'une certaine protection tarifaire (voir art. 38 en relation avec les art. 39 et 40, 2^e al.). Il s'agit d'une innovation importante; en effet, d'après le droit actuel, il n'existe aucune prestation obligatoire en vertu de la loi dans de tels cas. L'amélioration prévue pour l'assuré est le pendant de l'obligation de s'assurer.

Si, pour des *raisons médicales* (le projet indique au 2^e al. ce qu'il faut entendre par là), l'assuré recourt aux services d'un fournisseur de prestations «extérieur», l'assureur doit s'en tenir au tarif applicable à ce fournisseur et rémunérer la prestation selon ce tarif, alors même que ce dernier serait plus élevé que celui qui est applicable au lieu de résidence ou de travail ou dans le canton de résidence de l'assuré (2^e al.). Toutefois, si le fournisseur de prestations «extérieur» est un hôpital public, ou subventionné par les pouvoirs publics, qui applique un tarif plus élevé aux patients de «l'extérieur» qu'aux résidents du canton (voir art. 42, 1^{er} et 2^e al.), cette différence doit être prise en charge par le canton de résidence de l'assuré (3^e al.). Cette réglementation doit permettre la péréquation des charges et une meilleure coordination entre les cantons. Quelques cantons se sont prononcés contre cette solution dans la procédure de consultation. Il convient, cependant, de relever que les cantons ne sont pas tenus de choisir ce mode de décompte pour le traitement hospitalier des patients de «l'extérieur». C'est ainsi, par exemple, que les cantons ayant créé de grands centres hospitaliers peuvent conclure des accords financiers avec leurs cantons voisins d'après lesquels ceux-ci participent au financement de l'hôpital concerné, vu que leurs habitants en profitent aussi. Il se justifie alors qu'un tel centre hospitalier applique les mêmes tarifs aux patients du canton et aux patients venant de l'extérieur. L'article 42, 1^{er} et 2^e alinéas, le permet parfaitement. Dans ce cas, le problème de l'article 35, 3^e alinéa, ne se pose plus. La compensation financière entre les cantons peut s'effectuer soit de manière autonome, sur la base d'un accord intercantonal, soit conformément à la règle de l'article 35, 3^e alinéa. Cette dernière peut et doit, par conséquent, exercer une certaine pression sur les cantons et les amener à

coordonner la planification, le financement et le taux d'occupation des hôpitaux. Dans leurs réponses, les cantons préconisent eux-mêmes une meilleure coordination. L'article 35, 3^e alinéa, se situe ainsi sur la même ligne que celle tracée à l'article 33: utilisation optimale des ressources et maîtrise des coûts. Cela, d'une part, en évitant de créer des capacités inutiles et, d'autre part, en coordonnant les capacités suivant les besoins et en les utilisant en commun.

L'article 35 protège le libre choix des assurés; les assureurs ne sauraient, dès lors, limiter ce choix unilatéralement. En revanche, les deux parties peuvent convenir de limiter le choix aux fournisseurs de prestations qui sont disposés à prodiguer les soins de manière plus avantageuse (art. 35, 4^e al.). Cela doit permettre aux assureurs, tout en restant dans le cadre même de l'assurance obligatoire des soins, d'offrir des formes *d'assurance alternatives* telles que les Preferred Provider Organizations (PPO) ou les caisses de santé appelées aussi Health Maintenance Organizations (HMO) (voir ch. 22). De telles offres doivent inciter les intéressés à adopter une attitude plus consciente au niveau des coûts, mais elles ne sauraient avoir pour effet de les faire échapper au mélange des risques et à la solidarité, fondements de l'assurance-maladie sociale. C'est pourquoi le principe du libre passage et de la participation à la compensation des risques vaut aussi pour ces formes d'assurance. Les articles 39, 1^{er} et 2^e alinéas, 54, 1^{er} et 3^e alinéas, et 56, 6^e alinéa, 3^e phrase, lettre c, concernant les tarifs, les primes et la participation aux coûts laissent suffisamment de marge pour permettre de telles formes d'assurance. De plus, les articles 48 à 51, relatifs au contrôle du coût et de la qualité des prestations, sont pleinement applicables. Ainsi, les dispositions régissant les formes dites alternatives d'assurance créent un cadre qui devrait favoriser l'innovation et l'amélioration au niveau de la pratique des soins, en incitant tous les intéressés à veiller à la qualité autant qu'au caractère économique des prestations.

Art. 36 Débiteur de la rémunération; facturation

Le projet tient à développer la responsabilité des assurés et à les rendre plus conscients des frais qu'ils occasionnent. C'est pourquoi il accorde la priorité au système du tiers garant, selon lequel l'assuré doit la rémunération au fournisseur de prestations et a le droit d'être remboursé par l'assureur. Cette règle vaut, comme aujourd'hui, sauf convention contraire entre assureurs et fournisseurs de prestations (1^{er} al.). Ceux-ci peuvent cependant prévoir que c'est l'assureur qui est le débiteur direct de la rémunération due au fournisseur de prestations (système du tiers payant; 2^e al.).

Le débiteur de la rémunération a droit à une facture suffisamment détaillée et compréhensible de la part du fournisseur de prestations; celui-ci doit lui transmettre toutes les indications nécessaires pour fixer la rémunération et, le cas échéant, pour vérifier si la prestation est économique (3^e al.). Si l'assureur est le débiteur de la rémunération, il lui incombe de remettre à l'assuré une copie de la facture afin que ce dernier puisse la contrôler et se rendre compte des frais provoqués par le traitement. Si c'est l'assuré qui est le débiteur de la rémunération, il transmettra à l'assureur la facture reçue de la part du fournisseur de prestations ou une copie de cette dernière afin d'être remboursé. L'assureur peut aussi demander au fournisseur de prestations les renseignements susmentionnés.

Il est, de plus, en droit d'exiger un diagnostic exact ou des renseignements supplémentaires d'ordre médical, dans la mesure où il en a besoin pour déterminer la prise en charge des frais (5^e al.). En outre, le cas échéant, l'assureur peut, en lieu et place de l'assuré, exiger du fournisseur de prestations qu'il restitue les sommes versées à tort (art. 48, 2^e al., let. a); en cas de litige, il doit représenter, à ses frais, l'assuré devant le tribunal arbitral cantonal (art. 81, 3^e al.). Nous avons donc veillé à ce que la protection juridique de l'assuré ne soit pas moindre dans le système du tiers garant que dans celui du tiers payant.

Parmi les indications que le fournisseur de prestations doit donner à l'assureur, il y en a nécessairement de nombreuses qui sont d'ordre médical. De telles indications peuvent avoir une importance très diverse quant à la protection de la personnalité du patient. Normalement, le fournisseur de prestations transmettra directement à l'administration de l'assureur les données plutôt banales. Toutefois, si l'assuré demande que le fournisseur de prestations ne transmette les indications médicales qu'au médecin-conseil, ce dernier est alors tenu sur le plan juridique de respecter un tel vœu (4^e al.). Le médecin-conseil joue le rôle d'un filtre à l'égard des services administratifs de l'assureur. Il leur transmet les indications dont ces services ont besoin pour leur travail et respecte les droits de la personnalité des assurés (art. 49, 7^e al.). En outre, toutes les personnes chargées d'appliquer l'assurance-maladie sociale – donc, non seulement les fournisseurs de prestations mais également le personnel des assureurs – ont l'obligation de garder le secret (art. 75); toute violation de cette obligation est punissable (art. 83). L'interaction de ces diverses dispositions permet d'atteindre, de la meilleure façon possible, deux objectifs partiellement contradictoires, soit un contrôle efficace des coûts et une bonne protection des droits de la personnalité.

Tarifs et prix

La section concernant les tarifs et les prix (section 4) règle un domaine essentiel dans le chapitre consacré aux fournisseurs de prestations. La manière dont les tarifs et les prix sont fixés et appliqués pour la rémunération des prestations de l'assurance-maladie sociale a une influence décisive sur l'évolution des coûts de l'assurance-maladie, laquelle constitue, à son tour, une partie importante de l'évolution globale des coûts en matière de santé publique. Cette section essentielle est complétée par deux sections qui sont relatives aux mesures extraordinaires de maîtrise des coûts (section 5) et au contrôle du caractère économique et de la qualité des prestations (section 6). A elles trois, ces sections contiennent les bases les plus importantes pour que les partenaires tarifaires (fournisseurs de prestations et assureurs) adoptent un comportement permettant d'atténuer l'augmentation des coûts, d'une part, et pour que les autorités compétentes prennent différentes mesures propres à ralentir l'accroissement des coûts, d'autre part. Ces dispositions visent toutes les personnes et institutions impliquées dans la maîtrise des coûts – les assurés aussi – qui devraient donc adopter un comportement démontrant qu'elles sont conscientes des coûts occasionnés et qu'elles veulent les réduire; le cas échéant, on pourra les y contraindre.

La section concernant les tarifs et les prix porte essentiellement sur les sujets suivants:

– définitions fondamentales et principes généraux en matière de tarifs (art. 37);

- effets de la protection tarifaire (art. 38);
- règles générales relatives à la convention tarifaire (art. 39);
- règles générales en l'absence de convention (art. 40);
- règles particulières pour les conventions tarifaires avec des associations de médecins (art. 41);
- règles particulières pour des conventions tarifaires avec des hôpitaux (art. 42);
- règles particulières pour des conventions tarifaires avec des établissements médico-sociaux (art. 43);
- règles particulières pour la rémunération des analyses, des médicaments ainsi que des moyens et des appareils servant à des fins diagnostiques ou thérapeutiques (art. 44);
- droit de recours au Conseil fédéral contre des décisions cantonales en matière de tarifs (art. 45).

Le droit actuel sur les tarifs ne permet pas de se faire une bonne vue d'ensemble. Sa terminologie n'est pas non plus uniforme et manque de transparence. Pour cette simple raison, un remaniement formel s'imposait dans le cadre d'une révision totale. En outre, il s'agissait d'abroger diverses normes désuètes qui n'ont plus leur place dans une assurance moderne et obligatoire des soins pour l'ensemble de la population, notamment la possibilité d'appliquer des tarifs différents ou même la suppression de la protection tarifaire lorsqu'il s'agit d'assurés dans une situation aisée ou très aisée. Enfin, il convenait d'élaborer des règles générales de base portant sur les tarifs, sur les conventions tarifaires, ainsi que sur l'absence ou l'abrogation de celles-ci et de les compléter ensuite par des dispositions spéciales selon les nécessités (voir le condensé ci-avant). Mais il s'agissait aussi de vouer une plus grande attention que ce n'est le cas aujourd'hui à la maîtrise des coûts. Ces différentes démarches ont abouti à un remaniement complet des dispositions tarifaires et à une nouvelle formulation; ce faisant, nous avons toutefois repris certains éléments du droit actuel pour autant qu'ils satisfaisaient à l'essentiel des exigences précitées.

Art. 37 Principe

Les tarifs ou les prix fixés dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (1^{er} al.) constituent la base de la facturation par le fournisseur de prestations, c'est-à-dire du calcul de la rémunération des prestations fournies, d'une part (voir art. 36), et de la prise en charge des coûts par l'assuré ou l'assureur, d'autre part (voir art. 35 et 38). *En règle générale*, les tarifs ou les prix sont fixés *par convention* entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (4^e al. ainsi que les art. 39, 42 à 43 et 44, 2^e al., 2^e phr.). Cela est déjà ainsi actuellement. Dans les cas prévus par la loi (art. 38, 3^e al., 40, 41, 42, 7^e al., 44, 45 et 46), le prix ou le tarif de nature obligatoire est fixé par l'*autorité* compétente à cet effet. L'on procède par exemple de cette manière lorsqu'aucune convention ne peut être conclue, lorsqu'il n'existe aucune convention ou lorsque le renouvellement d'une convention échoue (art. 40 et 41). A cet égard, il s'agit donc de lacunes dans le système conventionnel ou de désaccord entre les partenaires tarifaires ou, à la rigueur, d'une situation de crise (art. 38, 3^e al.), autrement dit de *situations d'exception*. Un tarif ou un prix fixé par les autorités constitue, en revanche, *la règle* pour la rémunération des analyses et des médicaments (art. 44, 1^{er} al., let. a, ch. 1 et 2, et let. b) – ce qui est déjà le cas

aujourd'hui – ainsi que, ce qui est nouveau, pour l'établissement de prix fixes (étendue de la rémunération) lorsqu'il s'agit de moyens ou d'appareils servant à des fins diagnostiques ou thérapeutiques (art. 44, 1^{er} al., let. a, ch. 3).

Le 2^e alinéa de l'article 37 définit, sous une forme générale, la fonction du tarif en tant qu'instrument permettant de calculer la rémunération et se réfère simultanément, dans une énumération non exhaustive, aux trois genres de tarifs les plus importants, à savoir le tarif fondé sur le temps, le tarif à la prestation et le tarif forfaitaire. Actuellement, le tarif forfaitaire s'applique notamment lors de séjours à l'hôpital. Cela peut et doit également être le cas à l'avenir (voir art. 42). Il est cependant fort possible – ce qui correspondrait du reste au principe du caractère approprié et économique des traitements – que les tarifs forfaitaires et les tarifs fondés sur le temps s'appliqueront désormais plus souvent aux traitements ambulatoires, en particulier pour les soins à domicile et les soins dispensés hors de l'hôpital (SPITEX) et, à tout le moins en partie également, dans le domaine des soins semi-hospitaliers. Selon toute vraisemblance, la pratique de formes d'assurance alternatives, par exemple les caisses de santé ou Health Maintenance Organizations (HMO) (voir commentaire de l'art. 35, 4^e al.), contribuera en outre à une expansion de ces genres de tarifs ou de rémunération, ou de formes semblables. Ainsi, l'on aura plus de possibilités de comparer les conséquences, notamment les avantages et les désavantages, des différents genres de tarifs. Cela permettra aussi, ainsi qu'on l'a souhaité dans de nombreuses réponses à la consultation, d'accroître la concurrence et d'innover dans une plus large mesure.

Pour les traitements ambulatoires, c'est actuellement *la tarification à la prestation* qui vient en tête. Dans un tel tarif, chaque prestation tarifée se voit attribuer un nombre déterminé de points. Cela permet de déterminer la valeur abstraite de chaque prestation et la relation entre les valeurs des prestations (structure des tarifs). Si l'on multiplie ensuite la valeur du point (exprimée en francs et centimes) par le nombre de points attribué à une prestation, on obtient la valeur concrète de celle-ci, soit son prix. Selon la réglementation actuelle, la structure et la valeur du point sont, la plupart du temps, fixées de manière décentralisée, c'est-à-dire en règle générale sur le plan cantonal, par des conventions passées entre fédérations de fournisseurs de prestations et fédérations d'assureurs. Pour ce qui est de la *structure* des tarifs, cette pratique n'est cependant pas très judicieuse. En effet, on ne voit pas pourquoi des actes tels que la pose d'un pansement, une radiographie, une injection, le contrôle de la pression artérielle, l'excision d'un abcès, pour ne citer que quelques exemples, devraient avoir une valeur abstraite (nombre de points) différente, suivant que l'acte ait été accompli aux Grisons ou à Genève. Il paraît donc indiqué de prévoir que la structure tarifaire soit fixée de façon uniforme pour toute la Suisse, et ceci par des conventions passées entre partenaires tarifaires. Le projet a consacré cette solution au 4^e alinéa (2^e phr.). Pour ce qui est, en revanche, de la *valeur du point*, celle-ci continuera d'être fixée par des accords tarifaires décentralisés, pour mieux tenir compte des différences de coût (salaires et prix) existant d'une région à l'autre. On peut même souhaiter qu'à l'avenir ces accords soient encore plus variés et plus souples (voir art. 39), cela afin de renforcer une saine concurrence et des comportements innovateurs. Une véritable transparence et la possibilité de composer les offres, émanant des fournisseurs de prestations et des assureurs, le libre passage intégral des assurés

(voir art. 7) et le libre choix du fournisseur de prestations par l'assuré (voir art. 35) constituent un ensemble de mesures aptes à favoriser une pratique de la médecine avec des coûts plus avantageux. Cela correspond d'ailleurs à un vœu exprimé dans de nombreuses réponses. Le tarif à la prestation qui vient d'être décrit est équitable et juste s'il est fixé correctement (voir les 5^e et 6^e al. ainsi que l'art. 39, 3^e al.). C'est certainement son principal avantage. Mais l'expérience a montré que le tarif à la prestation incite aussi à fournir un plus grand nombre de prestations et, partant, à augmenter le volume de celles-ci. Or, personne n'ignore que l'extension du volume des prestations joue un rôle décisif dans l'évolution des coûts. C'est pourquoi, du point de vue de la maîtrise des coûts, il serait indiqué de laisser une marge de manœuvre suffisante pour des tarifications forfaitaires. Le projet va précisément dans ce sens.

En ce qui concerne les *tarifs forfaitaires*, on distingue deux concepts (art. 37, 3^e al.). Les partenaires peuvent convenir de forfaits qui se rapportent au traitement d'un patient: par exemple la rémunération forfaitaire d'un traitement (forfait par cas) ou d'une journée d'hôpital (forfait journalier). L'on parle alors d'un forfait par patient. Mais il est aussi possible de convenir de forfaits qui sont indépendants du traitement dispensé à l'assuré. Le fournisseur de prestations garantit uniquement les soins d'un groupe d'assurés, indépendamment de la question de savoir quels sont les assurés qui font effectivement l'objet d'un traitement dans le cadre du groupe (forfait par groupe d'assurés).

Le budget global prospectif constitue une variante de ce forfait par groupe d'assurés. Le montant du forfait est fixé sur la base des prestations fournies dans le passé et des besoins auxquels on peut s'attendre à l'avenir. Nous avons, dès lors, renoncé à régler cette possibilité dans un article spécial de la loi. Il existe toutefois un grand nombre d'autres possibilités pour fixer le montant du forfait par groupe d'assurés: il suffit d'envisager la possibilité de fixer la rémunération des prestations allouées hors de l'hôpital (SPITEX) d'après le nombre des assurés qui résident dans une région déterminée et, le cas échéant, de l'échelonner selon leur âge. Le montant d'un forfait par groupe d'assurés ne doit donc pas, comme c'est le cas ici, être fixé d'après les prestations fournies dans le passé. Mais il ne doit pas non plus être arrêté de manière prospective, c'est-à-dire fixé dès le début; on peut envisager des forfaits par groupe d'assurés, lesquels se fondent sur une limite inférieure ou supérieure et dont le montant définitif est ensuite fixé d'après des critères qui résultent de l'évolution en cours. Les partenaires tarifaires disposent donc d'un éventail de possibilités qui est extrêmement large.

Quel que soit le genre de tarification choisi, les partenaires conventionnels et les autorités compétentes doivent toujours veiller à ce que les soins soient appropriés et de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible (5^e al.). En matière de tarifs, cette disposition vise exactement les mêmes buts que ceux de l'article 26 concernant la définition des prestations obligatoires et des articles 48 à 51 relatifs à l'allocation des diverses prestations. Dans les trois domaines – définition des prestations, tarification et allocation des prestations – la garantie d'une haute qualité et du caractère économique des prestations est en définitive dans l'intérêt de la collectivité des assurés, aussi bien de ceux qui sont malades que de ceux qui sont en bonne santé.

Afin que les tarifs puissent satisfaire au mieux aux buts indiqués, le Conseil fédéral peut, par voie d'ordonnance, établir des principes visant à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et structurés de manière appropriée; il peut aussi établir des principes relatifs à leur adaptation. A cet effet, il veille à la coordination avec les régimes tarifaires des autres assurances sociales (6^e al.).

Art. 38 Protection tarifaire

Les tarifs et les prix des prestations de l'assurance obligatoire des soins (art. 30 à 40) n'ont un sens que si l'on garantit leur respect non seulement entre les partenaires tarifaires (fournisseurs de prestations et assureurs), mais également – et surtout – à l'égard des assurés. C'est ce qu'on appelle la protection tarifaire.

Dans le droit actuel, cette protection n'est pas garantie de manière uniforme. Les médecins et les caisses peuvent prévoir des tarifs et une protection tarifaire échelonnés selon la situation financière des assurés (art. 22 à 22^{ter} LAMA). A notre avis, un tel système n'est plus conciliable avec une assurance obligatoire des soins conçue en tant qu'assurance «populaire». C'est pourquoi, malgré le vœu exprimé par les médecins dans la procédure de consultation en faveur du maintien de ces possibilités d'échelonnement, nous y avons renoncé et prévu un système uniforme de protection tarifaire qui sauvegarde le principe de l'égalité de traitement des assurés. Cette mesure constitue aussi le pendant et le complément logique de l'obligation générale d'assurance. Nous avons, en revanche, accueilli favorablement les propositions des médecins qui nous semblaient compatibles avec les données d'une assurance-maladie sociale moderne, à savoir celles qui concernaient la réglementation du régime sans convention avec des associations de médecins (voir à ce sujet le commentaire relatif à l'art. 41).

La protection tarifaire doit fonctionner tout aussi bien dans le système du tiers garant (art. 36, 1^{er} al.) que dans celui du tiers payant (art. 36, 2^e al.). Les assureurs et les assurés doivent pouvoir se fier à la protection tarifaire, indépendamment de la grande liberté de choix laissée à l'assuré à l'article 35 en ce qui concerne les fournisseurs de prestations propres au traitement de sa maladie. C'est un élément important de ce projet; il constitue, ainsi que nous l'avons déjà mentionné, un pendant logique de l'obligation générale d'assurance (voir les explications relatives à l'art. 35).

La protection tarifaire signifie que les fournisseurs de prestations doivent:

- premièrement, lors de la facturation, respecter les prix et les tarifs *convenus* par les conventions tarifaires (art. 39, 42 et 43) ou *fixés* par les autorités compétentes (art. 38, 3^e al., 40, 41, 42, 7^e al., dernière phrase, 44, 45 et 46) et
- deuxièmement, qu'ils ne peuvent calculer de rémunérations plus élevées pour les prestations allouées conformément à la présente loi.

Ce dernier point est important pour les assurés, notamment dans le système du tiers garant (art. 36, 1^{er} al.) où les assurés sont les débiteurs de la rémunération, mais également dans le système du tiers payant, où l'assureur est le débiteur direct, les assurés ne risquant alors pas de recevoir une facture supplémentaire pour des prestations accordées selon cette loi. En outre, la protection tarifaire s'applique à l'assuré, même s'il consulte, sans raisons médicales spéciales, un

fournisseur de prestations «extérieur» (voir art. 35, 1^{er} al., ainsi que les commentaires y relatifs). Dans ce cas, l'assureur n'est certes tenu de prendre en charge la rémunération que jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs. Si l'assuré doit alors payer lui-même la différence éventuelle par rapport au tarif «extérieur», il est néanmoins protégé par l'application de ce tarif. Lorsqu'il n'existe, à cet égard, aucune convention tarifaire, c'est le tarif fixé par les autorités qui est applicable (art. 40, 2^e al.). Vraisemblablement, le gouvernement cantonal déclarera que le tarif de la fédération cantonale est applicable dans de tels cas.

La protection tarifaire dans le domaine des traitements hospitaliers est pour ainsi dire doublement garantie; cela a ses raisons. Le principe de l'article 38, 1^{er} alinéa, s'applique aussi à ces traitements. L'article 42, 1^{er} et 2^e alinéas, prévoit cependant que, pour les habitants d'un canton, l'assurance-maladie sociale couvre au plus, par patient ou groupe d'assurés, les 50 pour cent des coûts imputables dans la division commune d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. C'est pourquoi l'article 42, 4^e alinéa, dispose expressément qu'une telle rémunération épuise toutes les prétentions de l'hôpital pour la division commune. L'hôpital ne peut donc, pour la division commune, présenter une facture supplémentaire ni à l'assureur ni à l'assuré. Si un tel hôpital applique pour les patients qui résident hors du canton un tarif qui dépasse les 50 pour cent des coûts imputables – respectivement un tarif qui excède celui applicable aux assurés qui résident dans le canton, lequel peut être moins élevé que 50 pour cent – la différence doit être prise en charge par le canton où réside le patient (au sujet de l'importance de cette disposition, voir les explications concernant l'art. 35, 3^e al.). La protection tarifaire est donc entièrement garantie dans ce domaine où le financement des prestations est mixte (voir ci-devant ch. 22).

C'est seulement dans un secteur spécifique que la protection tarifaire selon l'article 38 ne peut et ne doit pas déployer tous les effets décrits ci-dessus (1^{er} al., 2^e phr.). Il s'agit des moyens et appareils servant à des fins diagnostiques ou thérapeutiques (voir art. 19, 2^e al., let. b, et art. 44, 1^{er} al., let. a, ch. 3). Pour ceux-ci, il ne faut fixer ni un prix ni un tarif proprement dit. En revanche, pour des groupes déterminés d'appareils (p. ex. des stimulateurs cardiaques, des stimulateurs de la moelle épinière, des appareils destinés à mesurer le glucose dans le sang, des appareils Monitor, des inhalateurs, etc.), le département devra édicter des dispositions sur l'obligation et l'étendue de la rémunération. Cela correspond à un système de prix fixes, c'est-à-dire de prix maximaux fixés par les autorités et qui sont à la charge de l'assurance même si le prix d'un appareil est le cas échéant plus élevé. Si l'assuré veut recourir à l'appareil qui est plus cher, il doit supporter lui-même la différence de prix. Dans une assurance obligatoire des soins qui doit couvrir *les besoins de base nécessaires*, cela peut facilement se justifier dans le domaine des moyens et appareils. Il convient de rémunérer ce qui, d'une manière simple et appropriée, sert à des fins diagnostiques ou thérapeutiques. A cet effet, les prix fixes suffisent. Ce qui dépasse ces limites fait partie des besoins personnels (paiement individuel, assurance complémentaire). Dans le commerce, on devra dans une large mesure s'en tenir à ces prix fixes, ne serait-ce que pour des raisons de concurrence. Comme le montrent les expériences faites à l'étranger, les prix fixes pour des groupes déterminés de prestations (p. ex. pour les médicaments

ayant les mêmes substances actives) ont souvent pour effet de baisser les prix. Pour les assurés, cette conséquence ne devrait en fin de compte pas être moins importante que la protection tarifaire; en outre, cela contribuera certainement à atténuer la hausse des coûts, ainsi qu'on le souhaite.

La protection tarifaire selon l'article 38 ne s'applique cependant pas à l'égard de fournisseurs de prestations qui se sont récusés (2^e al.). Il s'agit des fournisseurs de prestations qui ont déclaré de manière officielle et générale à un organisme désigné par le gouvernement cantonal qu'ils refusent de participer à l'application de l'assurance obligatoire des soins, c'est-à-dire qu'ils refusent de fournir des prestations *conformément à la présente loi*. Ils n'ont dès lors aucun droit à une rémunération *selon cette loi*, ni à l'égard de l'assuré (art. 36, 1^{er} al.) ni à l'endroit de l'assureur (art. 36, 2^e al.). Ils peuvent cependant adresser aux patients qu'ils traitent des factures calculées d'après le droit privé si les deux parties sont d'accord sur ce point. Il est, par conséquent, important pour un patient qui consulte un fournisseur de prestations de savoir si celui-ci s'est récusé et cela avant le début du traitement. Le fournisseur de prestations est d'ailleurs tenu d'informer le patient que l'assurance-maladie sociale ne prend aucun frais à sa charge et que ce patient doit couvrir les coûts des prestations soit à titre personnel, soit par des assurances complémentaires (assurances complémentaires conclues avec des assureurs au sens de la présente loi; assurances privées; 2^e al., 2^e phrase). Cette réglementation concernant les fournisseurs de prestations qui se sont récusés existe déjà dans le droit actuel (art. 22^{bis}, 5^e al., LAMA).

Il est permis de supposer que la récusation de fournisseurs de prestations sera relativement rare, comme c'est également le cas aujourd'hui. Certains professeurs d'université attachent de l'importance à pouvoir établir des factures exclusivement à titre privé. En règle générale, les fournisseurs de prestations sont cependant intéressés de collaborer avec l'assurance-maladie sociale, étant donné que celle-ci constitue pour eux, ainsi que l'expérience l'enseigne, une base d'existence régulière et satisfaisante. Toutefois, s'il devait arriver, par exemple en raison d'une crise de confiance entre les partenaires tarifaires (fournisseurs de prestations et assureurs) que, par suite d'une récusation massive de fournisseurs de prestations, le traitement des assurés selon la présente loi ne soit plus garanti dans un ou plusieurs secteurs de prestations ou dans certains domaines spéciaux, le gouvernement cantonal, après avoir entendu les fournisseurs de prestations et les assureurs, devrait alors prendre des mesures *limitées dans le temps afin* que le traitement des assurés d'après la présente loi soit garanti, et cela dans le respect de la protection tarifaire. Il s'agit d'une sorte d'*ultima ratio* dans l'idée et le but de rétablir la situation normale aussi rapidement que possible. Cette tâche en cas de crise fait partie des compétences établies des cantons en matière de santé publique. C'est pourquoi le droit actuel prévoit en premier lieu la compétence du gouvernement cantonal (art. 22^{1er} LAMA). Vu cependant qu'une telle situation de crise doit, dans toute la mesure possible, être surmontée dans le cadre et avec les moyens dont dispose l'assurance-maladie sociale, le projet délègue expressément au Conseil fédéral la compétence d'édicter des dispositions d'application complémentaires. Il faut notamment penser aux mesures telles que le recours à des fournisseurs de prestations d'autres cantons ou de l'étranger, ou encore la répartition des charges de manière aussi uniforme que possible si l'on veut, par

exemple, garantir des services de permanence et de soins de qualité et en nombre suffisant. Ce moyen permettant de faire face à des cas d'exception qui devraient être rares – l'actuel article 22^{ter} LAMA sur la garantie des traitements n'a été appliqué que de façon rarissime au cours de 25 ans et plus – constitue un instrument nécessaire pour l'assurance-maladie sociale et un complément logique de l'obligation générale d'assurance. Compte tenu de ce qui précède et contrairement à ce que prévoit le droit actuel, nous avons également renoncé à faire une distinction entre les assurés «économiquement faibles» et les autres assurés. Ici aussi s'applique le principe de base d'une protection tarifaire identique pour tous les assurés.

Art. 39 Convention tarifaire

Dans les commentaires concernant les principes du droit tarifaire (art. 37), nous avons déjà souligné l'importance que revêt la convention tarifaire en tant qu'instrument essentiel pour la fixation des tarifs dans l'assurance-maladie obligatoire. A cette occasion, nous avons aussi présenté les principaux genres de tarifs et de conventions tarifaires et expliqué en détail la philosophie de base sur laquelle s'appuie le droit des conventions tarifaires. Les commentaires relatifs aux différents alinéas de l'article 39 se fondent sur ces explications; ils peuvent donc dans une large mesure se limiter à des explications complémentaires.

Le premier alinéa permet la conclusion de conventions tarifaires entre un ou plusieurs partenaires tarifaires ainsi que la conclusion de conventions tarifaires par des fédérations. Cela correspond aux possibilités qui existent déjà dans le droit en vigueur. Si l'on se réfère à la pratique actuelle, on constate que les conventions passées par des fédérations prédominent sur le plan cantonal. Elles continueront vraisemblablement de jouer un rôle important dans la pratique. A notre avis, il n'y a en principe aucune objection à formuler contre cet état de fait. Les conventions conclues par des fédérations permettent, ce qui est hautement souhaitable, une concertation, une harmonisation et une rationalisation en matière de tarifs. Par ailleurs, elles sont en règle générale passées par des partenaires ayant à peu près la même importance, ce qui augmente les chances d'aboutir à la conclusion de conventions dont le contenu est dans une forte mesure équilibré.

Pour les raisons évoquées ci-dessus, la conclusion sur le plan national de conventions tarifaires par les fédérations peut même être souhaitable (voir à ce sujet l'art. 37, 4^e al., 2^e phrase). Dans d'autres assurances sociales (assurance-accidents, assurance-invalidité, assurance militaire), cela est d'ailleurs la règle. Si, dans l'assurance-maladie, des conventions passées par des fédérations sur le plan suisse – lesquelles existent effectivement (p. ex. avec des physiothérapeutes, des centres d'ergothérapie, des pharmaciens, etc.) – sont moins répandues, cela provient en premier lieu de la structure, qui est par tradition décentralisée, de l'assurance-maladie et de la santé publique. Ainsi que nous l'avons déjà montré dans les commentaires relatifs à l'article 37, le projet approuve d'ailleurs la conclusion de telles conventions sur le plan national. A l'article 37, 6^e alinéa, il préconise même expressément l'harmonisation et la coordination avec les régimes tarifaires des autres assurances sociales. Il n'exige cependant pas de la part des partenaires tarifaires d'adopter une attitude identique mais leur laisse, dans une large mesure, la liberté de fixer eux-mêmes le cadre qui soit le meilleur possible

pour leurs régimes tarifaires. Ainsi, c'est le principe de la liberté contractuelle qui se situe au premier plan; c'est un élément auquel, dans les réponses à la consultation, on a attaché beaucoup d'importance.

Le 2^e alinéa, 1^{re} phrase, tient compte de ces avis. Il prévoit, contrairement au projet de la commission d'experts, que les conventions conclues par les fédérations ne règlent pas de manière automatique et obligatoire les rapports tarifaires entre les membres de la fédération (pas d'obligation d'adhésion). Au contraire, de telles conventions ne lient les membres d'une fédération que si ceux-ci ont déclaré vouloir adhérer à la convention concernée. Cela permet de conclure des accords qui s'écartent de ce qui vient d'être dit. De tels accords sont même souhaités s'ils contribuent à maîtriser les coûts. Vont dans le même sens, d'une part, une concurrence accrue favorisée par la liberté contractuelle et, d'autre part, le choix d'assurances alternatives bien définies (p. ex. les PPO ou les HMO; des assurances avec bonus ou avec des franchises à option; voir le ch. 22 ci-devant ainsi que les commentaires concernant les art. 35, 37 et 54). Les explications qui précèdent montrent que la liberté contractuelle doit donner aux partenaires tarifaires la possibilité, là où cela est indiqué et efficace, de contribuer à la maîtrise des coûts grâce à l'harmonisation et à la coordination et là, où la différenciation et la concurrence se révèlent plus appropriées, de choisir cette voie ou de combiner de façon optimale ces deux manières de procéder. Cela prouve que le projet met intentionnellement l'accent sur la capacité et la disponibilité des partenaires tarifaires de contribuer, par une attitude libérée de toute contrainte et responsable lors de l'aménagement des tarifs, à la maîtrise des coûts dans l'assurance-maladie. C'est seulement si ce but ne pouvait pas être atteint que, le cas échéant, les cantons ou même la Confédération devraient prendre des mesures qui, au besoin, pourraient être très radicales (voir le ch. 22 ci-devant, ainsi que les commentaires concernant les art. 40, 42, 7^e al., 45, 46, 47 et 38, 3^e al.) afin de poser les jalons d'une meilleure maîtrise des coûts.

Nous venons d'exposer qu'en ce qui concerne les conventions tarifaires passées avec des fédérations il n'existe aucune obligation d'adhérer à la fédération et quelles en sont les raisons. Le principe de base prévoit que seuls les membres qui ont adhéré à la convention sont liés par les tarifs des conventions conclues par les fédérations. On peut, dès lors, être membre d'une fédération mais avoir conclu ou conclure une autre convention tarifaire que celle liant la fédération. A l'inverse, l'adhésion à la convention de la fédération doit aussi être possible pour ceux qui ne sont pas membres de la fédération pour autant qu'ils exercent leur activité dans le rayon conventionnel (2^e al., 2^e phrase). Pour éviter des mesures discriminatoires en matière de tarifs, il faut qu'il existe un «marché des conventions tarifaires» aussi ouvert que possible. La convention tarifaire de la fédération peut, toutefois, prévoir que les non-membres qui ont adhéré à la convention doivent verser une contribution équitable aux frais causés par la conclusion de la convention (2^e al., 3^e phrase). Cela a été souhaité dans la procédure de consultation. Il est également juste qu'il en soit ainsi; cela correspond d'ailleurs aux usages dans d'autres domaines lors d'une adhésion à des contrats collectifs (p. ex. les conventions collectives de travail). Les conventions tarifaires doivent régler les modalités d'adhésion et de dénonciation (2^e al., 4^e phrase). Le délai de

dénonciation est celui qui s'applique en général aux conventions tarifaires, c'est-à-dire qu'il est de six mois au moins, conformément au 4^e alinéa.

Pour qu'elles puissent déployer leurs effets, les conventions tarifaires – qu'il s'agisse de conventions individuelles ou collectives – doivent être approuvées par le gouvernement cantonal compétent. Il en va également ainsi selon le droit actuel. Une convention tarifaire dont la validité s'étend à toute la Suisse doit être approuvée par le Conseil fédéral. Avant l'approbation, l'autorité compétente vérifie si la convention est conforme à la loi et à l'équité et si elle satisfait au principe d'économie (3^e al.). Lors de cet examen, l'autorité peut et doit se montrer sévère, car il s'agit d'atteindre l'objectif visé par l'article 37, 5^e alinéa, c'est-à-dire de veiller à ce que les soins soient appropriés et de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible.

L'autorité qui approuve doit en outre, avant d'approuver la convention tarifaire qui lui est soumise, prendre l'avis du Surveillant des prix. Cela résulte de l'article 14, 1^{er} alinéa, de la loi fédérale concernant la surveillance des prix du 20 décembre 1985 (LSPr, RS 942.20). Selon cette disposition, le Surveillant peut proposer de renoncer en tout ou partie à une augmentation de tarifs ou d'abaisser le tarif (trop élevé) maintenu abusivement. L'autorité qui approuve doit mentionner l'avis du Surveillant dans sa décision d'approbation (ou de non-approbation); si elle s'en écarte, elle doit s'en expliquer (art. 14, 2^e al., LSPr). Un tel examen concerté des conventions tarifaires d'après des critères clairement définis dans la loi devrait, au besoin, inciter les partenaires à un comportement modéré et responsable en matière de tarifs.

La décision de l'autorité qui approuve – qu'il s'agisse de l'approbation ou du refus de celle-ci – peut faire l'objet d'un recours auprès du Conseil fédéral conformément à l'article 45. Ainsi, en cas de doute, c'est le Conseil fédéral qui est en dernier ressort chargé de veiller à ce que les principes de la tarification selon les articles 37, 5^e alinéa, et 39, 3^e alinéa, 2^e phrase, soient respectés.

Les *règles générales* énoncées à l'article 39 en ce qui concerne la convention tarifaire s'appliquent à toutes les conventions tarifaires selon la présente loi. Le cas échéant, il conviendra en outre de tenir compte des *dispositions particulières* pour les conventions tarifaires avec des:

- associations de médecins (art. 41);
- hôpitaux (art. 42);
- établissements médico-sociaux (art. 43).

Art. 40 Absence de convention tarifaire

Ainsi que nous l'avons relevé dans les commentaires concernant les articles 37 et 39, la fixation autonome des tarifs par les partenaires tarifaires au moyen de conventions constitue la règle générale pour la tarification des prestations. Il peut cependant arriver que cet instrument ne fonctionne pas pour une raison quelconque. Soit qu'aucune convention ne peut être conclue malgré des négociations et des tentatives à cet effet (1^{er} al.), soit qu'il n'existe aucune réglementation conventionnelle (2^e al.) pour des cas précis, par exemple si l'assuré recourt à des fournisseurs de prestations qui se trouvent hors du canton où il réside (voir art. 35), soit encore que le renouvellement d'une convention tarifaire existante, mais

dénoncée (art. 39, 4^e al.), échoue (3^e al.). La loi doit pouvoir remédier de manière appropriée à de telles situations, notamment au regard de la protection tarifaire indispensable pour les assurés (voir art. 38).

En cas d'absence de convention tarifaire (régime sans convention), le *droit actuel* prévoit une réglementation qui n'est pas la même pour les rapports tarifaires avec des médecins (art. 22^{bis} et 22^{ter} LAMA) ou pour les rapports avec d'autres fournisseurs de prestations (art. 22^{quater} LAMA). Cette différence provient avant tout du fait que, pour la rémunération des médecins, le droit actuel peut prévoir des tarifs différents ainsi qu'une protection tarifaire plus ou moins étendue suivant les revenus et la fortune des assurés; on peut prévoir un système d'une, de deux ou même de trois classes. Ces distinctions qui sont possibles selon le droit actuel ont également une certaine influence dans le régime sans convention. Dans une assurance obligatoire des soins, conçue en tant qu'assurance populaire, il n'est toutefois plus permis de faire de telles distinctions (voir à ce sujet les commentaires concernant l'art. 38). C'est pourquoi nous avons aussi prévu *dans le projet* – conformément aux dispositions générales sur les conventions tarifaires (art. 39) – une règle de base pour le régime sans convention (art. 40). Par conséquent, à l'instar de l'article 39, l'article 40 s'applique, dans son principe, à *tous* les partenaires tarifaires. Des règles particulières sont uniquement applicables lorsqu'il s'agit de rapports tarifaires avec des associations de médecins ou, dans ce contexte, d'un éventuel régime sans convention (voir ci-après les explications relatives à l'art. 41).

S'il n'existe donc pas de convention tarifaire pour l'une des raisons susmentionnées, il appartient au gouvernement cantonal, qui est en règle générale l'autorité approuvant les conventions tarifaires (art. 39, 3^e al.), de fixer le tarif, après avoir consulté les intéressés. Le gouvernement cantonal devra alors – comme c'est le cas pour les partenaires tarifaires lors de la conclusion d'une convention – respecter les principes de l'article 37, 5^e et 6^e alinéas. Il est toutefois libre de choisir conformément à l'article 37, 2^e et 3^e alinéas, les modalités de la tarification qui lui paraissent les plus appropriées. La décision tarifaire du gouvernement cantonal dans le régime sans convention peut – comme la décision du gouvernement cantonal d'approuver ou de ne pas approuver une convention (art. 39, 3^e al.) – faire l'objet d'un recours au Conseil fédéral (voir les commentaires concernant l'art. 45).

Si les négociations ont échoué après la dénonciation d'une convention (art. 39, 3^e al.), le gouvernement cantonal peut aussi décider de prolonger d'une année la convention dénoncée afin de donner aux partenaires tarifaires une chance supplémentaire de résoudre leur conflit de manière autonome (3^e al., 1^{re} phrase). Si, malgré tout, aucune nouvelle convention ne peut être conclue, il incombera au gouvernement cantonal de fixer le tarif (3^e al., 2^e phrase). Cette décision du gouvernement cantonal est également sujette à recours, conformément à l'article 45.

Lorsque les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur l'établissement de structures uniformes, valables pour toute la Suisse, en ce qui concerne les tarifs à la prestation selon l'article 37, 4^e alinéa, 2^e phrase, le Conseil fédéral prendra les mesures nécessaires, après avoir consulté les organisations faitières (4^e al.).

Les explications données en relation avec l'article 39, 3^e alinéa, au sujet de la participation du Surveillant des prix d'après l'article 14 de la loi sur la surveillance des prix (LSPr; RS 942.20) sont applicables, par analogie, dans le régime sans convention pour la fixation des tarifs par le gouvernement cantonal, le cas échéant, par le Conseil fédéral.

Art. 41 Conventions tarifaires avec des associations de médecins

Pour les conventions tarifaires avec des associations de médecins, nous avons repris le *tarif-cadre* tel qu'il existe dans le droit actuel (art. 22^{bis} LAMA). Dans la pratique, cet instrument a de manière générale plus ou moins fait ses preuves et, s'il est appliqué de façon raisonnable, il ne va pas à l'encontre des efforts entrepris pour maîtriser les coûts, mais donne au contraire plus d'autonomie aux partenaires tarifaires. Les médecins tenaient d'ailleurs beaucoup à ce que cet instrument soit maintenu sous le régime du nouveau droit. Etant donné qu'une application raisonnable du tarif-cadre présente des avantages certains et peut aussi être garantie dans le cadre de la collaboration entre les parties et les autorités qui donnent leur approbation, rien ne s'oppose à notre avis au maintien du tarif-cadre pour les conventions tarifaires avec des *associations de médecins*. La réglementation y relative figure à l'article 41. Elle se fonde largement sur le droit actuel (art. 22^{bis} LAMA), mais elle renonce à maintenir la possibilité, comme c'est actuellement le cas, d'échelonner les tarifs-cadres d'après les revenus et la fortune des assurés. A notre avis, cela ne serait pas compatible avec une obligation d'assurance généralisée comme le projet le prévoit (voir aussi les commentaires concernant les art. 38 et 40).

Le tarif-cadre est fixé par l'autorité compétente (art. 39, 3^e al.) lors de l'approbation d'une convention tarifaire à laquelle participent une ou plusieurs associations de médecins. Il contient des taxes maximales et minimales qui sont supérieures ou inférieures à celles du tarif conventionnel approuvé (1^{er} al.). Le tarif-cadre est en quelque sorte un tarif de réserve. Il s'applique (2^e al., 1^{re} phrase) en cas de suppression de la convention tarifaire par suite de sa dénonciation (art. 39, 4^e al.) et constitue, par conséquent, pour ainsi dire une première position de repli pour les partenaires tarifaires dans le régime sans convention. Dans le cadre de ce tarif, les parties peuvent actuellement compenser leurs rémunérations. En d'autres termes, elles peuvent offrir leurs prestations à un prix quelque peu inférieur ou supérieur à celui appliqué en vertu de la convention existante, mais elles doivent respecter les limites fixées par le tarif. Il va de soi qu'un tel tarif-cadre renforce l'autonomie des partenaires tarifaires, notamment celle des médecins concernés par la convention. La concurrence devrait dès lors contribuer à ne pas appliquer uniquement les taxes maximales. A cet égard, il est essentiel que les assurés puissent, dans le cadre fixé par le gouvernement cantonal et qui doit être respecté par les parties, bénéficier d'une *protection tarifaire entière* (art. 38). Cela constitue une innovation et une amélioration par rapport au droit actuel où – ainsi que nous l'avons dit – la protection tarifaire peut varier selon les revenus et la fortune des assurés.

Le tarif-cadre s'applique d'abord durant une année après l'expiration de la convention tarifaire (2^e al., 2^e phrase). Cela donne aux partenaires tarifaires le temps nécessaire pour négocier une nouvelle convention. Lorsqu'une année s'est

écoulée, l'autorité qui approuve peut prendre l'initiative de fixer un nouveau tarif-cadre sans tenir compte du tarif conventionnel antérieur (2^e al., 2^e phrase). Dans ce contexte, elle peut alors exercer une influence propre à atténuer la hausse des coûts. La décision d'un gouvernement cantonal de fixer un nouveau tarif-cadre peut faire l'objet d'un recours au Conseil fédéral, conformément à l'article 45. De fait, dans les limites fixées par l'article 41, les parties doivent toutefois s'efforcer de conclure assez rapidement une nouvelle convention à des conditions raisonnables, étant donné que l'autorité qui approuve peut, ainsi que nous l'avons souligné, exercer une certaine pression à cet effet. Il va de soi que, pour ce qui touche au tarif-cadre, il faut également appliquer les principes de base des articles 37, 5^e et 6^e alinéas, et 39, 3^e alinéa (soins appropriés et de haut niveau le plus avantageux possible) et respecter le droit de participation du Surveillant des prix conformément à l'article 14 de la loi fédérale sur la surveillance des prix (LSP; RS 942.20).

L'autorité qui approuve peut exceptionnellement fixer un tarif-cadre en tant que tarif initial (et non pas en tant que tarif de réserve ou de repli) lorsqu'une convention tarifaire avec une association de médecins ne peut être conclue d'emblée. Cela n'est cependant possible qu'au cas où les parties le demandent (3^e al.). Si l'autorité qui approuve fixe un tarif-cadre dans des limites plutôt modestes, elle peut inciter les partenaires tarifaires à mettre sur pied une tarification autonome dans une plus large mesure. Ici aussi, ce sont les principes généraux en matière de tarifs, tels qu'ils ont été rappelés ci-dessus, qui sont applicables.

Le 4^e alinéa énonce clairement à quelles conditions un tarif-cadre valable est abrogé. Un tel tarif ne lie plus les parties qui ont conclu une nouvelle convention tarifaire, dès que celle-ci est approuvée conformément à l'article 39, 3^e alinéa, indépendamment de la question de savoir s'il s'agit d'une convention collective ou de conventions passées entre un ou plusieurs partenaires tarifaires.

Art. 42 Conventions tarifaires avec des hôpitaux

L'article 42 fait partie, avec les articles 33 et 43, des dispositions qui revêtent dans ce projet une importance particulière (voir le ch. 22 ci-devant ainsi que les commentaires concernant les dispositions qui viennent d'être mentionnées). Les normes précitées doivent contribuer, ensemble et en relation avec les articles 48 à 51 (voir aussi les explications relatives à ces articles) à ce que le but visé par l'article 37, 5^e alinéa, soit atteint dans le domaine des soins hospitaliers – spécialement coûteux depuis des années. Il s'agit de *l'offre de soins appropriés et de haut niveau mais les plus avantageux possible*. A cet effet, l'article 42 prévoit différentes règles et mesures dont certaines sont reprises du projet de révision partielle (programme d'urgence) du 20 mars 1987 (81.044 Loi fédérale sur l'assurance-maladie, modification du 20 mars 1987; FF 1987 I 971 s., 979 à 980, 982), projet rejeté lors de la votation populaire du 6 décembre 1987. Ces éléments, dont la nécessité n'a jamais été sérieusement contestée, ont ensuite été repris dans le contre-projet au niveau législatif à l'initiative des caisses-maladie (88.014 Initiative populaire pour une assurance-maladie financièrement supportable (Initiative des caisses-maladie), rapport présenté par la commission du Conseil des Etats (modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie) le 17 octobre 1988 (FF 1988 III 1262 s., 1269 à 1272). Ils avaient au contraire, ce qui est

étonnant, été fortement défendus par les partenaires en matière de santé publique, qui sont sinon plutôt en désaccord sur des questions particulières et importantes, ainsi que par les milieux politiques compétents. Les discussions menées depuis de nombreuses années au sujet de la refonte de l'assurance-maladie permettaient même de conclure qu'aux yeux des personnes précitées ces éléments constituaient un paquet de mesures importantes et prioritaires afin de mieux maîtriser la hausse des coûts dans ce secteur. Cette attitude de principe ne s'est pas sensiblement modifiée dans le cadre de la procédure de consultation au sujet du projet de la commission d'experts. Cela n'empêche pourtant pas qu'il existe et qu'il existera certainement toujours des opinions divergentes et en partie multiples à propos de la forme et du nombre des mesures qu'il conviendrait de prendre dans ce domaine. Nous y reviendrons si nécessaire, lors de l'examen des différents alinéas. Il nous paraît cependant important et urgent que les solutions qui ont recueilli, au cours de ces dernières années, un large compromis puissent être résolument mises en œuvre.

Le 1^{er} alinéa prévoit comme règle de base que les frais de traitement et de pension à l'hôpital doivent être couverts par des forfaits. Pour l'aménagement des forfaits, les partenaires tarifaires disposent d'une grande liberté d'action. On veut ainsi promouvoir autant que possible la conclusion d'accords permettant de ralentir l'augmentation des coûts (voir à ce sujet les commentaires concernant l'art. 37, notamment les 2^e et 3^e al.). Ces forfaits, valables pour les habitants d'un canton, peuvent couvrir *au plus*, par patient ou groupe d'assurés, *50 pour cent des coûts imputables* dans la division commune d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics (taux de couverture). Pour les patients qui résident hors du canton, on peut donc en principe appliquer un tarif plus élevé. Ils ne sont d'ailleurs pas des contribuables dans le canton concerné. La différence éventuelle entre les tarifs applicables aux assurés qui résident dans le canton et à ceux qui résident hors du canton doit être prise en charge par leur canton de résidence lorsque le traitement hors du canton était nécessaire pour des raisons médicales. Si tel n'était pas le cas, l'assuré doit supporter lui-même la différence ou la couvrir par des assurances complémentaires correspondantes. Le sens et le but de cette réglementation seront exposés plus en détail dans les commentaires concernant l'article 42, 3^e alinéa.

Les coûts imputables pour le calcul du forfait hospitalier applicable aux assurés qui résident dans le canton ne comprennent ni les frais d'investissement ni les frais de formation et de recherche; il faut donc se fonder pour l'essentiel sur les frais d'exploitation. Ceux-ci doivent être calculés au moment de la conclusion de la convention (voir 1^{er} al., deuxième et troisième phrases). Si ces frais sont plus élevés lorsque la prestation est allouée, cela ne touche par conséquent pas l'assurance-maladie. En revanche, si ces frais sont moins élevés, l'hôpital en tire les avantages. Cette réglementation doit inciter les hôpitaux à faire des économies.

Telles sont les règles de base qui s'appliquent aux forfaits dans *les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics*. Sous chiffre 22 ci-devant, nous avons mentionné notamment les raisons de politique sociale qui parlent en faveur d'une telle ventilation des frais. Il convient encore d'ajouter que les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics seront vraisemblablement plus disposés à

planifier, à investir et à gérer de manière coordonnée (voir aussi l'art. 33, 1^{er} al.), s'ils doivent supporter une part importante des coûts qu'ils occasionnent eux-mêmes. Le taux de couverture qui, dans l'assurance-maladie, est fixé au maximum à 50 pour cent des coûts imputables doit également mettre un terme à la pratique suivie ces dernières années par les pouvoirs publics; ceux-ci faisaient en effet supporter de plus en plus à l'assurance-maladie sociale les frais hospitaliers élevés qui, dans une certaine mesure, résultaient d'erreurs dans la planification et dans l'appréciation du taux d'occupation des hôpitaux. Le taux de couverture maximum prévu dans le projet correspond environ à la moyenne suisse actuelle. Mais il existe encore des hôpitaux pour lesquels les pouvoirs publics prennent en charge un taux qui est inférieur à 50 pour cent. Pour de tels cas, l'article 96, 2^e alinéa, prévoit un délai d'adaptation qui devra être suffisamment long.

En ce qui concerne les *hôpitaux privés*, les partenaires tarifaires peuvent convenir de taux de couverture plus élevés. Cela paraît équitable, car ces hôpitaux ne sont pas financés avec des fonds provenant en partie des recettes fiscales. Il convient toutefois de rappeler qu'il est évident que de tels hôpitaux n'ont le droit, en tant que fournisseurs de prestations, d'établir des factures à la charge de l'assurance-maladie sociale que s'ils remplissent les conditions prévues à l'article 33, 1^{er} alinéa.

Les 6^e et 7^e alinéas renseignent sur les mesures qui doivent être prises afin de garantir un calcul correct des coûts ainsi que leur contrôle et d'exclure l'application de coûts injustifiés ou excessifs.

Les hôpitaux sont tenus de calculer leurs coûts et de classer leurs prestations selon une méthode uniforme; ils doivent, à cet effet, tenir une comptabilité analytique ainsi qu'une statistique de leurs prestations. Seules ces informations permettront de procéder à des comparaisons entre hôpitaux et d'examiner le caractère économique de leurs prestations, notamment de celles qui concernent le traitement de maladies spécifiques (7^e al. et art. 48 et 50). S'agissant d'une budgétisation globale qui, le cas échéant, peut être ordonnée par le Conseil fédéral dans le secteur hospitalier (art. 46), un tel contrôle est particulièrement important afin d'éviter qu'une baisse des recettes ne soit compensée par une augmentation correspondante du volume des prestations. Si les coûts d'un hôpital se situent nettement au-dessus des coûts d'hôpitaux comparables ou si les pièces présentées par un hôpital sont insuffisantes, l'autorité qui approuve peut réduire les tarifs à la demande des assureurs (7^e al., troisième phrase).

Ainsi que nous l'avons exposé, les forfaits pour la rémunération du traitement à l'hôpital constituent la règle de base conformément au 1^{er} alinéa. Le 2^e alinéa précise toutefois que les partenaires tarifaires peuvent convenir que «des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales» seront facturées séparément. Cela permet notamment de ne pas inclure dans les forfaits les prestations qui sont rarement allouées et sont particulièrement coûteuses (p. ex. des mesures spécialement compliquées ou l'utilisation d'une technologie de pointe). Les frais pour de telles prestations supplémentaires sont alors uniquement portés au compte des assurés qui les occasionnent. Ces prestations individuelles sont rémunérées d'après les mêmes critères que ceux qui s'appliquent aux forfaits selon le 1^{er} alinéa, c'est-à-dire, notamment, que pour les habitants d'un canton, les coûts imputables peuvent être pris en compte au plus à raison de 50 pour cent, s'agissant d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics.

La grande marge de manœuvre laissée aux partenaires tarifaires lors de la fixation des forfaits hospitaliers conformément au 1^{er} alinéa et la possibilité supplémentaire qu'ils ont de facturer séparément les prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales permettent auxdits partenaires, d'une part, de combiner les avantages de ces deux méthodes de décompte et, d'autre part, d'en compenser les désavantages éventuels. Le projet met donc à la disposition des parties les instruments nécessaires pour leur permettre d'aménager les tarifs de manière souple et susceptible d'atténuer la hausse des coûts (voir le ch. 22). Il leur appartiendra d'utiliser cette liberté d'action conformément à l'objectif visé par l'article 37, 5^e alinéa (des soins appropriés et de haut niveau qui soient le plus avantageux possible).

Le 3^e alinéa tient compte d'un vœu qui a été exprimé plusieurs fois dans la procédure de consultation, à savoir la nécessité d'instaurer une coordination conforme à leurs buts entre les hôpitaux destinés au traitement de maladies aiguës, d'une part, et les établissements médico-sociaux qui prodiguent des traitements et des soins prolongés englobant une réadaptation médicale, d'autre part (voir aussi les commentaires concernant les art. 33 et 35). Les dispositions des articles 35, 1^{er} alinéa, première phrase (choix du fournisseur de prestations adéquat) et 48 (limitation des prestations à ce qui est exigé par l'intérêt de l'assuré et par le but du traitement; caractère économique des prestations) pourraient, à elles seules, suffire pour tenir compte de ce vœu. Le 3^e alinéa fixe encore une fois les principes susmentionnés, en se référant plus particulièrement à la relation qui existe entre les soins dispensés à l'hôpital ou dans un établissement médico-social. Ainsi, c'est la règle suivante qui s'applique: si un assuré séjourne dans un hôpital (ou dans la division d'un hôpital) sans qu'il ait besoin, d'après l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier (art. 33, 1^{er} al.), les frais des prestations qui lui sont fournies doivent être pris en charge non pas conformément au tarif de l'hôpital (1^{er} et 2^e al.), mais selon le tarif des établissements médico-sociaux ou des divisions de ceux-ci (art. 43). Ce principe est d'ailleurs conforme à la jurisprudence actuelle fondée sur l'article 23 de la LAMA.

Le 4^e alinéa prévoit qu'une rémunération au sens des 1^{er}, 2^e et 3^e alinéas épuise toutes les prétentions de l'hôpital pour la division commune. Cela vaut aussi bien à l'égard de l'assureur que de l'assuré. Si ce dernier séjourne dans la division commune, on ne peut donc pas lui présenter une facture supplémentaire. L'assuré doit uniquement prendre en charge sa participation normale aux frais (ou, le cas échéant, une participation plus élevée qu'il a choisie) selon les articles 56 et 54, 2^e alinéa, comme s'il s'agissait d'un traitement ambulatoire ou de soins dispensés à domicile. Pour ce qui touche les soins hospitaliers, le 4^e alinéa confirme par conséquent le principe de la protection tarifaire d'après l'article 38 (voir les commentaires relatifs à l'art. 38). Cette solution est parfaitement justifiée, compte tenu du taux de couverture limité de l'assurance-maladie (1^{er} et 2^e al.), de la réglementation concernant les traitements prodigués hors du canton (art. 35) et de la règle prévue au 3^e alinéa; elle doit contribuer à clarifier la situation juridique et à prévenir des conclusions erronées.

Le 5^e alinéa prévoit que le Conseil fédéral édictera des règles complémentaires sur le mode de rémunération du traitement partiel dans un hôpital. Dans de tels

cas (p. ex. s'il s'agit d'accouchements ambulatoires ou d'une one-day-surgery), l'infrastructure de l'hôpital est utilisée d'une autre manière que s'il s'agit de traitements hospitaliers proprement dits. Cela doit également apparaître de façon équitable lors de la tarification, qu'il s'agisse de rémunérations forfaitaires ou de la rémunération d'éventuelles prestations individuelles. A cet égard, il faudra aussi veiller à ce que les frais qui touchent le secteur hospitalier proprement dit ne soient pas inclus dans la rémunération des prestations en cas de traitement partiel dans un hôpital, et inversement.

Art. 43 Conventions tarifaires avec des établissements médico-sociaux

Si un assuré séjourne dans un établissement médico-social (art. 33, 2^e al., let. b), il a droit à la prise en charge des mêmes frais qu'en cas de traitement ambulatoire ou de soins dispensés à domicile (SPITEX). Les autres frais qui résultent d'un séjour dans un établissement médico-social ne sont pas assumés par l'assurance obligatoire des soins (voir ch. 22). Les assureurs peuvent également convenir avec les établissements médico-sociaux d'un mode de rémunération forfaitaire. Les dispositions sur le contrôle des coûts dans les hôpitaux s'appliquent par analogie aux établissements médico-sociaux (voir aussi les commentaires concernant les art. 33, 37 et 42, 3^e al.).

De nombreuses réponses à la consultation ont exprimé l'opinion selon laquelle la rémunération forfaitaire constituera à l'avenir la règle générale pour l'établissement médico-social. La pratique montrera s'il en est ainsi. Le projet n'exclut pas cette hypothèse et s'abstient donc d'édicter une norme allant dans ce sens.

Art. 44 Analyses et médicaments, moyens et appareils

Pour les analyses et les médicaments, le système actuel sera conservé, c'est-à-dire que les prestations dont les frais doivent être pris en charge par les assureurs figureront dans des listes spéciales. Celles-ci seront édictées soit par le département (liste des analyses, liste des médicaments avec tarif), soit par l'office fédéral (liste des spécialités); elles indiqueront les tarifs ou les prix obligatoires pour la facturation (art. 44, 1^{er} al., let. a, ch. 1 et 2, et b; 2^e al., première phrase). Un tarif spécial, dérogeant à celui qui est fixé dans la liste des analyses, peut être convenu pour certaines analyses, déterminées par voie d'ordonnance, qui sont effectuées par le médecin dans son propre laboratoire. En pareil cas, sont applicables les dispositions générales des articles 39 et 41, c'est-à-dire la fixation du tarif par convention tarifaire (2^e al., deuxième phrase).

Alors que le département ou l'office fédéral doivent établir des listes complètes pour les analyses et les médicaments contenant, avec tarifs et prix, toutes les analyses et tous les médicaments qui doivent être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, le projet prévoit uniquement, quant aux moyens et appareils servant à des fins diagnostiques ou thérapeutiques, que le département édictera des positions sur la prise en charge et l'étendue de la rémunération (art. 44, 1^{er} al., let. a, ch. 3). Le département n'a donc ici pas besoin d'établir une liste complète d'appareils, avec leurs prix. Il n'a pas non plus à contrôler et à admettre chaque appareil ou moyen. Il peut, au contraire, se contenter de définir l'obligation de prise en charge et l'étendue de la rémunération pour des catégories déterminées d'appareils en tant que prix fixes, par exemple un montant de X francs pour

l'emploi d'un neurostimulateur, un montant de Y francs pour l'emploi d'une pompe à médicaments, etc. Un tel système permet, d'une part, aux fournisseurs de prestations et aux assurés de choisir librement parmi les appareils se trouvant sur le marché et, d'autre part, il favorise la sélection des plus avantageux (voir aussi les commentaires relatifs à l'art. 38).

Art. 45 Recours au Conseil fédéral

Comme actuellement (art. 22^{quinquies} LAMA), les décisions des gouvernements cantonaux concernant les conventions tarifaires, l'absence de convention et la garantie du traitement peuvent faire l'objet d'un recours au Conseil fédéral (1^{er} al.). Au besoin, le Conseil fédéral doit ainsi pouvoir veiller à ce que les buts et les principes en matière de tarifs prévus à l'article 37, 5^e alinéa (soins appropriés et de haut niveau qui soient le plus avantageux possible) et à l'article 39, 3^e alinéa (conventions ou décisions tarifaires conformes à la loi et à l'équité ainsi qu'au principe d'économie) soient respectés.

La procédure de recours est régie par la loi fédérale sur la procédure administrative (PA; RS 172.021). Cela est aujourd'hui déjà le cas. Mais le 2^e alinéa le dit expressément. On veut ainsi préciser que la pratique actuelle, notamment quant à la qualité pour recourir, ne doit pas changer. Ont dès lors qualité pour recourir, d'une part, les partenaires tarifaires concernés et, d'autre part, également les divers fournisseurs de prestations et assurés qui sont touchés par la réglementation tarifaire litigieuse (art. 48 PA). A notre avis, la qualité de ces derniers pour recourir est importante; en effet, les partenaires tarifaires (fournisseurs de prestations et assureurs ou leurs fédérations) concluent en définitive des conventions à la charge de tiers qui doivent ensuite financer «l'affaire» avec leurs primes. Mais si le contenu d'une convention n'est pas équilibré pour les fournisseurs de prestations, ceux-ci doivent aussi avoir la possibilité de l'améliorer. La qualité pour recourir des fournisseurs de prestations ou des assurés est ainsi, en matière de procédure également, un instrument permettant de combattre certains effets négatifs d'un comportement à tendance cartellaire au demeurant passablement répandu en l'espèce. C'est pour cette raison d'ailleurs que la commission des cartels a clairement défendu le cercle actuel de «ceux» qui ont le droit de recourir. Il convient de préciser que cette solution permet également aux associations qui représentent les assurés, par exemple les organisations pour la défense des patients ou les associations de protection des consommateurs, de recourir conformément à l'article 45 au nom des assurés concernés. Enfin, cette réglementation tient aussi compte de l'opinion nettement dominante, exprimée à ce sujet au cours de la procédure de consultation.

Mesures extraordinaires de maîtrise des coûts

Art. 46 Fixation d'un budget global par le Conseil fédéral

Ainsi que nous l'avons déjà exposé dans les commentaires d'ordre général concernant les mesures destinées à atténuer la hausse des coûts (voir le ch. 22 ci-devant), les mesures extraordinaires ne doivent être appliquées que si toutes les autres mesures échouent. Une telle situation extraordinaire existerait si, d'une manière générale ou dans certains domaines de la santé publique, les coûts

augmentaient bien plus fortement que l'évolution des salaires et des prix. L'article 46 permet au Conseil fédéral de fixer des budgets globaux pour certains cantons ou pour l'ensemble de la Suisse, ainsi que pour certaines ou pour toutes les catégories de fournisseurs de prestations. Cet instrument peut dès lors être utilisé de manière ciblée dans les secteurs touchés par l'explosion des coûts. Etant donné qu'il s'agit d'une mesure extraordinaire et qu'elle doit en premier lieu entraîner une accalmie, elle doit être d'une durée limitée (1^{er} al.). Lors de la fixation du budget global, il faut notamment tenir compte de l'évolution générale des salaires et des prix, c'est-à-dire qu'il convient de prévoir une croissance correspondante. En outre, suivant les domaines, on peut aussi prendre en considération d'autres éléments, par exemple de nouvelles possibilités de traitement (1^{er} al.). Il conviendra de consulter, au préalable, les cantons concernés ainsi que les associations des fournisseurs de prestations et celles des assurances (2^e al.). Les fournisseurs de prestations visés par la budgétisation globale peuvent décider eux-mêmes de la répartition du montant global entre eux, par exemple des hôpitaux ou des médecins. Le Conseil fédéral édictera des dispositions pour le cas où les fournisseurs de prestations n'arriveraient pas à s'entendre (3^e al.).

Art. 47 Limitation de l'admission de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie

L'article 47 donne au Conseil fédéral la possibilité de renforcer les conditions pour l'admission des fournisseurs de prestations d'exercer leur activité à la charge de l'assurance-maladie sociale, en particulier de prescrire qu'il faut apporter la preuve de l'existence d'un besoin. On évitera ainsi un accroissement excessif du nombre des fournisseurs de prestations, lequel entraîne une extension inutile du volume des prestations et, partant, une progression des coûts.

Contrôle du caractère économique et de la qualité des prestations

Art. 48 Caractère économique des prestations

Comme actuellement (art. 23 LAMA), on se fondera sur l'intérêt de l'assuré et sur le but du traitement pour déterminer dans quelle mesure une prestation doit être prise en charge par l'assurance obligatoire des soins. Les fournisseurs de prestations doivent s'en tenir à cette limite (art. 48, 1^{er} al.). Sont admis un examen complet, le traitement et d'autres soins prodigués à l'assuré malade. Toute prestation répondant à cette définition doit être payée par l'assurance. En revanche, ce qui est alloué en plus n'est pas à la charge des assureurs dans l'assurance obligatoire des soins qui peuvent refuser toute rémunération (2^e al., 1^{re} phrase). Si des rémunérations ont déjà été payées, pour des prestations qui dépassent cette limite, leur restitution pourra être demandée. A le droit de demander la restitution, dans le système du tiers payant, l'assureur et, dans celui du tiers garant, l'assuré ou l'assureur (art. 48, 2^e al.). En cas de litige avec le fournisseur de prestations, l'assureur, dans le système du tiers garant, doit représenter l'assuré à ses frais (art. 81, 3^e al.). Si un fournisseur de prestations bénéficie d'avantages financiers en relation avec la prestation qu'il a prodiguée ou prescrite – par exemple un médecin reçoit un rabais sur les analyses qu'il a prescrites ou sur les médicaments ou appareils thérapeutiques qu'il a remis au

patient – il doit les répercuter sur le débiteur de la rémunération. L'assuré ou l'assureur peuvent faire valoir leur droit à cet égard de la même manière que pour le remboursement des sommes versées à tort (art. 48, 3^e et 4^e al.).

Art. 49 Médecins-conseils

Le projet attribue au médecin-conseil un rôle important pour le contrôle des prestations et des frais. Sa position est renforcée par rapport à aujourd'hui et elle est définie plus clairement.

Le médecin-conseil doit satisfaire aux conditions de l'article 30 concernant l'admission de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie sociale; il doit, en outre, avoir exercé une activité dans un cabinet médical durant trois ans au moins. Ces exigences sont nécessaires afin que le médecin-conseil puisse bénéficier d'une formation équivalente à celle des médecins installés et qu'il ait une expérience suffisante. Cela lui vaudra le respect et la confiance de la part de tous les intéressés (1^{er} al., deuxième phrase).

Tout assureur doit pouvoir faire appel aux services d'un médecin-conseil, ce qui n'exclut pas que plusieurs assureurs aient le même médecin-conseil (art. 49, 1^{er} al.). Les tâches principales des médecins-conseils sont les suivantes:

- donner leur avis aux assureurs sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs (4^e al.);
- examiner si les conditions de prise en charge d'une prestation par l'assureur sont remplies (art. 49, 4^e al.). Ce faisant, le médecin-conseil se référera, en particulier, aux articles 48 et 36, 3^e à 5^e alinéas (contrôle des factures, examen du caractère économique).

Le médecin-conseil a une position délicate à l'égard des fournisseurs de prestations, notamment des médecins. D'une part, en tant que personne de confiance, il doit sauvegarder les informations confidentielles qui relèvent du secret médical et de la sphère personnelle du patient et en faire l'usage qui s'impose (art. 36, 4^e al., et 49, 7^e al.). D'autre part, il doit, le cas échéant sur mandat de l'assureur, contrôler la façon dont le médecin traitant a agi (4^e, 6^e et 7^e al.). Comme nous l'avons déjà dit, l'une et l'autre activités exigent du médecin-conseil d'être extrêmement digne de confiance, compétent et indépendant. Le projet tient compte de ces exigences (1^{er} al.). Il prévoit dès lors qu'avant de désigner un médecin-conseil, les assureurs ou leurs fédérations doivent consulter la société médicale cantonale (1^{er} al., première phrase), et donne à cette société le droit d'en appeler au tribunal arbitral (art. 81) lorsqu'elle n'accepte pas un médecin-conseil (3^e al.). S'il est prévu que le médecin-conseil exercera son activité dans toute la Suisse, les assureurs doivent non seulement consulter la société médicale cantonale, mais également obtenir son accord (2^e al.). Le projet indique, en outre, que le médecin-conseil juge en toute indépendance et n'a à se conformer ni aux directives émanant de l'assureur ni à celles des fournisseurs de prestations, pas plus qu'à celles qui émanent de leurs organisations (5^e al.).

Pour que le médecin-conseil puisse accomplir ses tâches, les fournisseurs de prestations doivent lui donner toute information nécessaire. S'il n'est pas possible d'obtenir ces informations d'une autre manière, le médecin-conseil peut examiner personnellement un assuré. Avant de procéder ainsi, il doit en informer le

médecin traitant, auquel il transmettra ensuite le résultat de son examen (6^e al., première et deuxième phrase).

En présence de circonstances particulières (p. ex. de problèmes touchant tout particulièrement la sphère personnelle de l'assuré; désaccord manifeste entre les parties intéressées), l'assuré a le droit d'exiger que l'examen nécessaire soit accompli par un autre médecin que le médecin-conseil de l'assureur. Lorsque l'assuré et son assureur ne peuvent s'entendre sur le médecin à désigner à cet effet, le tribunal arbitral, prévu à l'article 81, tranchera la question; il décidera, le cas échéant, par quel médecin l'examen de contrôle sera exécuté (6^e al., troisième et quatrième et phrase). De pareils cas ne se présenteront probablement pas très souvent dans la pratique.

Parmi les informations qu'il reçoit ou qu'il se procure, le médecin-conseil choisira celles dont l'administration de l'assureur a besoin pour décider de l'obligation de prise en charge d'une prestation, pour fixer la rémunération ou motiver une décision. Il ne transmet que ces indications en respectant les droits de la personnalité de l'assuré (7^e al.). Les associations faitières suisses de médecins et d'assureurs règlent en commun les détails de la transmission des indications par le médecin-conseil. Elles peuvent aussi définir de manière plus complète la formation continue et le statut des médecins-conseils. Au cas où une entente n'est pas possible, le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires (8^e al.).

Art. 50 Garantie de la qualité

Seuls les fournisseurs de prestations qui travaillent en étant conscients aussi bien des frais que de la qualité peuvent contribuer à ce que l'assurance obligatoire des soins atteigne le but qui lui est assigné, à savoir la garantie de bons soins médicaux à un prix raisonnable. Par conséquent, des mesures visant à garantir la qualité et la mise à contribution appropriée des ressources disponibles doivent compléter celles qui concernent le caractère économique du traitement. Cela est particulièrement vrai à une époque d'évolution tumultueuse s'agissant du recours à des appareils médicaux coûteux. Ce n'est qu'ainsi qu'on séparera l'ivraie du bon grain. La garantie de la qualité doit bien sûr être comprise dans le sens d'un mandat permanent. Elle concerne non seulement les domaines où les prestations sont bien établies, mais également ceux qui sont nouveaux ou en cours d'évolution (voir aussi les commentaires relatifs à l'art. 26 et 27, 3^e al.). C'est pourquoi il faut donner au Conseil fédéral la compétence de prévoir les mesures nécessaires et de faire appel à la collaboration des associations professionnelles de fournisseurs de prestations.

Les prestations prises en charge par l'assurance-maladie sociale doivent être de haut niveau tout en étant économiques (voir aussi le ch. 22 ci-devant et les commentaires concernant l'art. 37, 5^e al.). La mise en œuvre appropriée des prestations et les résultats obtenus grâce aux traitements prodigués à l'entière satisfaction du patient seront un critère de qualité. A cet égard, l'article 50 permet la mise sur pied de programmes internes et externes visant à garantir la qualité des soins. Il concerne tous les fournisseurs de prestations. Les programmes internes sont laissés à la propre initiative du fournisseur de prestations. En revanche, les programmes externes émanent d'organismes, par exemple d'associations professionnelles ou d'organisations paritaires. Compte tenu de l'objectif poursuivi,

l'article 50 est également conforme aux intentions visant à garantir la qualité des soins, telles qu'elles ont été exprimées dans la recommandation n° R (90) 8 qui a été adoptée par le Comité des ministres du Conseil de l'Europe le 30 mars 1990.

Art. 51 Exclusion de fournisseurs de prestations

L'article 51 correspond, quant au fond, à l'actuel article 24 LAMA. Comme mesure extrême, les fournisseurs de prestations qui contreviennent aux obligations découlant de leur participation à l'assurance-maladie sociale et qui, par exemple, violent de manière répétée les articles 48 et 50 doivent pouvoir être exclus de la pratique pour l'assurance-maladie, et cela par décision du tribunal arbitral (art. 81).

Financement

Art. 52 Système financier et présentation des comptes

Le système de la répartition des dépenses actuellement en vigueur dans l'assurance-maladie sociale doit être maintenu dans le nouveau droit. Cela signifie que les dépenses courantes doivent en principe être couvertes par les recettes courantes. Les assureurs doivent donc fixer leurs primes de manière à pouvoir couvrir les prestations dues pour la même période. Le bilan annuel permettra de constater si c'est effectivement le cas. Cependant, les assureurs devront également constituer des réserves à partir de leurs recettes. A cet égard, l'on distingue deux sortes de réserves: d'une part, les réserves pour les maladies déjà survenues, c'est-à-dire pour des engagements existants qui ne sont pas encore remplis au moment de la présentation des comptes (provisions) et, d'autre part, les réserves qui doivent généralement garantir les engagements et la solvabilité, à long terme, de l'assureur.

Il ressort clairement du principe mentionné au deuxième alinéa – selon lequel le financement doit être autonome – que l'assurance obligatoire des soins ne peut être financée que par les recettes provenant de cette même assurance et que les assureurs n'ont pas le droit de mélanger le financement de l'assurance obligatoire des soins avec celui d'autres assurances qu'ils pratiquent. C'est pourquoi il est prescrit que, dans le bilan que l'assureur doit établir pour l'ensemble de ses activités, les réserves destinées à l'assurance obligatoire des soins doivent figurer séparément des autres réserves dans la colonne des débits. Par contre, on n'exige pas de l'assureur qu'il justifie séparément de ses actifs (papiers-valeurs, etc.) se rapportant aux diverses branches d'assurance.

Contrairement à ce qui était le cas pour le bilan, qui couvre l'ensemble des activités de l'assureur, le 3^e alinéa demande qu'un compte d'exploitation spécial, c'est-à-dire complet, soit établi pour l'assurance obligatoire des soins. Cela ne présente pas de problèmes particuliers pour les parties les plus importantes du compte, c'est-à-dire les primes et les prestations. S'agissant des recettes et des dépenses qui ne peuvent pas être nettement séparées des autres assurances (intérêts, frais d'administration), l'assureur peut procéder à des approximations pour leur répartition, mais celles-ci doivent correspondre à la réalité.

Le 4^e alinéa précise qu'il incombe au Conseil fédéral d'édicter les prescriptions nécessaires quant au système de financement et à la présentation des comptes.

Ces prescriptions concernent notamment la gestion des comptes (comptabilité, etc.), la reddition des comptes (structure des comptes, etc.), le contrôle des comptes (organes de contrôle de l'assureur, contrôles par l'autorité de surveillance), la constitution de réserves (montant, principes d'évaluation) et les investissements autorisés.

Primes des assurés

Art. 53 **Principes**

Chaque assureur doit fixer lui-même les primes nécessaires pour couvrir ses dépenses. Contrairement à l'assurance-accidents obligatoire, il n'y a donc pas de tarifs de primes communs aux assureurs dans l'assurance obligatoire des soins. S'il s'agit d'un même assureur, les assurés doivent en principe payer la même prime. Les primes ne peuvent donc pas être échelonnées notamment en fonction des divers risques (p. ex. échelonnement selon l'âge ou le sexe), ni d'ailleurs d'après le revenu des assurés (cotisations en pour-cent du salaire). Il est par conséquent superflu de préciser qu'à l'égalité des primes doit correspondre l'égalité des prestations, puisque les prestations sont, de par la loi, uniformes.

Des échelonnements de prime régionaux restent permis chez un même assureur, étant donné qu'il peut également y avoir des différences régionales de tarifs et que les coûts de la santé publique peuvent aussi dépendre des mesures adoptées par les cantons en matière de politique de la santé. En raison du rapport entre les coûts de la santé, en particulier des coûts hospitaliers, et les impôts cantonaux, c'est le domicile, et non pas le lieu de travail de l'assuré, qui sera déterminant pour l'échelonnement régional des primes. Désormais, les assureurs ne pourront toutefois plus prévoir des tarifs de primes locaux qui ne valent que pour un espace très réduit (les caisses-maladie le font aujourd'hui). Dès lors, il ne pourra y avoir que trois échelonnements régionaux au maximum par canton. Le projet insiste sur le fait que les différences de primes devront être en relation avec des différences de coûts régionales et non pas résulter des réflexions commerciales des assureurs. De plus, ces différences de coûts devront être déclarées et, de ce fait, vérifiables.

La prime spéciale pour les enfants constitue une autre exception au principe de l'égalité des primes. Contrairement au droit en vigueur, la limite d'âge ne sera plus fixée à 15 ans révolus et les assureurs ne pourront plus prévoir d'échelonnements supplémentaires jusqu'à l'âge de 25 ans révolus. Le projet prévoit une seule et unique limite d'âge: 18 ans révolus. Cet âge de 18 ans joue également un rôle important dans d'autres assurances sociales. Ainsi, le droit à la rente d'orphelin, tant dans l'assurance-vieillesse et survivants que dans l'assurance-accidents ou dans la prévoyance professionnelle, vaut jusqu'à l'âge de 18 ans; de même, le droit à une rente de l'assurance-invalidité prend naissance à cet âge-là. Lors de la procédure de consultation, plusieurs voix ont demandé de prévoir des primes moins élevées également pour les jeunes jusqu'à l'âge de 25 ans, en particulier lorsque ceux-ci suivent encore une formation; il s'agirait, ce faisant, de réduire les charges financières des familles. Nous avons tenu compte de cette demande dans le choix des motifs donnant droit à une réduction de prime (voir art. 58, 1^{er} al.). Le projet de la commission d'experts ne prévoyait pas de prescriptions particulières pour les assureurs quant à la différence de primes entre adultes et enfants. C'est

ici la concurrence entre les assureurs qui veillera, pour ainsi dire, à un échelonnement approprié des primes.

Art. 54 Formes particulières d'assurance

Le choix de formes particulières d'assurance permettra aussi de s'écarter du principe de l'égalité des primes auprès du même assureur. L'une de ces formes d'assurance sera expressément autorisée dans la loi; il s'agit de la décision prise par l'assuré de limiter son libre choix du fournisseur de prestations (voir à ce propos art. 35, 4^e al.). Le Conseil fédéral pourra cependant autoriser d'autres formes, telles que le choix d'une participation aux coûts plus élevée ou un échelonnement des primes selon le principe du bonus/malus.

Ces formes d'assurances doivent être autorisées, car l'on espère qu'elles auront un effet réducteur sur les coûts. Toutefois, il se pourrait qu'elles soient avant tout choisies par des personnes avec un faible risque de maladie et que, par conséquent, les coûts ne soient pas moins élevés du fait que les assurés auraient renoncé à des prestations. C'est pourquoi le Conseil fédéral devra prévoir des limites maximales pour les réductions de primes et, s'agissant du principe du bonus/malus, des limites minimales pour le malus. Le but de ces prescriptions sera de maintenir la solidarité entre les bien-portants et les malades assurés par le même assureur. Il y a en outre d'autres questions qu'il conviendra de régler à part pour ces formes d'assurance. Concernant la forme d'assurance dans laquelle certains fournisseurs de prestations garantissent le traitement d'un groupe d'assurés moyennant une rémunération fixe, il devra par exemple être possible de limiter l'accès à une telle forme d'assurance pour des raisons tenant, pour ainsi dire, à la capacité du fournisseur de prestations. De plus, la possibilité de choisir une telle assurance se limitera généralement aux environs des lieux où les fournisseurs de prestations exercent leurs activités. Les assurances selon le principe du bonus/malus devront être conclues pour une durée minimale déterminée.

Art. 55 Indemnisation de tiers

Les indemnisations de tiers peuvent entraîner une réduction effective des primes. Ces indemnisations sont possibles dans le cadre d'assurances collectives. Dans le droit en vigueur, les assurances collectives sont souvent à l'origine d'une sélection indésirable des risques et contribuent, de ce fait, à l'érosion de la solidarité au sein d'une caisse-maladie. L'assurance collective ne doit pas être exclue sur le plan du principe. Si un employeur le souhaite, il doit pouvoir continuer à contracter une assurance-maladie collective pour ses employés et se charger de certaines tâches afférentes à la pratique de l'assurance. L'article 53, 1^{er} alinéa, prescrit cependant de prélever les mêmes primes pour un contrat collectif que pour l'assurance individuelle. Afin de ne pas déroger à ce principe, il conviendra de veiller à ce que les indemnisations versées par l'assureur au preneur d'assurance se maintiennent à un niveau convenable par rapport aux tâches dont celui-ci se charge. Simultanément, la loi devra indiquer qui entre en ligne de compte en tant que preneur d'assurance: soit, les employeurs, les associations d'employeurs ou de travailleurs et, pour les réfugiés par exemple, les autorités d'assistance.

Art. 56 Participation aux coûts

Le système de la participation aux coûts s'inspire très largement du droit actuel. Le 2^e alinéa prévoit, en effet, que cette participation comprendra un montant fixe par année (franchise) et une quote-part en pour-cent. L'assuré devra prendre à sa charge les coûts facturés jusqu'à concurrence du montant de la franchise. Il assumera, en outre, les 10 pour cent des frais excédant ce montant, mais seulement jusqu'à concurrence d'un montant maximal annuel.

La commission d'experts avait proposé d'augmenter la quote-part à 15 pour cent; une proposition de minorité avait même réclamé une augmentation considérable de la franchise. Comme l'on s'y attendait, les avis ont été très mitigés lors de la procédure de consultation. Nous décidons de renoncer à une augmentation de la quote-part pour les motifs suivants. Une participation aux coûts, qui porte par définition sur des frais facturés, ne représente pas la même charge pour tous les assurés. Dès lors, une augmentation conséquente de la participation aux coûts devrait s'accompagner de la prise en considération du revenu des assurés. La commission d'experts a renoncé à une telle modification en raison des frais administratifs que celle-ci occasionnerait aux assureurs. Nous renonçons, nous aussi, à une modification aussi fondamentale du mode de prélèvement de la participation aux coûts. A notre avis, elle ne se justifierait que si l'on augmentait la participation aux coûts de telle manière que l'assurance des soins se transforme en une assurance-gros risques. Cette proposition figurait dans les principes du Conseil fédéral (voir ch. 142); elle a été nettement rejetée par la commission d'experts. Au surplus, il convient de relever que, même si le pourcentage de la quote-part reste inchangé, la participation aux coûts sera quand même relevée dans l'ensemble, étant donné qu'elle s'étendra désormais au traitement hospitalier et qu'une contribution aux «frais d'hôtellerie» sera prélevée en cas d'hospitalisation (5^e al.). C'est pourquoi il nous semble juste, dans l'ensemble, de maintenir la quote-part à 10 pour cent.

Il incombera au Conseil fédéral de fixer le montant de la franchise et le montant maximal annuel de la quote-part. Cette manière de procéder permettra d'adapter périodiquement ces montants à l'évolution des coûts (3^e al.).

Selon le droit en vigueur, les enfants paient la quote-part, mais pas de franchise. Nous proposons d'introduire la franchise pour les enfants également, mais de limiter le montant de la franchise et le montant maximal à la moitié de ce que doivent payer les adultes. De plus, s'agissant des enfants d'une même famille, le total de leur participation aux frais devra s'élever au maximum à celle que paierait un adulte. En fait, cette réglementation aura de véritables conséquences pour une famille avec trois enfants et plus.

Dans le système actuel, les frais de séjour dans un hôpital ne font pas partie des prestations minimales légales de l'assurance des soins. C'est pourquoi ces coûts sont souvent facturés sous la forme d'un forfait spécial dans les conventions tarifaires (ce que l'on appelle forfait pour frais de pension ou d'«hôtellerie»), la caisse-maladie étant libre d'inclure ce forfait dans l'assurance de base ou de ne le rembourser que par le biais d'une assurance complémentaire. Le présent projet ne fait plus de distinction entre les prestations médicales et les autres coûts à prendre en charge en cas d'hospitalisation. Les assureurs devront ainsi prendre en charge

un certain pourcentage des frais d'exploitation de l'hôpital (art. 42). Toutefois, le principe en vertu duquel les assurés doivent aussi verser une contribution aux coûts du séjour et de la nourriture à l'hôpital ne doit pas être complètement abandonné. Il vaut également dans l'assurance-accidents obligatoire (art. 17, 2^e al., LAA et art. 27, 2^e al., OLAA). Nous fondant sur cette réglementation, nous avons prévu que la contribution aux coûts de pension devra être fixée par le Conseil fédéral et échelonnée en fonction des charges familiales.

Comme c'était déjà le cas dans le projet de loi fédérale du 20 mars 1987, le 6^e alinéa prévoit aussi que le Conseil fédéral pourra fixer une participation aux coûts plus élevée pour certaines prestations et qu'il pourra la diminuer ou la supprimer complètement pour d'autres. Cette possibilité permet une réglementation différenciée de la participation aux coûts. Cela n'aurait, par exemple, aucun sens de faire jouer à la participation aux coûts le rôle d'un «instrument de responsabilisation» s'agissant d'affections chroniques nécessitant un traitement particulier tel que l'hémodialyse (épuration régulière du sang en cas d'insuffisance rénale) alors qu'il y a par ailleurs des formes de traitement (la physiothérapie, par exemple) pour lesquelles il serait logique de demander une participation aux coûts plus élevée pour le motif précité. En outre, il sera possible de renoncer à toute participation aux coûts dans les formes d'assurance qui limitent le choix de l'assuré, puisque ces formes d'assurance exercent, d'une autre façon, un effet réducteur sur les coûts et que, le cas échéant, le fournisseur de prestations n'y sera pas rémunéré en fonction des traitements particuliers qu'il aura prodigués.

Le 7^e alinéa prévoit des exceptions légales à la participation aux coûts. Comme dans le régime actuel, les prestations de maternité sont exceptées de la participation aux coûts. En outre, il ne serait pas logique de prélever une participation aux frais pour les mesures de prévention médicale qui, ainsi que nous l'avons déjà exposé, ne seront fixées en détail qu'au niveau d'une ordonnance d'application (voir art. 27, 2^e al.). Pour prévenir des maladies, nous souhaitons en effet inciter les assurés à recourir aux mesures préventives considérées comme judicieuses. Contrairement au droit en vigueur, le traitement hospitalier ne sera plus excepté de la participation aux coûts. Il existe à l'heure actuelle de nombreux traitements que l'on peut effectuer aussi bien ambulatoirement qu'à l'hôpital. La réglementation de la participation aux coûts ne doit pas «favoriser» le traitement à l'hôpital qui est souvent plus onéreux.

Subventions des pouvoirs publics

Art. 57 Subsidés de la Confédération destinés à réduire les primes

Ainsi que nous l'avons mentionné (voir ch. 24), les subsidés de la Confédération à l'assurance-maladie serviront exclusivement à réduire les primes des assurés en fonction de leur situation financière. Les subsidés prévus à cet effet seront d'abord versés aux cantons qui compléteront lesdits subsidés par leurs propres subsidés; ce faisant, ils financeront une réglementation qu'ils auront établie eux-mêmes afin de réduire les primes (voir art. 58).

Contrairement à la proposition de la commission d'experts, le montant des subsidés de la Confédération ne sera pas fixé dans la loi elle-même (voir 2^e al.);

4
cette manière de faire aurait lié le Conseil fédéral et le Parlement à ce montant lors de l'établissement du budget. Les subsides de la Confédération doivent plutôt être fixés par un arrêté fédéral simple. La loi prévoit que ces arrêtés seront en vigueur pendant quatre ans. Le montant des subsides de la Confédération à l'assurance-maladie devra donc faire l'objet d'un réexamen par le Parlement une fois par législature. Ces subsides seront fixés dans les dispositions transitoires (voir art. 98) pour les quatre premières années qui suivront l'entrée en vigueur de la loi. Le Conseil fédéral aura à fixer la part des subsides fédéraux qui reviendra à chaque canton d'après sa population résidente et sa capacité financière. Les cantons à forte capacité financière recevront donc une subvention moins élevée par rapport à leur population résidente, tandis que les cantons à faible capacité financière recevront, eux, une subvention plus élevée.

Le 3^e alinéa prescrit en outre que les cantons devront compléter, par leurs propres subsides, le montant qu'ils reçoivent au titre des subsides fédéraux. Il s'agit toutefois d'un montant conçu comme minimal, c'est-à-dire que le canton peut, de sa propre initiative, contribuer davantage encore à la réduction des primes. Ces montants se détermineront aussi en fonction de la capacité financière des cantons. Les cantons à faible capacité financière auront par conséquent moins à «payer de leur poche» que les cantons à forte capacité financière. C'est au niveau des dispositions d'exécution que les montants concrets seront fixés, la loi devant toutefois préciser que les cantons ont, au total, à fournir la moitié du montant des subsides que verse la Confédération. Donc, si la Confédération verse des subsides d'un montant de 2 milliards de francs par an, comme le prévoient les dispositions transitoires, les cantons, eux, devront réunir 1 milliard de francs.

Art. 58 Réduction des primes par les cantons

L'article 58 définit de quelle manière les cantons devront procéder pour réduire les primes individuellement. Nous reprenons ici le modèle de réduction des primes que la commission d'experts a proposé dans son projet, modèle qui résulte d'une proposition de l'Association suisse des assureurs privés maladie et accidents (AMA) présentée pour la première fois en 1982. D'après ce modèle, les primes dues par chaque ménage ne doivent pas dépasser un certain pourcentage du revenu imposable qui est à fixer comme préalable. Cette manière de réduire les primes permettra de favoriser directement les familles ayant plusieurs enfants, en tenant compte, en outre, de leur situation financière, sans qu'il soit nécessaire à cet effet de prévoir des exonérations de prime pour les enfants. On devra considérer comme ménage le même cercle de personnes que dans le droit fiscal. Il sera ainsi permis d'ajouter les primes des personnes pour lesquelles un assuré peut, en vertu du droit fiscal fédéral, faire valoir des déductions pour obligation d'entretien dans sa déclaration d'impôt. Si le montant effectif des primes qu'un ménage doit payer dépasse le pourcentage fixé, la différence sera prise en charge par les subsides des pouvoirs publics. Contrairement au projet de la commission d'experts, le pourcentage déterminant ne sera pas fixé par la Confédération, mais par chaque canton.

Chaque canton sera libre de mettre ce modèle en pratique comme il l'entendra. Au départ, l'étude de l'AMA proposait de déduire le subside des assurés directement de leurs impôts. A l'époque, les directeurs cantonaux des finances

s'étaient montrés sceptiques à l'égard d'un tel procédé. Les cantons peuvent choisir un système indépendant du prélèvement des impôts; c'est aussi à eux de décider s'ils veulent verser la réduction des primes aux assurés ou directement aux assureurs. Le canton du Tessin, qui connaît déjà ce système, verse les subsides aux caisses-maladie. Ces dernières doivent déduire la somme qui revient à chaque assuré de la prime due par ce dernier et l'en aviser. Reste la question de savoir si c'est l'assuré qui doit faire valoir son droit à une réduction de primes ou si ce droit est constaté d'office.

Le 2^e alinéa précise que les cantons doivent fixer le pourcentage déterminant de telle manière que le montant des subsides fédéraux et cantonaux prévus par le Conseil fédéral, conformément à l'article 57, pour chaque canton soit versé intégralement. Etant donné que ce pourcentage doit être fixé d'avance et que les assurés ont droit à une réduction de primes correspondante, il y aura très probablement une différence entre les évaluations faites par le canton et le montant des réductions de primes effectivement dues. Il sera vraisemblablement difficile de faire une estimation exacte, surtout durant les premières années. C'est pourquoi le projet prévoit que le solde devra être soit reporté sur le montant dû pour l'année suivante soit en être déduit. En se fondant sur le montant à disposition pour la réduction de primes et sur l'évolution des primes et des revenus, les cantons devront fixer, chaque année, le pourcentage déterminant (voir aussi à ce propos ch. 421). Le système de réduction des primes que nous proposons signifie que c'est en principe chaque franc de différence entre les primes dues et le revenu déterminant qui devra être compensé par les subsides des pouvoirs publics. Il y aura donc des personnes pour lesquelles cette différence sera minime. C'est pourquoi il faudra que les cantons aient le droit de ne pas verser de subsides insignifiants. Il incombera à chaque canton de déterminer lui-même où se situe cette limite. Il ne pourra toutefois s'agir que de quelques francs sur une prime mensuelle.

Même si le projet laisse aux cantons le soin de procéder à la réduction de primes, le 3^e alinéa vise à harmoniser dans une certaine mesure les réglementations concrètes. Cela permettra aussi de faire des comparaisons quant à l'équivalence des réglementations cantonales. C'est la raison pour laquelle tous les cantons devront se fonder sur le revenu imposable au titre de l'impôt fédéral direct. Pour éviter que les personnes disposant d'une grande fortune, mais d'un faible revenu imposable, bénéficient elles aussi de réductions de primes, les cantons devront également tenir compte de la fortune en plus du revenu imposable. Puisque le droit fédéral ne prévoit pas de taxation à cet effet, ils devront se fonder sur la taxation pour l'impôt cantonal.

Le 4^e alinéa précise sur quelle taxation les cantons doivent se fonder lorsque la dernière taxation passée en force remonte à plus de trois ans. Il faudra pouvoir se fonder sur une estimation aussi actuelle que possible de la situation financière de l'assuré, même si la taxation n'est pas encore passée en force, par exemple en raison d'une procédure de recours. La législation sur l'AVS contient une disposition semblable (Règlement sur l'AVS du 31 oct. 1947, RS 831.101, art. 23, 2^e al.).

Afin de constater le droit d'un assuré, les cantons pourront choisir une procédure dans laquelle l'autorité cantonale compétente se fonde directement sur les

renseignements des autorités fiscales. Le 5^e alinéa prévoit à cet effet une base correspondante pour l'obligation de renseigner faite aux autorités fiscales. Cette disposition s'inspire, elle aussi, d'une disposition semblable figurant dans la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 mars 1946 (RS 831.10, art. 9, 4^e al.).

Assurance facultative d'indemnités journalières

Art. 59 Adhésion

Selon le droit en vigueur, les caisses-maladie peuvent fixer dans leurs statuts l'âge maximal pour l'adhésion. Par ailleurs, il n'est pas permis d'assurer des indemnités journalières pour les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans révolus. Cet âge-limite minimal nous semble juste. Il correspond à l'âge minimal permettant de travailler dans les entreprises soumises à la loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce du 13 mars 1964 (LTr; RS 822.11). En revanche, c'est dans la loi et non dans les dispositions des assureurs qu'il faudrait dorénavant fixer l'âge maximal d'entrée. Le choix le plus logique est celui de l'âge-limite en vigueur pour la retraite; on pourrait toutefois renoncer à faire une distinction entre les hommes et les femmes.

Le 2^e alinéa précise que l'assurance d'indemnités journalières ne doit pas être obligatoirement conclue auprès du même assureur que pour l'assurance des soins. C'est souvent le cas dans la pratique, étant donné que l'assurance d'indemnités journalières peut être liée aux rapports de travail. Cette disposition a aussi une certaine importance en raison du libre passage intégral dans l'assurance de soins et du libre passage limité dans celle d'indemnités journalières. Si un assuré résilie l'assurance des soins, l'assureur ne doit pas pouvoir résilier, à son tour, l'assurance d'indemnités journalières pour cette raison.

Contrairement à l'assurance des soins, le contrat collectif doit être maintenu dans l'assurance d'indemnités journalières. Sa relation étroite avec les rapports de travail en fait très souvent le cadre adéquat de l'assurance. Cette relation avec les rapports de travail fait aussi que, dans les contrats collectifs, le cercle des assureurs et des assurés se crée, pour ainsi dire, spontanément. En tant que preneurs d'assurance entrent en ligne de compte les employeurs, les organisations d'employeurs, les associations professionnelles et les organisations de travailleurs; en tant qu'assurés les employeurs, leurs employés, les membres des organisations mentionnées ainsi que les employés de ces membres.

Art. 60 Assureurs

En vertu de l'article 10, 2^e alinéa, lettre d, les assureurs qui veulent pratiquer l'assurance obligatoire des soins doivent également pratiquer l'assurance d'indemnités journalières selon cette loi. Cette disposition est à la base de l'obligation – pour les assureurs – de conclure une assurance d'indemnités journalières au sens de cette loi avec toute personne qui en fait la demande. En ce qui concerne le montant de l'indemnité journalière, voir l'article 64. Le fait que l'assureur assure les indemnités journalières au sens de cette loi n'exclut pas qu'il pratique aussi une assurance d'indemnités journalières d'après la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA; RS 221.229.1). S'il peut le faire et dans quelle mesure

se déterminera selon la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurances privées du 23 juin 1978 (LSA; RS 961.01).

Dans le régime actuel, il y a environ 25 caisses-maladie reconnues qui gèrent seulement l'assurance d'indemnités journalières; ce sont en règle générale des caisses d'entreprise. Etant donné que le projet continue d'autoriser des assurances collectives en matière d'indemnités journalières, on peut admettre que des caisses gèrent uniquement l'assurance d'indemnités journalières au sein d'une entreprise. Ce serait aller trop loin que d'obliger aussi ces caisses-maladie à pratiquer l'assurance des soins qui, sur le plan administratif, est beaucoup plus coûteuse.

Art. 61 Réserve d'assurance

Les principes de l'assurance permettent aux assureurs d'exclure de l'assurance un risque déjà survenu, de demander une prime plus élevée en cas de risque accru, voire de refuser la conclusion d'un contrat d'assurance. On pourrait objecter, à juste titre, que de tels principes n'ont pas à être appliqués dans une assurance sociale. Or, une assurance sociale facultative pratiquée par des institutions de droit privé et financée par les primes individuelles des assurés ne peut, cependant, pas se fermer totalement à ces principes. C'est pourquoi le régime actuel prévoit que, si les caisses-maladie ne peuvent pas refuser totalement de conclure une assurance, elles peuvent toutefois imposer des réserves d'assurance pour une durée limitée, s'agissant de maladies déjà survenues.

Dans notre projet, nous avons repris telle quelle la réglementation en vigueur concernant la réserve d'assurance (voir art. 5, 3^e al., LAMA). Les dispositions figurant aux 3^e et 4^e alinéas (indication précise de la maladie et de la durée de la réserve; application par analogie en cas d'augmentation de la couverture d'assurance) figurent actuellement dans l'ordonnance d'application.

Art. 62 Changement d'assureur

Cette disposition, qui règle le libre passage limité des assurés, correspond elle aussi sur le plan matériel au système actuel (voir art. 7 à 10 LAMA). Il existe un motif de libre passage si l'assuré est obligé de quitter son assureur antérieur. C'est le cas, avant tout, lorsque l'assurance d'indemnités journalières est liée au contrat de travail de manière telle que les travailleurs sont contraints d'adhérer à une assurance d'entreprise et de quitter celle-ci une fois que le contrat de travail est résilié. Le fait que l'assuré sorte du rayon d'activité de l'assureur ou que l'assureur renonce à pratiquer l'assurance-maladie sociale constituent d'autres motifs de libre passage.

Le droit de libre passage réside dans le fait que l'assureur n'a pas le droit d'imposer de nouvelles réserves (1^{er} al.). Par ailleurs, il est tenu de garantir au moins la même couverture d'assurance qu'antérieurement (montant des indemnités journalières, délai d'attente). Mais l'assureur peut, en même temps, imputer les indemnités déjà versées sur les indemnités qui restent à allouer (3^e al.). En revanche, il ne doit pas, comme c'est le cas dans le régime actuel, tenir compte de l'âge d'entrée chez l'assureur précédent pour fixer la prime.

S'agissant de l'exercice du droit de libre passage, le 2^e alinéa prévoit que l'assureur doit informer l'assuré par écrit du fait qu'il a un droit de libre passage.

Si l'assureur ne respecte pas cette prescription, il doit continuer à assurer l'assuré nonobstant la survenance du motif de libre passage. L'assuré, quant à lui, doit faire usage de son droit dans les trois mois. S'il n'a pas utilisé ce délai, les règles normales lui seront applicables, notamment les dispositions concernant les réserves d'assurance.

Art. 63 Assurés sortant de l'assurance collective

Si un assuré doit sortir d'un contrat collectif, le droit actuel lui garantit le passage dans l'assurance individuelle de la caisse en question. Les conditions de passage sont plus favorables que dans le cadre du droit de libre passage défini à l'article 62, étant donné que l'assuré garde son âge d'entrée dans la caisse antérieure. Le projet reprend aussi cette réglementation. Quant à l'assureur, il est à nouveau tenu de renseigner l'assuré. S'il ne le fait pas, l'assuré reste affilié à titre collectif. Si l'assuré n'use pas de son droit dans les trois mois, le rapport d'assurance prend fin.

Art. 64 Prestations

Selon le droit actuel, les caisses-maladie doivent assurer au moins une indemnité journalière de deux francs. Cette disposition est, en fait, dépassée. Etant donné, toutefois, que dans ce projet nous devons renoncer à apporter des améliorations dans le domaine de l'assurance d'indemnités journalières (voir ch. 25), cette limite minimale doit rester telle quelle. Comme dans le projet de loi fédérale du 20 mars 1987 (FF 1987 I 971, art. 12^{bis}), le montant de l'indemnité journalière assurable n'est pas fixé dans la loi. Il faudra toutefois préciser, s'agissant de la participation d'assureurs au sens de la loi sur la surveillance des assurances, que l'indemnité journalière sera de nature «conventionnelle», c'est-à-dire que l'assurance d'indemnités journalières – des caisses-maladie également – se fondera sur un contrat et non sur le seul sociétariat. Le fait que nous ayons renoncé à fixer dans la loi un minimum légal garanti pour l'indemnité journalière assurable ne signifie pas que les assureurs ne pourront offrir à la personne intéressée qu'une indemnité symbolique. Les assureurs doivent, en effet, observer le principe de l'égalité de traitement (art. 10, 2^e al., let. a, du projet). Un candidat pourrait donc faire valoir que l'assureur a convenu, dans d'autres cas également, une indemnité journalière correspondante et qu'il ne saurait donc lui refuser une telle assurance sans raison valable. L'assureur, quant à lui, peut toutefois se prévaloir du fait que le montant d'indemnité journalière demandé entraînerait une surassurance (voir art. 70, 2^e al.).

Le 2^e alinéa prévoit, comme dans le droit en vigueur, que les assureurs doivent verser les indemnités journalières en cas d'incapacité totale de travail. Mais il va de soi que l'on peut aussi convenir que les indemnités journalières devront être allouées déjà en cas d'incapacité partielle. Normalement, les indemnités sont versées à partir du troisième jour qui suit le début de la maladie. Il est bien entendu que l'on pourra, en outre, convenir de différer le début du droit aux prestations moyennant une réduction de prime correspondante.

En ce qui concerne la durée des prestations, le projet maintient celle du système actuel, c'est-à-dire une durée de 720 jours au moins dans une période de 900 jours consécutifs. Par contre, il ne reprend pas l'obligation actuelle (art. 12^{bis}, 4^e al.,

LAMA), selon laquelle la durée du droit aux prestations se prolonge, de par la loi, lorsque les indemnités journalières doivent être réduites en raison de surassurance. Vu que la loi continue de ne fixer qu'une durée minimale, on pourra cependant convenir sans autre d'une telle réglementation.

Art. 65 Coordination avec l'assurance-chômage

Cet article correspond au droit en vigueur (art. 12^{bis}, al. 1^{bis} et 2^{bis}, LAMA). Ces deux alinéas ont été introduits dans la loi sur l'assurance-maladie en même temps que la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité du 25 juin 1982 (LACI; RS 837.0).

S'agissant du droit aux prestations, le 1^{er} alinéa contient une réglementation spéciale qui, contrairement à l'article 64, 2^e alinéa, permet d'«ouvrir» ce droit dès qu'il y a une incapacité partielle de travail. De cette manière, les prestations de l'assurance d'indemnités journalières peuvent être coordonnées avec celles de l'assurance-chômage (voir art. 28, 4^e al., LACI).

Le 2^e alinéa accorde aux chômeurs un droit particulier à la transformation de leur assurance d'indemnités journalières, et cela pour permettre de coordonner le début des prestations avec la durée des prestations de l'assurance-chômage (voir art. 28, 1^{er} al., LACI).

Art. 66 Indemnités journalières en cas de maternité

Nous avons déjà exposé dans la partie générale, sous chiffre 25, pourquoi nous renonçons dans le présent projet à développer les prestations de maternité. Les dispositions que nous avons prévues correspondent, dès lors, au système actuel. Le premier alinéa est la conséquence du caractère facultatif de l'assurance. On trouve aujourd'hui la même disposition à l'article 14, 1^{er} alinéa, LAMA.

La durée des prestations de dix semaines (voir aujourd'hui art. 14, 6^e al., LAMA) figurant au 2^e alinéa nous paraît fort modeste, si on la compare à celle des autres Etats européens. D'un autre côté, il faut relever encore une fois qu'il est pratiquement impossible de concrétiser une solution plus généreuse dans le cadre d'une assurance facultative, que les femmes concernées devront en principe financer elles-mêmes. On pourrait, tout au plus, envisager de faire financer l'intégralité des prestations de maternité ou, pour le moins une large partie de celles-ci, par les pouvoirs publics. Après le rejet du projet de loi fédérale du 20 mars 1987, nous estimons cependant qu'une proposition selon laquelle les subventions des pouvoirs publics seraient versées à toutes les femmes, sans tenir compte de leur situation financière, n'entre plus en ligne de compte. Par ailleurs, le rattachement des prestations de maternité à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ne permet pas de réduire les primes pour le seul cas de maternité en fonction de la situation financière, puisque la prime n'établit pas de distinction – et cela, à juste titre – entre la maladie et la maternité. En revanche, l'introduction d'une réduction de prime individuelle dans l'assurance d'indemnités journalières ne serait pas opportune à notre avis (voir ch. 25). Ces considérations nous amènent à renoncer à une extension de la durée actuelle des prestations en cas de maternité.

La disposition figurant au 3^e alinéa, selon laquelle l'assurée ne doit pas effectuer de travail susceptible de porter atteinte à sa santé pendant la période où elle

perçoit des indemnités journalières de maternité, ne constitue pas seulement une restriction tout à fait judicieuse en cas de grossesse et d'accouchement, mais elle permet aussi de préciser que l'indemnité journalière est due indépendamment du fait que la femme travaille ou pas.

Art. 67 Système financier et présentation des comptes

Le 1^{er} alinéa correspond à l'article 52, qui, conformément à la systématique légale, ne se rapporte qu'à l'assurance obligatoire des soins. Ces dispositions relatives au financement et à la présentation des comptes doivent valoir dans la même mesure pour l'assurance d'indemnités journalières. Nous vous renvoyons donc à cet effet au commentaire de l'article 52.

Le 2^e alinéa contient encore une disposition spéciale à propos de l'assurance collective. Si un assureur applique en l'espèce un tarif de primes particulier, ce à quoi il est autorisé mais non pas obligé (voir art. 69), il doit tenir des comptes distincts pour les résultats de l'assurance collective et ceux de l'assurance privée. Ce faisant, il n'est pas question de deux comptes d'exploitation entièrement distincts; en effet, contrairement à la distinction qui est faite entre l'assurance des soins et l'assurance d'indemnités journalières, ce n'est pas l'intégralité des frais d'exploitation qui doit être prélevée séparément. Il s'agit seulement d'obtenir des documents de nature comptable susceptibles de justifier les différences de primes entre l'assurance collective et l'assurance individuelle.

Art. 68 Primes des assurés

Le principe d'après lequel chaque assureur fixe lui-même les primes dont il a besoin selon le procédé de la répartition des dépenses et doit, ce faisant, traiter tous ses assurés de la même façon vaut également pour l'assurance d'indemnités journalières. Contrairement à l'assurance des soins, les prestations garanties au titre de l'assurance d'indemnités journalières ne seront pas fixées dans la loi, mais dans le contrat d'assurance. C'est pourquoi il convient de préciser que c'est le principe de la prime égale pour des prestations assurées égales qui s'applique.

Le 2^e alinéa précise en outre que, pour fixer la prime, l'on doit tenir compte non seulement du montant de l'indemnité journalière mais aussi, le cas échéant, d'un délai d'attente.

Le 3^e alinéa prévoit des exceptions au principe de l'égalité des primes. L'échelonnement des primes en fonction de l'âge d'entrée est une caractéristique propre à l'assurance facultative. Par contre, le projet, à l'instar du système en vigueur, n'autorise pas d'échelonner les primes en fonction de l'âge effectif des assurés. Des échelonnements de primes d'après les régions sont certes plus fréquents dans l'assurance des soins que dans l'assurance d'indemnités journalières, mais ils ne doivent pas non plus être exclus dans l'assurance d'indemnités journalières. Toutefois, les différences de primes doivent être établies en fonction de différences de coûts prouvées. C'est pourquoi nous renvoyons à l'article 53, 2^e alinéa, du projet.

Par contre, c'est le principe de l'égalité de primes entre hommes et femmes qui devra dorénavant prévaloir dans l'assurance facultative d'indemnités journalières, bien que la réalisation effective de ce principe soulève des difficultés. Une

assurance facultative permet en effet, pour ainsi dire par définition, de se soustraire aux solidarités prévues par la loi. La loi prescrit certes que les compagnies d'assurance privées qui voudront pratiquer l'assurance obligatoire des soins médicaux et pharmaceutiques devront aussi pratiquer l'assurance facultative d'indemnités journalières selon cette même loi (art. 10, 2^e al., let. d). Mais rien ne les empêchera d'exercer, en outre, une activité d'assureur d'après la loi sur le contrat d'assurance. De plus, il y aura certainement des assureurs privés qui ne pratiqueront pas l'assurance-maladie sociale. Nous estimons toutefois qu'il est juste de ne plus tolérer de différences de primes entre hommes et femmes dans l'assurance-maladie sociale.

Le 4^e alinéa prévoit que le Conseil fédéral peut édicter des dispositions détaillées sur la réduction des primes en cas de délai d'attente ainsi que sur l'échelonnement des primes en fonction de l'âge d'entrée des assurés et des régions, et cela afin de maintenir un minimum de solidarité à différents niveaux.

Art. 69 Primes de l'assurance collective

Dans l'assurance collective, les assureurs peuvent demander des primes divergeant de celles de l'assurance individuelle. S'ils le font, ils doivent tenir des comptes distincts pour les deux branches d'assurance (voir art. 67, 2^e al.). L'assurance collective peut entraîner une séparation indésirable des risques. Dans l'assurance d'indemnités journalières, ce risque n'est certes pas aussi grand que dans l'assurance des soins. Ce qui n'empêche pas que la loi doive mentionner expressément que les primes de l'assurance collective sont fixées de manière à ce que l'assurance soit «au moins» autonome sur le plan financier. Cela signifie également que les primes de l'assurance collective peuvent contenir certains éléments de solidarité avec l'assurance individuelle. La 3^e phrase du présent article donne au Conseil fédéral le soin de définir cette solidarité, en plafonnant les différences de primes entre l'assurance collective et l'assurance individuelle. On pourrait envisager, par exemple, une disposition prescrivant que l'indemnité journalière en cas de maternité devra, par principe, être financée «en commun» et que les différences de primes ne prendront en compte que les différences de coûts en cas de maladie.

Règles de coordination, procédure, contentieux, dispositions pénales

Généralités

S'agissant, d'une part, des règles de coordination et, d'autre part, de la procédure, du contentieux et des dispositions pénales, la Commission d'experts n'avait pas voulu innover inutilement (voir ch. 47 du rapport, p. 78 à 83). Dès lors, elle s'était fortement inspirée du projet de «Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales» (LPGA), dans sa version du 31 octobre 1989; elle en avait même repris certains articles tels quels. Toutefois, les experts avaient aussi choisi des solutions divergeant de la LPGA sur certains points; ces différences étaient, cependant, essentiellement formelles. Par ailleurs, les experts avaient fait usage de la liberté laissée par la LPGA aux lois spéciales, principalement en décidant de maintenir l'institution du tribunal arbitral et en optant pour l'introduction de dispositions pénales dans la loi.

Dans l'intervalle, le projet de LPGA a subi une mise au point formelle et sa dernière version (accompagnée d'un rapport explicatif de la Commission du Conseil des Etats du 27 sept. 1990; FF 1991 II, p. 181s.) a été adoptée à l'unanimité par le Conseil des Etats, le 25 septembre 1991. Ce projet sera examiné prochainement par la commission compétente du Conseil national, puis par le plenum de celui-ci. Pour notre part, nous avons pris position au sujet de cette nouvelle version le 17 avril 1991 (FF 1991 II, p. 888s.). Dans notre avis, nous estimons en substance que le projet de LPGA, s'il peut recueillir notre accord de principe, revêt en revanche une importance matérielle de second rang. C'est, en effet, autour de la révision d'autres lois – assurance-vieillesse et survivants, assurance-maladie, prévoyance professionnelle – que nous voulons axer nos priorités. De plus, l'adaptation de nos lois de sécurité sociale dans le cadre d'un accord sur l'Espace économique européen constitue un autre impératif de taille (ibidem, ch. 4, p. 899 et 900). A cela s'ajoute notre optique différente quant à certaines innovations prévues par la LPGA (voir ch. 324.1 de l'avis du 17 avril 1991).

Afin de transmettre au Parlement un projet de révision de l'assurance-maladie cohérent, donc complet, nous souhaitons reprendre les options matérielles de la Commission d'experts que nous partageons largement; celles-ci n'ont au demeurant suscité que peu de remarques au cours de la procédure de consultation. Dès lors, notre alternative de base est la suivante: proposer des dispositions légales, en partant de l'idée a) que la LPGA entrera en vigueur après la LAMal (voir notre avis du 17 avril 1991; en particulier ch. 322, 325 et 4 dans la FF 1991 II, p. 891, 896, 899 et 900); b) que la LPGA entrera en vigueur avant la LAMal, ce qui pourrait le cas échéant découler d'une décision du Parlement.

Sur le plan pratique, la première hypothèse nécessiterait l'adaptation formelle du projet à la dernière version de la LPGA, dans la mesure où celle-ci a servi de modèle, ainsi que la prise en compte des quelques remarques matérielles issues de la procédure de consultation. Là systématique resterait, cependant, celle du projet de la Commission d'experts et c'est à la LPGA qu'il incomberait ultérieurement d'abroger, respectivement d'amender les dispositions en question de la LAMal.

Dans la deuxième hypothèse, il s'agirait d'élaborer les articles de loi ressortissant exclusivement à la LAMal (ex.: compétences du tribunal arbitral; dispositions pénales. Voir art. 2, 1^{er} et 2^e al., et 61 LPGA) en prenant en considération les rares observations faites au cours de la procédure de consultation.

Conformément aux considérations figurant dans l'avis précité du 17 avril 1991 que nous maintenons pleinement, nous partons de l'idée que la LPGA entrera en vigueur après la LAMal. En d'autres termes, notre projet de loi est élaboré sur la base de la première des hypothèses précitées (let. a). Techniquement, nous estimons donc que c'est la LPGA qui aura, pour ainsi dire, le dernier mot et apportera à la LAMal les adaptations nécessaires. Cette situation nous amènera, dans le commentaire qui suit, à n'entrer dans quelques détails que s'il s'agit d'innovations (subrogation; procédure d'opposition; dispositions pénales) ou alors du maintien de dispositions controversées (tribunal arbitral).

A noter que toutes ces dispositions vaudront indifféremment pour l'assurance obligatoire des soins et pour l'assurance d'indemnités journalières qui – ensemble

– constituent l'assurance-maladie sociale. Elles sont importantes, mais n'ont pas la valeur «stratégique» des autres propositions que nous vous faisons.

Règles de coordination

Art. 70 Coordination des prestations

Cet article fait la synthèse de notions qui figurent dans la législation actuelle (art. 26 LAMA; art. 16 à 19 O III, RS 832.140) et que la LPGA retranscrit, sur un plan quelque peu plus général, aux articles 69 à 78.

Art. 71 Subrogation

Actuellement, le principe de la subrogation n'existe pas dans la législation sur l'assurance-maladie. Les caisses ne disposent donc d'aucun droit de recours légal contre le tiers responsable; toutefois, elles se font souvent céder dans leurs statuts les droits des assurés envers ledit tiers.

A l'instar de ce qui est prévu dans les autres assurances sociales, la subrogation vaudra désormais aussi pour l'assurance-maladie sociale. Si l'importance de la subrogation est moindre pour le cas de maladie proprement dit, la nécessité d'une telle disposition légale n'est pas à remettre en cause, d'autant que la LAMal prendra en charge l'accident à titre subsidiaire.

Formellement, cet article présente de manière compacte les principes qui figurent aux articles 79 à 82 LPGA. Nous renvoyons, par ailleurs, à nos remarques relatives aux articles 69, 3^e alinéa, 76 et 79, 2^e alinéa, LPGA dans l'avis du 17 avril 1991 (FF 1991 II p. 888 s.; ch. 324.1).

Procédure

Généralités

La LPGA prévoit que la loi sur la procédure administrative (PA/RS 172.021) ne s'appliquera plus en assurance sociale; elle-même s'inspire toutefois à ses articles 42 à 50 d'un certain nombre d'articles de la PA. Conformément à l'option que nous avons exprimée dans notre avis du 17 avril 1991, nous demeurons partisans de l'uniformisation de la procédure. Nous estimons, toutefois, qu'une autre solution s'impose sur le plan législatif; celle-ci consiste à déclarer la PA en principe applicable comme aujourd'hui et à régler uniquement les divergences dans la LPGA.

Art. 72 Décision

Cet article reprend divers éléments existant dans la législation actuelle (art. 30, 1^{er} et 5^e al., LAMA); il est conforme à l'article 56 LPGA.

Art. 73 Consultation du dossier

Cette disposition constitue une nouveauté en tant que telle dans l'assurance-maladie. Il s'agit de la reprise quasi intégrale de l'article 54 LPGA.

Art. 74 Entraide et assistance administrative

Il s'agit aussi d'une disposition nouvelle qui s'inspire directement de l'article 40 LPGGA.

Art. 75 Obligation de garder le secret

Actuellement, l'obligation de garder le secret est réglée à l'article 40 LAMA. La LPGGA propose, elle, une règle uniforme pour toutes les assurances sociales (art. 41 LPGGA). Nous n'avons pas repris cette dernière, mais avons choisi une formulation analogue à celle de l'article 102 LAA.

L'article 76 (protection des données) ne nécessite aucune remarque supplémentaire.

Contentieux

Art. 77 Opposition

La procédure d'opposition a fait ses preuves dans l'assurance-accidents obligatoire. La LPGGA introduit cette procédure de manière générale (art. 58 et 59 LPGGA) et nous ne voyons aucun inconvénient à prévoir ce stade intermédiaire dans le contentieux relatif à l'assurance-maladie sociale.

Art. 78 Tribunal cantonal des assurances

Cet article décrit la deuxième étape du contentieux en s'inspirant sensiblement du droit actuel (art. 30^{bis}, 1^{er} al., LAMA).

Ainsi, les décisions sur opposition pourront être attaquées par la voie du recours de droit administratif devant le tribunal des assurances qu'il incombe à chaque canton de désigner, conformément à l'article 63, 1^{er} alinéa, LPGGA.

S'agissant du for (art. 78, 3^e al.), le texte est un mélange du système actuel (art. 30^{bis}, 2^e al., LAMA) et du système valable dans l'assurance-accidents obligatoire (art. 107, 2^e al., LAA). Cette innovation est, en fait, la conséquence de la réponse que nous avons donnée à la motion Jelmini du 21 juin 1988; celle-ci demandait, en résumé, un système de for semblable à celui de l'assurance-accidents qui prévoit une réglementation spéciale lorsque l'auteur du recours est domicilié à l'étranger.

Art. 79 Règles de procédure

Ces règles ne sont pas nouvelles, à quelques détails près. Elles reprennent les principes figurant actuellement à l'article 30^{bis}, 3^e alinéa, LAMA et que la LPGGA a également confirmés (art. 67, 2^e al., LPGGA).

Art. 80 Exécution

Il s'agit de la reprise de principes contenus dans la loi en vigueur (art. 30, 4^e al., LAMA), avec la formulation de l'article 60 LPGGA.

Art. 81 Tribunal arbitral cantonal

Le tribunal arbitral est une institution parfois contestée. Nous considérons, cependant, que celle-ci s'impose pour trancher certains litiges, comme l'article 25

LAMA le prévoit aujourd'hui. D'ailleurs, l'article 63, 2^e alinéa, LPGA prévoit expressément la possibilité de soumettre certains rapports de droit particuliers à une première instance de nature spéciale, telle qu'un tribunal arbitral.

Sur le plan formel, il s'agit de la reprise allégée de l'article 25 LAMA; voir toutefois nos remarques dans l'avis du 17 avril 1991 (FF 1991 II 888 s.; ch. 324.1).

Art. 82 Tribunal fédéral des assurances

Cette disposition s'inspire à la fois du droit actuel (art. 30^{ter} LAMA) et de l'article 68 LPGA.

A noter que l'Office fédéral des assurances sociales disposera toujours de la compétence pour recourir contre un jugement de première instance conformément à ce qui figure actuellement dans les dispositions d'exécution de la LAMA (art. 5, 3^e al., O V; RS 832.121). Cette possibilité sera reprise dans les dispositions d'exécution de la présente loi.

Dispositions pénales

Ces dispositions sont nouvelles, en tant que telles, dans la législation sur l'assurance-maladie sociale. Elles sont le reflet, pour ainsi dire, de la marge de manœuvre concédée en l'espèce par l'article 87, 2^e alinéa, LPGA. En effet, selon cet article, il incombe aux lois spéciales de fixer les peines encourues en cas de délits ou d'autres infractions ainsi qu'en cas d'observation des prescriptions d'ordre ou de contrôle.

Nous renonçons à faire un commentaire, article par article, de ces différentes dispositions. Nous nous limiterons à préciser que les articles 83 et 84 relatifs aux délits, d'une part, et aux contraventions, d'autre part, s'inspirent à la fois de la LAVS (art. 87 et 88 LAVS) et de la LAA (art. 112 et 113 LAA).

L'article 86 reprend le principe, fixé à l'article 87, 3^e alinéa, LPGA selon lequel la poursuite pénale est du ressort des cantons.

Dispositions finales

Art. 87 Exécution

Le Conseil fédéral veille à l'exécution de cette loi et édicte les ordonnances d'application nécessaires à cet effet.

Art. 88 Abrogation et modification de lois fédérales

La nouvelle loi abroge et remplace la loi actuelle sur l'assurance-maladie (1^{er} al.).

Vu l'article 16, 3^e alinéa, LAMal, selon lequel les caisses-maladie et les réassureurs qui leur sont assimilés sont soumis à la surveillance régie par la LAMal et exercée par l'OFAS, la loi sur la surveillance des assurances (LSA) doit être modifiée en conséquence (2^e al.). Comme actuellement, les caisses-maladie et les réassureurs qui leur sont assimilés sont exclus de la surveillance au sens de la LSA (art. 4, let. f et g, LSA). Mais l'article 5 LSA, qui contenait encore des dispositions sur les caisses-maladie, est abrogé, son contenu ayant été, pour l'essentiel, transposé à l'article 9, 2^e alinéa, LAMal.

Etant donné que les assurances complémentaires et de capital des caisses-maladie seront désormais pratiquées selon le droit privé, il convient de modifier la loi sur le contrat d'assurance (LCA). C'est l'objet du 3^e alinéa. L'article 101, 1^{er} alinéa, chiffre 2, LCA est adapté en ce sens que, contrairement à ce qui est le cas aujourd'hui, cette loi s'applique également aux rapports de droit privé entre les caisses-maladie et leurs assurés. Quant à la modification de l'article 100, 2^e alinéa, elle est une simple adaptation à la nouvelle loi sur l'assurance-maladie.

La modification de la loi sur l'assurance-accidents (4^e al.) est également une simple adaptation au nouveau droit.

La loi sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LPC) subira les conséquences du nouveau mode de subventionnement de l'assurance-maladie (5^e al.). Jusqu'à présent, les primes d'assurance-maladie peuvent, dans le système des prestations complémentaires, être déduites lors du calcul du revenu donnant droit aux dites prestations. Elles représentent une part importante du revenu des rentiers. Sur 1,4 milliard de francs versés en 1990 au titre des prestations complémentaires, 290 millions étaient consacrés aux primes d'assurance-maladie. Le nouveau mode de subventionnement de l'assurance-maladie crée une situation toute nouvelle. La charge pesant sur les assurés ne représente plus qu'un pourcentage maximum de leur revenu imposable. Pour les bénéficiaires de prestations complémentaires, ce pourcentage correspond à des sommes plus modestes qu'actuellement. Cette innovation permet de supprimer la déduction pour primes d'assurance-maladie. Pour les organes des prestations complémentaires, cela représente un allègement administratif considérable. Le calcul de la déduction est en effet compliqué, car la prime n'est prise en compte que dans la mesure où l'assurance couvre l'hospitalisation en division commune. D'autre part, les augmentations de primes exigent pratiquement chaque année une adaptation du montant de la prestation complémentaire. Dorénavant, les limites de revenu (qui correspondent à ce dont l'intéressé a besoin pour vivre) devront être relevées pour tenir compte des primes d'assurance-maladie. Il en sera de même pour les dépenses personnelles de personnes résidant dans des homes. Au stade actuel, il n'est toutefois pas possible de déterminer avec précision le montant de ces augmentations. Celles-ci devront être effectuées lors de l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie. Selon le système actuel des prestations complémentaires, les déductions pour primes d'assurance-maladie s'élèvent, comme on l'a vu, à environ 290 millions de francs par année. Le relèvement des limites et des sommes susmentionnées (selon les chiffres actuels, environ 1000 francs pour les personnes seules et 1500 francs pour les couples) coûterait environ 150 millions de francs. Cela permettrait donc d'économiser environ 140 millions de francs.

Dispositions transitoires

Art. 89 Dispositions cantonales

La nouvelle réglementation du subventionnement est l'un des «piliers» de la présente loi. Elle doit prendre effet sans délai lorsque cette loi entrera en vigueur. Il faudra donc qu'à cette date les cantons aient édicté les dispositions d'exécution relatives à la réduction de primes. Il conviendra, dès lors, de fixer l'entrée en

vigueur de la loi de manière à ce que les cantons disposent de suffisamment de temps pour édicter les dispositions d'exécution nécessaires. Quant aux autres dispositions d'exécution, notamment les planifications hospitalières ainsi que la liste des hôpitaux et des établissements médico-sociaux (art. 33), les cantons pourront les édicter à une date ultérieure. Il appartiendra au Conseil fédéral de déterminer cette date. L'on devra néanmoins veiller à ce que le délai d'introduction concorde avec celui de l'article 93, 3^e alinéa (adaptation des conventions tarifaires pour les traitements hospitaliers), et de l'article 96, 3^e alinéa (dispositions particulières relatives au contrôle des coûts dans les hôpitaux et les établissements médico-sociaux). Chaque gouvernement cantonal devra avoir la possibilité d'édicter une réglementation provisoire lorsque la procédure législative ordinaire, comprenant le cas échéant un scrutin populaire, ne pourra pas être achevée dans les délais prévus. Cette possibilité vaut pour toutes les dispositions d'exécution au sens du premier alinéa.

Art. 90 Poursuite de la pratique de l'assurance par des caisses-maladie reconnues

L'assurance-maladie sera pratiquée, comme c'est déjà le cas dans le régime actuel, par des institutions qui ne sont pas tenues de par la loi à le faire, mais déclarent de leur propre gré qu'elles pratiqueront l'assurance-maladie selon les dispositions légales. L'ancien droit prévoit la procédure suivante: en cas de modification de la loi, les caisses-maladie adaptent leurs statuts et les autres dispositions relatives aux droits et aux obligations des assurés (règlements en matière de prestations) au nouveau droit et les soumettent à l'Office fédéral des assurances sociales pour approbation (art. 4 LAMA). Concernant la forme juridique et l'organisation, qui constituent l'essentiel des statuts des caisses-maladie, le nouveau droit ne prévoit aucune modification. Selon le nouveau droit, les droits et obligations des assurés découlent, excepté le montant des primes, directement de la loi. L'assurance obligatoire des soins ne laisse, dès lors, aucune marge de manœuvre aux assureurs pour des règlements spéciaux en matière de prestations. Les assurances complémentaires sont régies par la loi sur le contrat d'assurance et, s'agissant de l'assurance facultative d'indemnités journalières, la loi ne prévoit plus l'obligation de soumettre les règlements en matière de prestations à l'OFAS, pour approbation.

Il suffira donc purement et simplement de demander aux caisses-maladie déjà reconnues en vertu de l'ancien droit – contrairement aux autres assureurs (voir art. 92) – une déclaration indiquant qu'elles veulent continuer à pratiquer l'assurance-maladie selon le nouveau droit. Simultanément, ces caisses devront faire approuver leurs tarifs de primes pour l'assurance des soins et pour celle d'indemnités journalières valables en vertu du nouveau droit. Le délai de six mois avant l'entrée en vigueur de la loi sera le même que pour les autres assureurs.

Tous les assureurs autorisés à pratiquer l'assurance-maladie sociale devront le faire tant pour l'assurance obligatoire des soins que pour l'assurance facultative d'indemnités journalières (art. 10, 2^e al., let. d, du projet). Le projet prévoit une dérogation à ce principe pour les assureurs qui limitent leur activité à l'assurance d'indemnités journalières dans le cadre d'une entreprise (art. 60, 2^e al., du projet). S'agissant de l'assurance obligatoire des soins, l'assureur ne pourra toutefois plus

limiter son champ d'activité à une entreprise (art. 4, 2^e al., du projet). Donc si une entreprise souhaite dorénavant limiter l'assurance d'indemnités journalières aux membres de son personnel, elle peut le faire en créant, pour ainsi dire, un assureur qui pratiquera exclusivement l'assurance d'indemnités journalières. Si une entreprise possède déjà une caisse-maladie, elle pourra également limiter l'assurance d'indemnités journalières à cette même entreprise. Afin d'éviter tout abus (par exemple au cas où des assureurs s'institueraient caisse-maladie d'entreprise pour leur personnel, s'agissant de l'assurance d'une indemnité journalière, et contourneraient ainsi les dispositions de l'article 10, 2^e al., let. d, du projet), la loi ne donnera la possibilité précitée qu'à des caisses-maladie d'entreprise existant déjà.

D'après le nouveau droit, les assureurs auront à justifier séparément de leurs provisions et de leurs réserves pour les différentes branches d'assurance – assurance obligatoire des soins, assurance facultative d'indemnités journalières, assurances complémentaires et autres genres d'assurance (voir art. 52, 2^e al. et art. 67 du projet), ce qui n'est pas entièrement le cas dans le droit actuel. De plus, il se pourrait que, selon le nouveau droit, une caisse-maladie réorganise ses assurances complémentaires. Il appartiendra donc au Conseil fédéral de prescrire comment les caisses-maladie devront, dans leur bilan, répartir leur fortune entre les différentes assurances pratiquées selon le nouveau droit.

Art. 91 Renonciation à la pratique de l'assurance-maladie sociale

Les caisses-maladie reconnues en vertu de l'ancien droit qui n'auront pas fourni de déclaration pour continuer à pratiquer l'assurance conformément à l'article 90 cesseront d'être reconnues dès l'entrée en vigueur du nouveau droit, puisque l'ancien droit sur lequel cette reconnaissance se fondait sera supprimé et que la caisse ne se soumet pas au nouveau droit. Ladite caisse devra en informer ses assurés au plus tard six mois avant l'entrée en vigueur de la loi, afin que ceux-ci puissent s'assurer à temps auprès d'un autre assureur, en tout cas au titre de l'assurance obligatoire des soins. Elle devra également en informer l'Office fédéral des assurances sociales, en tant qu'ancienne autorité de surveillance, et cela dans le même délai, afin que celui-ci puisse, le cas échéant, prendre les mesures de surveillance nécessaires (voir art. 91, 2^e et 3^e al.).

Les caisses-maladie qui ne possèdent pas d'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale ne pourront continuer à pratiquer l'assurance qu'à condition d'obtenir une autorisation au sens de la loi sur la surveillance des assurances (LSA). Il conviendra de définir à quelles conditions cette autorisation leur sera accordée, en se fondant sur cette loi ainsi que sur la jurisprudence du Tribunal fédéral (voir ATF 110 Ib 74 s.). Les exceptions à la surveillance prévues à l'article 4 de la LSA vaudront pour une caisse-maladie qui n'est plus reconnue si celle-ci pratique l'assurance de l'indemnité journalière limitée au cadre d'une entreprise. Cette assurance, toutefois, ne dépendra plus des dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, mais elle sera fondée sur le droit privé.

Si une caisse-maladie reconnue renonçait à continuer de pratiquer l'assurance-maladie sociale mais n'était pas dissoute et continuait d'exister soit en tant que compagnie d'assurance privée (limitée p. ex. aux assurances complémentaires), soit comme caisse-maladie non reconnue (limitée par ex. à une assurance d'indemnités journalières pour son propre personnel), il serait choquant qu'elle

conserve l'intégralité de la fortune accumulée grâce aux subsides des pouvoirs publics et aux primes des assurés qui ne peuvent ou ne veulent plus être assurés par elle (voir art. 94, 3^e al.). Dans un tel cas, il appartiendra à l'autorité de surveillance de veiller à ce que l'assureur ne détourne pas la fortune du but auquel celle-ci était assignée. A cet égard, une solution pratique consisterait à appliquer le 3^e alinéa par analogie, en laissant toutefois à la caisse une partie de cette fortune qui serait proportionnelle au volume des assurances qu'elle continuerait de pratiquer.

Actuellement, toute caisse reconnue qui ne veut plus continuer de pratiquer l'assurance se dissout généralement en fusionnant. Elle transmet alors ses actifs et ses passifs à une caisse-maladie existante et négocie pour ses assurés des conditions de passage plus avantageuses que celles prévues par la loi. Etant donné que, d'après le nouveau droit, les assurés bénéficient d'un libre passage intégral pour l'assurance obligatoire des soins, mais pas pour celle des indemnités journalières ni pour les assurances complémentaires, ce genre de fusion conservera toute sa signification. Si, en revanche, une caisse décidait de se dissoudre sans conclure de contrat de fusion, la fortune de ladite caisse devrait cependant rester entre les mains de l'assurance-maladie sociale pour les raisons précitées. La meilleure solution consisterait à transférer cette fortune au fonds en cas d'insolvabilité de l'institution commune.

Art. 92 Autres assureurs

La procédure normale d'autorisation prévue par la loi s'applique aux assureurs qui ne peuvent ou ne souhaitent obtenir l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale qu'en vertu du nouveau droit (voir art. 10), contrairement aux caisses-maladie déjà reconnues. Les assureurs qui désirent disposer déjà de l'autorisation lorsque la loi entre en vigueur devront en faire la demande au plus tard 6 mois avant. L'on avait prévu le même délai pour l'enregistrement des nouveaux assureurs lors de l'entrée en vigueur de la LAA.

Art. 93 Fournisseurs de prestations

Le nouveau droit apporte quelques innovations s'agissant des fournisseurs de prestations. Ainsi, par exemple, les médecins ne se verront accorder l'autorisation d'exercer leur activité à la charge de l'assurance-maladie qu'à condition d'avoir suivi une formation complémentaire reconnue. S'agissant des autres fournisseurs de prestations, nous renvoyons, comme c'est déjà le cas actuellement, aux dispositions d'exécution du Conseil fédéral. Les fournisseurs de prestations déjà en possession d'une autorisation pourront continuer d'exercer, même s'ils ne remplissent pas les conditions nécessaires à l'obtention d'une autorisation en vertu du nouveau droit. En revanche, si le nouveau droit impose certaines exigences à des personnes qui possèdent déjà l'autorisation d'exercer, telle que l'obligation de suivre des cours de formation complémentaire, ces conditions vaudront pour tous les fournisseurs de prestations, indépendamment du fait qu'ils aient obtenu la première autorisation selon l'ancien ou le nouveau droit.

Il incombera désormais au Conseil fédéral de réglementer la remise de médicaments par les médecins (propharmacie). Les réglementations et autorisations

cantonales actuelles resteront en vigueur jusqu'à ce que le Conseil fédéral ait édicté les dispositions y relatives.

Selon le droit actuel, le traitement hospitalier est prodigué dans les établissements hospitaliers; le Conseil fédéral a précisé cette notion dans une ordonnance et la jurisprudence a également apporté des précisions. Contrairement au nouveau droit, l'ancien droit ne connaît pas de procédure d'autorisation à proprement parler. Nous prévoyons donc que lesdits établissements hospitaliers pourront continuer d'être «admis» jusqu'à ce que les cantons aient établi les listes mentionnées à l'article 33 de la loi. Etant donné qu'en vertu du droit actuel l'étendue des prestations obligatoires en cas d'hospitalisation ainsi que le montant remboursé pour des prestations prises en charge à ce titre peuvent faire l'objet de conventions tarifaires, il faudra maintenir en vigueur les conventions actuelles ou les éventuels tarifs des gouvernements cantonaux, jusqu'à ce que le délai imparti par le Conseil fédéral aux cantons pour établir les listes (art. 89, 1^{er} al.) soit écoulé.

Art. 94 Rapports d'assurance existants

Le 1^{er} alinéa prévoit de maintenir, pour ainsi dire de par la loi, les assurances pour soins et pour indemnités journalières existant auprès de caisses reconnues qui continuent de pratiquer l'assurance-maladie sociale, mais d'après les règles du nouveau droit. Cette disposition concerne notamment l'étendue et la durée des prestations qui sera dorénavant elle aussi illimitée dans le temps en cas d'hospitalisation.

Le principe, selon lequel des rapports d'assurance existants continuent d'être valables, s'applique aussi aux assurances complémentaires et aux prestations statutaires accordées au titre de l'assurance de base. Durant la période transitoire, le droit «actuel» restera applicable; il en sera de même pour le droit relatif à la procédure. Il faudra, toutefois, adapter ces rapports d'assurance au nouveau droit. A cet effet, l'on devra, pour ainsi dire, extraire les prestations statutaires de l'assurance de base et les incorporer à des assurances complémentaires. S'agissant des assurances complémentaires, il conviendra de conclure un contrat d'assurance au sens de la loi sur le contrat d'assurance (art. 9, 3^e al., du projet). Afin de garantir la même couverture d'assurance qu'antérieurement, les caisses-maladie seront tenues de continuer à offrir à leurs assurés, mais sur une base contractuelle, les prestations qui correspondent à celles dépassant le minimum légal. Cette «garantie» n'englobera toutefois que le catalogue des prestations assurées et n'aura pas d'effet sur le montant des primes. Le droit actuel ne prévoit pas non plus de garantie en la matière. Contrairement au droit en vigueur, les primes pourront aussi être échelonnées en fonction de l'âge réel des assurés. Si le tarif des primes régi par le nouveau droit tient compte de l'âge d'entrée – ce qui sera généralement le cas – il faudra prendre en considération les périodes d'assurance accomplies selon l'ancien droit lors de la fixation des primes. L'on devra accorder aux caisses une période transitoire relativement courte pour procéder aux adaptations dans le domaine des assurances complémentaires, afin que le nouveau droit puisse, dans ce même domaine, déployer ses effets le plus vite possible. Nous pensons à un délai d'une année, mais les caisses pourront, bien entendu, réduire celui-ci ou y renoncer.

Le 3^e alinéa règle le cas des caisses-maladie qui cesseront de pratiquer l'assurance-maladie sociale selon le nouveau droit, mais qui maintiendront leur activité d'assureurs. Dans ce cas, les rapports d'assurance existants seront caducs de par la loi. S'agissant de l'assurance des soins, ce principe va de soi, puisque l'assuré est tenu, en vertu de l'obligation de s'assurer, de conclure une assurance auprès d'un assureur au sens de l'article 8 de la loi. Il en va de même concernant les autres assurances pour lesquelles les assureurs perdront l'autorisation de pratiquer dès l'entrée en vigueur de la loi. Mais ces autres assurances seront, en principe, également caduques lorsque l'assuré ne voudra plus être assuré par un assureur qui ne sera plus reconnu en tant que caisse-maladie. Lorsque, néanmoins, l'assuré veut maintenir un rapport d'assurance, il peut exiger ce maintien, dans la mesure où l'assureur continue d'offrir une assurance analogue.

Le 4^e alinéa prévoit que les contrats d'assurance conclus avec des compagnies d'assurance privées pour des risques couverts par l'assurance obligatoire des soins seront caducs de par la loi, puisque l'assuré devra faire assurer ces risques en vertu de la nouvelle loi. On avait prévu une disposition analogue lors de l'introduction de l'assurance-accidents obligatoire (art. 119 LAA). Si un assureur décide dorénavant de pratiquer également l'assurance obligatoire des soins, il pourra bien entendu transformer le contrat d'assurance existant en une assurance des soins au sens du nouveau droit, avec l'accord de ses assurés. La révision de la loi ne concerne pas les contrats d'assurance portant sur des risques qui ne sont pas couverts par l'assurance obligatoire des soins (assurances complémentaires). Ceux-ci continueront donc d'être valables.

Selon le 5^e alinéa, les assurances d'indemnités journalières ne seront pas caduques de par la loi, contrairement aux assurances des soins, mais la loi prévoit également quelques modifications dans ce domaine. Comme, d'une part, l'assurance d'indemnités journalières est facultative et que, d'autre part, les assureurs peuvent aussi la pratiquer en dehors de l'assurance-maladie sociale, les modifications légales ne toucheront pas systématiquement tous les rapports d'assurance. Dès lors, le preneur d'assurance aura le droit de demander l'adaptation de son contrat au nouveau droit. Le délai d'adaptation, comme pour les assurances complémentaires, sera d'une année.

Art. 95 Prestations d'assurance

Les assureurs devront allouer les prestations prévues par la loi dès l'entrée en vigueur de celle-ci. Il ne sera pas nécessaire de procéder, à cet effet, à une adaptation interne des conditions d'assurance ou des règlements concernant les prestations. Les assurés ont, de par la loi, un droit aux prestations assurées. C'est le moment du traitement prodigué par un fournisseur de prestations déterminé, et non celui où la maladie se produit ou encore celui de la facturation de la prestation, qui sera déterminant pour le passage de l'ancien au nouveau droit.

Dans l'assurance d'indemnités journalières, les assureurs ne seront plus contraints, comme actuellement (art. 12^{bis}, 4^e al., LAMA), de prolonger la durée des prestations lorsque l'indemnité journalière est réduite en raison d'une surassurance. Si une maladie est déjà survenue avant l'entrée en vigueur de la présente loi et que des indemnités journalières sont allouées, celles-ci devront encore être versées pendant deux ans, au plus, au-delà de la durée des prestations,

conformément aux dispositions de l'ancien droit. Le projet de loi fédérale du 20 mars 1987, qui a été rejeté en scrutin populaire, contenait une disposition de même teneur. Une telle règle ne peut toutefois s'appliquer qu'aux rapports d'assurance de caisses-maladie reconnues.

Art. 96 Conventions tarifaires

L'entrée en vigueur de la nouvelle loi n'apportera pas de modifications fondamentales dans les rapports entre fournisseurs de prestations et assureurs. C'est la raison pour laquelle les conventions tarifaires existantes ne devront pas être abrogées de par la loi – ce que précise expressément le premier alinéa. Par contre, il faudra les adapter au nouveau droit. Il appartiendra au Conseil fédéral de fixer la date jusqu'à laquelle il faudra procéder à cette adaptation.

Le deuxième alinéa indique expressément que les nouveaux assureurs qui ne commenceront à pratiquer l'assurance-maladie sociale qu'avec l'entrée en vigueur de cette loi ou après auront aussi le droit d'adhérer aux conventions tarifaires conclues selon l'ancien droit avec les fédérations de caisses-maladie.

Les innovations qu'apportent les 6^e et 7^e alinéas de l'article 42 s'agissant des établissements hospitaliers et médico-sociaux (comptabilité, comparaison des frais d'exploitation) ne font pas directement l'objet de conventions tarifaires. C'est pourquoi on ne les mentionne pas expressément. Dans ce cas aussi, c'est au Conseil fédéral qu'il appartiendra de fixer le délai jusqu'auquel ces nouvelles mesures devront être introduites.

Art. 97 Compensation des risques

Dans son rapport, la commission d'experts avait déjà précisé que la compensation des risques entre les assureurs était essentiellement un problème de nature transitoire, dans la mesure où il existe aujourd'hui de grandes différences dans la structure des risques des caisses-maladie. Dans un premier temps, ces risques s'accroîtront encore avec le nouveau droit, car de nouveaux assureurs commenceront de pratiquer leur activité et ils auront probablement une structure de risques plutôt favorable. Le libre passage des assurés n'égalisera ces différences que petit à petit.

Plusieurs avis, émis dans la procédure de consultation, ont fait remarquer que, pour la raison précitée, il suffirait, dès lors, d'introduire la compensation des risques pour une période limitée. Cela nous paraît tout à fait juste, puisque la compensation des risques pourrait, en principe, permettre aussi de maintenir une structure des risques que l'on ne souhaite pas. Toutefois, le jeu de la concurrence entre assureurs obligera les assureurs ayant une mauvaise gestion à cesser leurs activités.

A cet égard, il ne faut pas confondre le concept que nous proposons avec celui d'une garantie en cas de déficit. Le jeu de la concurrence ne devra pas permettre aux assureurs de maintenir les primes à un bas niveau et de demander, à la fin de l'année comptable, que l'éventuel déficit soit compensé au nom d'une mauvaise structure de risques. Par ailleurs, les assureurs ne se verront pas non plus privés des bénéfices qu'ils auront réalisés. La compensation des risques ne se fonde pas sur le résultat des comptes, mais sur la structure de risques que l'on aura pu

constater objectivement. Pour ce faire, on comparera la structure moyenne de la population d'après l'âge et le sexe avec la structure correspondante de l'assureur. Les assureurs à structure comparativement favorable devront alors verser une contribution au fonds de compensation en faveur des assureurs à structure défavorable. En raison des importantes différences de coûts entre les cantons, cette comparaison s'effectuera pour les effectifs de chaque canton. Il appartiendra à l'institution commune de procéder concrètement à la compensation. Ce sont les assureurs eux-mêmes qui gèrent l'institution (voir art. 15, 1^{er} al.); ils pourront, dès lors, fixer aussi en commun le montant des contributions destinées à la compensation.

Etant donné, d'une part, que les différences en matière de structure des risques sont très grandes à l'heure actuelle, et que, d'autre part, s'agissant avant tout des mauvais risques, le libre passage ne permettra probablement de les compenser que très lentement, nous proposons que la compensation des risques s'étende à une durée de dix ans dès l'entrée en vigueur de la loi.

Art. 98 Subsidés fédéraux

L'article 57, 2^e alinéa, prévoit que les subsides fédéraux seront fixés par arrêté fédéral simple pour une durée de quatre ans. Pour les premières années consécutives à l'entrée en vigueur de la loi, c'est lors de la promulgation de celle-ci, soit dans les dispositions transitoires, que le montant des subsides sera fixé. Le montant concret des subsides fédéraux dépend également de l'année pour laquelle ceux-ci sont prévus, lesdits subsides devant aussi être fixés en fonction de l'évolution des coûts dans l'assurance-maladie (art. 57, 2^e al., du projet). A l'heure actuelle, la date à laquelle la présente loi entrera en vigueur n'est pas encore connue. Nos estimations quant aux coûts se rapportent à 1993, bien que nous soyons tout à fait conscients du fait que la loi n'entrera pas encore en vigueur, selon toute vraisemblance, à cette date. Nous exposerons au chiffre 41 pour quelles raisons nous avons procédé ainsi. Le montant prévu pour les subsides fédéraux prend également 1993 comme année de référence. Etant donné qu'au moment où le Parlement adoptera la loi, la date à laquelle la loi entrera en vigueur ne sera pas forcément déterminée (voir le commentaire de l'art. 99), nous proposons de fixer les subsides fédéraux en principe pour les quatre premières années consécutives à l'entrée en vigueur de la loi, mais au plus jusqu'à une année déterminée. Même si l'entrée en vigueur de la loi était retardée, il incomberait de la sorte au Parlement de fixer à nouveau le montant des subsides fédéraux à une année précisée préalablement.

S'agissant des répercussions sur le compte d'état de la Confédération, il convient de se rappeler qu'aujourd'hui l'intégralité des subsides annuels aux caisses-maladie est versée postérieurement. Ce mode de paiement, qui prend son assise dans une ordonnance, devra être maintenu dans le nouveau droit. Modifier ce système et passer au paiement des subsides dus pour une année déterminée dans la même année signifierait que, lors du passage de l'ancien au nouveau droit, il faudrait payer les montants correspondant à deux années de subsides, l'année où la loi entrera en vigueur.

Art. 99 Entrée en vigueur

Se fondant sur la disposition habituelle aux lois fédérales, le Conseil fédéral a édicté lors de l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance-accidents une ordonnance spéciale «sur la mise en vigueur et l'introduction de la loi sur l'assurance-accidents» (RS 832.201). D'importantes questions parmi celles qui y étaient réglées (admission de nouveaux assureurs lors de l'entrée en vigueur de la loi, maintien de conventions tarifaires existantes) le sont, en l'espèce, dans les dispositions transitoires. L'entrée en vigueur de la présente loi nécessitera, selon toute vraisemblance, une ordonnance spéciale. Il s'agira notamment d'y régler les divers délais de transition et d'introduction qui ne l'auraient pas encore été dans les dispositions transitoires.

Il faut s'attendre à ce que la loi ne puisse pas entrer en vigueur au 1^{er} janvier de l'année consécutive à l'échéance du délai accordé pour le référendum, voire pour un scrutin populaire. L'on devra notamment accorder suffisamment de temps aux cantons pour leur permettre de promulguer une réglementation destinée à organiser la réduction de primes. De plus, les ordonnances existant déjà en matière d'assurance-maladie, comme celles, par exemple, relatives à l'octroi d'autorisations à des assureurs, au sens de l'article 8, lettre b de la loi, devront être adaptées au nouveau droit.

4 Conséquences financières

Notre projet n'entend pas réorganiser de fond en comble l'assurance-maladie, et encore moins le domaine de la santé publique. Pour exposer les répercussions financières, on peut donc partir de la situation actuelle. Les coûts de l'assurance-maladie représentent une partie des dépenses de santé. A l'instar de la commission d'experts, nous prenons donc pour base les dépenses de santé dans leur ensemble en nous demandant d'ores et déjà comment elles évolueront au cours des prochaines années et quelle en sera la part à la charge de l'assurance-maladie. Il s'agira ensuite d'exposer les répercussions du projet, c'est-à-dire les conséquences de l'extension des prestations ainsi que les retombées futures des mesures destinées à maîtriser les coûts. La question se pose également de savoir comment se répartira le coût de l'assurance-maladie en fonction des trois sources de financement que sont les subsides des pouvoirs publics, la participation aux coûts et les primes des assurés et quels seront les changements par rapport à aujourd'hui.

41 Coûts de l'assurance des soins

Les statistiques à disposition aujourd'hui dans le domaine de la santé publique et de l'assurance-maladie constituent le point de départ. De son côté, la commission d'experts a déjà relevé le fait que ces statistiques étaient lacunaires. Une statistique officielle de la santé publique qui soit globale en est, à l'heure actuelle, au stade de l'élaboration. Depuis quelques années on publie toutefois régulièrement, à titre privé, une vue d'ensemble des coûts et du financement de la santé publique (Pierre Gygi/Heiner Henny. Le secteur sanitaire suisse; Dépenses,

structure et formation des prix dans le domaine des soins médicaux; Editions Hans Huber, Berne; 1^{re} édition 1976, 2^e édition 1977. Dès 1980, à intervalles réguliers de deux ans, ont paru des ouvrages complémentaires avec les données les plus récentes et signés, dès 1988, par Andreas Frei et Stefan Hill; nous les citerons ci-dessous sous le nom Frei/Hill). Autant que possible, l'ouvrage de Frei/Hill se fonde sur des statistiques existantes. Mais, dans certains domaines, les auteurs doivent aussi recourir à des hypothèses et à des estimations. Les chiffres les plus récents contenus dans cette vue d'ensemble datent de 1988. Pour exposer les répercussions financières de ce projet, il faut donc extrapoler d'abord les coûts de l'année 1988 à partir d'hypothèses et d'estimations en se fondant sur la réglementation en vigueur. Nous extrapolons les coûts pour l'année 1993 sur la base des hypothèses déjà admises par la commission d'experts. Bien que, selon toute vraisemblance, la loi ne doive pas entrer en vigueur en 1993, nous prenons cette année-là pour référence afin de ne pas trop nous éloigner de la base de calcul pour l'année 1988 – qui est, elle, consolidée. A l'issue des extrapolations seront analysés les effets de la révision de la loi.

411 Coûts selon la réglementation en vigueur

Selon Frei/Hill, les dépenses de santé publique s'élevaient en 1986 à 20,8 milliards de francs. Ce montant ne comprend pas les frais d'administration des assureurs. En outre, Frei/Hill ont adopté, en règle générale, des valeurs minimales dans leurs estimations. Aussi, nous partons de l'idée que les dépenses totales de santé publique, y compris les frais administratifs des assureurs, se sont élevées à 21,8 milliards de francs en 1988. Les dépenses de santé augmentent en raison du vieillissement de la population, des progrès de la médecine et de l'offre accrue de prestations médicales, non seulement du fait du renchérissement mais également en termes réels. Comme la commission d'experts, nous admettons une croissance annuelle des coûts (croissance réelle plus renchérissement) de 8,3 pour cent, ce qui donne une augmentation tournant autour de 49 pour cent d'ici à 1993. Pour cette année-là, il en résultera donc des dépenses de santé publique d'un montant de 32,4 milliards de francs.

Se fondant sur la statistique de l'Office fédéral des assurances sociales, la commission d'experts considère que les frais de soins (assurance de base et assurances complémentaires) s'élèvent, compte tenu des frais d'administration, des primes de réassurance et des réserves, à environ 9,8 milliards de francs pour 1988. Certains frais étant reportés des pouvoirs publics sur l'assurance-maladie, on a constaté ces dernières années une plus forte croissance des coûts de l'assurance-maladie dans les hôpitaux que dans le domaine de la santé publique. De plus, la densité d'assurance, en passant de 99,3 pour cent en 1988 à 100 pour cent en raison de l'introduction de l'assurance-maladie obligatoire, va entraîner une augmentation de la participation aux coûts de l'assurance-maladie. A partir de là, nous admettons pour l'assurance-maladie, à l'instar de la commission d'experts, une croissance de un pour cent supérieure à celle du domaine de la santé publique, soit 9,3 pour cent. D'ici à 1993, il en résultera une augmentation des coûts de 56 pour cent. Donc, en 1993, les dépenses totales pour l'assurance-maladie seront de 15,3 milliards de francs. Si l'on examine ce chiffre, selon la

statistique de l'Office fédéral des assurances sociales, 13 pour cent se rapportent aux prestations des assurances complémentaires. D'après cette estimation, les dépenses totales pour l'assurance de base selon la réglementation en vigueur atteindront par conséquent 13,3 milliards de francs en 1993.

412 Extension des prestations

En plus de la croissance réelle des coûts évoquée au chiffre 411 dans l'hypothèse d'un catalogue légal inchangé des prestations, l'extension des prestations que propose le projet va entraîner une augmentation supplémentaire du coût de l'assurance-maladie. La commission d'experts est partie du constat que les modifications de la loi n'auront guère d'effet sur les frais de la santé dans leur ensemble. Il en résultera, en premier lieu, un report des frais sur l'assurance-maladie. En sont des exemples typiques la durée illimitée des prestations en cas de traitement hospitalier et les prestations à allouer en cas de séjour dans des établissements médico-sociaux. D'autres extensions du catalogue de prestations pourraient également amplifier la demande elle-même. Mais on peut là aussi y opposer des économies. On citera à cet égard le domaine de la prévention ainsi que les soins à domicile.

La commission d'experts a déjà fait état des difficultés à estimer les coûts supplémentaires. Aussi, les chiffres suivants permettent-ils essentiellement de dégager des ordres de grandeur. Le plus difficile est d'estimer les augmentations de prestations qui ne seront fixées de manière concrète qu'à travers une ordonnance du Conseil fédéral. Ces augmentations de prestations (prévention, soins à domicile, traitements dentaires, moyens et appareils, frais de transport) figurent par conséquent de manière globale dans le tableau qui suit (ch. 6). Pour ces augmentations de prestations, la commission d'experts s'est en général abstenue de faire des estimations. Dans les autres cas, elle a mis l'accent sur les difficultés à y procéder en indiquant une valeur minimale et une valeur maximale. A l'appui des chiffres de la commission, nous estimons de la manière qui suit les augmentations de prestations proposées dans le projet (en millions de francs):

	Mio. fr.
1. Durée illimitée des prestations en cas de traitement hospitalier . (art. 19, let. a et e)	175
2. Suppression des réserves (art. 3 à 7)	115
3. Prestations en établissement médico-social (art. 43)	560
4. Couverture subsidiaire d'accidents (art. 1 ^{er} , 2 ^e al., et 22)	90
5. Maternité (art. 23, 2 ^e al.)	10
6. Autres extensions de prestations (voir ci-dessus)	350

En conséquence, ces augmentations de prestations devraient représenter, au total, environ 1300 millions de francs par année. Ainsi, selon la présente estimation, les

charges totales pour l'assurance-maladie obligatoire s'élèveront, en 1993, à 14,6 milliards de francs.

Les diverses augmentations de prestations appellent, en complément, le commentaire suivant:

Chiffre 1: On observera que l'assurance-maladie verse aujourd'hui déjà des prestations de durée illimitée aux patients au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité – donc à la quasi-totalité des assurés n'ayant pas encore atteint l'âge de la retraite selon l'AVS – et que de nombreuses caisses-maladie ont déjà décidé de verser, du moins dans certaines limites, des prestations après le délai minimal fixé par la loi.

Chiffre 2: Ce montant est difficile à estimer, car nous ne disposons pas d'indications sur le genre et sur le nombre des réserves d'assurance. Si l'on considère – également d'après le droit actuel – que les réserves expirent après un délai de 5 ans, il faut alors prendre garde de ne pas surestimer ces charges supplémentaires.

Chiffre 3: L'estimation repose, d'une part, sur l'offre actuelle de lits disponibles dans les établissements médico-sociaux et sur les journées d'hospitalisation qui en résultent en cas de pleine utilisation de la capacité (99%) et, d'autre part, sur une participation aux coûts par l'assurance-maladie de 40 francs par jour, ce qui, à notre avis, correspond à une estimation plutôt surfaite.

Chiffre 4: Il convient d'observer que la plupart des caisses-maladie couvrent aujourd'hui déjà les accidents à titre subsidiaire. Les coûts afférents à la couverture subsidiaire des accidents se montent à environ 5 pour cent des dépenses globales de l'assurance-maladie. Nous estimons qu'à l'heure actuelle près de 12 pour cent des assurés ne sont pas encore au bénéfice de cette couverture subsidiaire des frais d'accident.

Chiffre 5: Les augmentations de prestations pour les soins à domicile se répercuteront également en cas de maternité (soins du post-partum à domicile). S'y ajoutent les conseils en allaitement ainsi que les prestations aujourd'hui déjà largement répandues dans le domaine des examens préventifs effectués pendant la grossesse. Ces augmentations de prestations ne devraient pas occasionner des coûts supplémentaires très élevés. Est en outre supprimée, d'après le projet, l'indemnité en cas d'allaitement, ce qui représente actuellement environ 4 millions de francs.

Chiffre 6: Comme on l'a vu, les estimations ne sont pratiquement pas possibles, faute de bases nécessaires, ces prestations restant à définir en détail dans une ordonnance du Conseil fédéral.

Ce qui frappe au niveau des estimations, ce sont notamment les différences entre l'ordre de grandeur des diverses augmentations de prestations. La durée illimitée des prestations en cas de séjour à l'hôpital et les prestations en établissement médico-social représentent ensemble plus de la moitié des frais occasionnés par les extensions de prestations, ce qui montre clairement que de lourdes charges pèseront à l'avenir sur les caisses-maladie dans le domaine des soins hospitaliers aux personnes âgées. Au surplus, il s'agit de prestations qu'on ne saurait exclure aujourd'hui dans le cadre d'une assurance-maladie sociale.

413 Conséquences des mesures de maîtrise des coûts

Nous avons déjà évoqué ce qu'il fallait entendre par maîtrise des coûts. Cette notion renferme en effet les mesures qui sont proposées afin d'obtenir, en les combinant, une réduction des coûts et qui servent en particulier à définir les modalités d'application des instruments préconisés par la loi (voir ch. 22 et commentaire des différentes dispositions, notamment en matière tarifaire). La maîtrise des coûts a pour but, comme on l'a vu, de faire en sorte que les dépenses de santé publique et d'assurance-maladie augmentent dans la même proportion que les salaires tout en évitant que le fossé ne se creuse davantage au niveau de leur évolution.

L'entrée en vigueur de la loi permettra de mettre en œuvre les nouveaux instruments visant à maîtriser les coûts. Mais ils ne seront véritablement performants que dans les années qui suivront. A notre avis, il faudrait faire en sorte que la différence actuelle entre l'augmentation annuelle des coûts de l'assurance-maladie et la hausse des salaires se réduise de moitié au cours des prochaines années. Lors des dix dernières années, les salaires ont augmenté de 50 pour cent et les coûts de l'assurance-maladie d'environ 100 pour cent, soit une proportion de 1 à 2. Or, ce serait déjà beau de pouvoir ramener en peu de temps cette proportion de 1 à 1,5. Dans nos extrapolations sur l'évolution du système de réduction de primes proposé, nous partons de cette proportion (voir tableau n° 3, variante A, en annexe).

Pour ce qui est des instruments visant à maîtriser les coûts, le projet met manifestement l'accent sur la responsabilité des intéressés. L'Etat n'intervient qu'en cas d'urgence (voir art. 46 et 47). Un moyen efficace de renforcer la responsabilité est la participation aux coûts (voir à ce propos le ch. 422). Le projet offre maintes possibilités de prendre davantage en compte le principe de la maîtrise des coûts, notamment aux assureurs lorsqu'ils conviennent des tarifs avec les fournisseurs de prestations ou encore pour proposer des formes d'assurance particulières. Le libre passage intégral des assurés doit inciter les assureurs à exploiter véritablement tous les instruments proposés. La concurrence entre assureurs est le vrai garant d'un système d'assurance caractérisé par un grand nombre d'organismes assureurs autonomes. Si les assureurs n'assumaient pas leur responsabilité en ce qui concerne la maîtrise des coûts, on serait peut-être amené à se demander davantage si un système d'assurance-maladie plus centralisé ne permettrait finalement pas de mieux contenir l'évolution des coûts.

42 Financement de l'assurance des soins

421 Conséquences financières pour la Confédération et les cantons

Les subsides que la Confédération alloue à l'assurance-maladie ne sont pas déterminés comme étant des dépenses au sens de la loi, mais ils doivent être fixés périodiquement par le Parlement par simple arrêté fédéral. Quant aux contributions minimales que les cantons sont tenus de verser à l'assurance-maladie, elles dépendent du montant des subsides fédéraux. Pour les quatre premières années

suivant l'entrée en vigueur de la loi, les subsides fédéraux s'élèveront à 2 milliards de francs, ceux des cantons à un milliard. Selon le projet, les subsides des pouvoirs publics couvriront ainsi, en 1993, 20,5 pour cent des charges de l'assurance-maladie obligatoire. Comparativement, les pouvoirs publics ont, en 1988, alloué aux caisses-maladie, en contre-partie de leurs charges, des subsides pour un montant de 1,5 milliard de francs ou 17,6 pour cent au titre de l'assurance des soins. Selon le droit en vigueur, cette participation va diminuer d'ici à 1993 en dépit de l'augmentation – décidée en 1990 – des subsides fédéraux à 1,3 milliard de francs (voir ch. 132) et d'une augmentation éventuelle de ceux des cantons, étant donné que la hausse des coûts sera vraisemblablement supérieure à la majoration des subsides alloués par les pouvoirs publics. Selon le droit en vigueur, nous estimons à 1,9 milliard de francs en gros les subsides qui seront versés par la Confédération, les cantons et les communes en 1993, leur part au financement de l'assurance des soins représentant ainsi 14,3 pour cent environ. Compte tenu de la hausse susmentionnée de leurs subsides à 20,5 pour cent, les pouvoirs publics augmenteraient ainsi sensiblement leurs prestations à l'assurance des soins en cas de réalisation du projet. Toutefois, les subsides en vertu du régime proposé augmentent dans une moindre mesure que selon l'une ou l'autre des deux initiatives populaires en suspens (voir ch. 131). En effet, les seuls subsides fédéraux atteindraient, selon l'initiative des caisses-maladie, un montant d'environ 2,8 milliards de francs pour 1993. Pour la même année, les subsides des pouvoirs publics, dus en vertu de l'initiative «pour une saine assurance-maladie», s'élèveraient à environ 3,65 milliards de francs; leur répartition entre la Confédération et les cantons devrait cependant encore être réglée par loi.

Il incombera au Parlement de décider de l'évolution des subsides fédéraux. La loi prévoit, dans ce contexte, que les subsides des pouvoirs publics seront fixés compte tenu de l'évolution des coûts de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. Pour le cas où les subventions seraient constantes pendant un certain temps ou n'augmenteraient que faiblement par rapport à l'évolution générale des coûts, le poids résultant du financement de l'assurance-maladie frapperait à nouveau l'assuré en tant que payeur de primes. Il est évident que les problèmes d'ordre social liés à une telle conséquence seraient énormes, dans un système qui ne tiendrait pas compte de la situation financière des assurés.

422 Participation aux coûts

En 1988, année prise comme référence pour nos calculs, les recettes des caisses-maladie provenant de la participation aux coûts s'élevaient à 757 millions de francs. La participation aux coûts couvrait ainsi 8,9 pour cent des dépenses pour l'assurance de base des soins. L'estimation du produit en vertu du nouveau droit part de l'hypothèse que la majoration – décidée par le Conseil fédéral au 1^{er} janvier 1991 – du forfait annuel à 150 francs et du montant-limite de la participation aux coûts à 750 francs par année demeure inchangée. Les caisses-maladie veilleront à ce que ces montants majorés prennent effet au 1^{er} janvier 1992 au plus tard. Le produit supplémentaire qui en résultera pour les caisses-maladie n'est donc pas encore déterminé. En 1993, le produit de la participation aux coûts devrait cependant atteindre 10,8 pour cent. Selon la réglementation en

vigueur, il s'ensuivrait des recettes provenant de la participation aux coûts pour un montant de 1,43 milliard de francs.

Le projet prévoit d'étendre la participation aux coûts au traitement hospitalier et d'introduire en plus une participation aux frais de séjour à l'hôpital. Le revenu supplémentaire résultant de ces innovations devrait avoisiner, en 1993, les 770 millions de francs. Ainsi, selon nos estimations, le produit résultant de la participation aux coûts atteindra 2,2 milliards de francs en 1993, soit environ 15,1 pour cent des dépenses totales pour l'assurance obligatoire des soins.

423 Primes des assurés

423.1 En général

Selon le présent projet, les primes des assurés restent la principale source de revenu des assureurs. Sur les 14,6 milliards de francs de dépenses totales, 3 milliards seront couverts, comme nous l'avons vu, par des subsides des pouvoirs publics et environ 2,2 milliards par des participations aux coûts, les 9,4 milliards restants étant à charge des assurés. En 1988, les assurés ont dû verser 5,9 milliards de francs au titre de l'assurance de base des soins. Compte tenu de la hausse des coûts de l'assurance-maladie, de la majoration, dès 1990, des subsides fédéraux et de ceux des cantons éventuellement, ainsi que de l'augmentation de la participation aux coûts intervenue entre-temps, les assurés devront, selon le droit actuel, c'est-à-dire sans les améliorations des prestations prévues par le projet, verser d'après nos estimations quelque 10 milliards de francs en 1993 sous forme de primes pour l'assurance de base des soins. Grâce à notre projet, la part dont les assurés devront s'acquitter sous forme de primes va donc diminuer.

Notre proposition de ne plus utiliser les subsides des pouvoirs publics pour une réduction générale, donc inadéquate, des primes mais en faveur de réductions individuelles de primes, entraînera dans un premier temps une hausse générale de ces dernières. A quoi s'ajoutent les augmentations dues aux améliorations des prestations. Les charges que les assureurs auront à couvrir en 1993 par des primes avant de tenir compte de la réduction individuelle des primes, s'élèvent à 12,4 milliards de francs (dépenses totales de 14,6 mia. de fr. moins la participation aux frais de 2,2 mia. de fr.). Il en résulte, en moyenne nationale, une prime annuelle de 2157 francs pour les adultes et de 802 francs pour les enfants. En réalité, la prime sera toutefois différente d'une région à l'autre et selon les assureurs. Pour les assurés, les nouveaux principes pour fixer les primes (voir ch. 241 et art. 53 s.) auront des répercussions importantes. Pour certains d'entre eux, ils se traduiront par des réductions et pour d'autres par des augmentations de primes par rapport au droit actuel. Seront favorisées les personnes qui sont le plus durement touchées par les inconvénients du droit en vigueur. Il s'agit avant tout de personnes âgées qui ont été reclassées dans des catégories supérieures selon l'âge d'entrée lors de la dissolution de caisses-maladie, ou encore d'assurés affiliés à des caisses-maladie qui comptent actuellement un effectif important de personnes âgées. A elle seule, la suppression des primes selon l'âge d'entrée peut, chez les hommes, aller jusqu'à entraîner des réductions de primes de 38 pour cent. De par l'introduction de l'égalité des primes entre hommes et femmes, les réductions

pour ces dernières seront encore plus marquées, pouvant atteindre 43 pour cent dans la catégorie d'âge d'entrée la plus élevée. D'autre part, les assurés qui paient aujourd'hui des primes relativement avantageuses doivent s'attendre à voir leurs primes augmenter. Seront particulièrement touchés les assurés au bénéfice de contrats collectifs ainsi que les personnes affiliées à des caisses-maladie qui exercent leur activité depuis quelques années seulement et dont la structure des risques est par conséquent favorable.

Les répercussions sur les assurés sont donc assez différentes. Le fait qu'un homme de moins de 30 ans entrant dans une caisse-maladie dont les critères d'âge, de sexe et de répartition régionale correspondent aujourd'hui à la moyenne de la population résidente doit s'attendre – sans la réduction individuelle des primes – à une augmentation de 24 pour cent de ses primes, contre 13 pour cent pour une femme, n'a par conséquent pas grande signification. Ce qui importe pour un assuré, c'est de savoir à quelle catégorie d'âge d'entrée il appartient actuellement, si la structure des risques de sa caisse-maladie est plutôt favorable ou non, et à combien s'élève son revenu imposable.

423.2 Réduction individuelle des primes

C'est aux cantons qu'il incombera de procéder à la réduction individuelle des primes. La Confédération leur accordera des subsides qu'ils devront compléter (voir art. 57 et 58). Il appartiendra donc aux cantons de décider à partir de quel montant-limite défini en pour-cent du revenu imposable les primes seront réduites. Ce pourcentage ne sera par définition pas identique partout; il dépendra de la répartition du revenu et du montant des primes d'assurance dans le canton concerné. De plus, le montant à disposition dans un canton pour les réductions de primes n'est pas fixé de manière définitive par la loi fédérale. Il est loisible aux cantons d'utiliser davantage de moyens que ne leur impose la Confédération pour réduire individuellement les primes.

Pour exposer les répercussions d'une réduction individuelle des primes, nous nous bornons à recourir aux moyennes nationales, bien qu'il subsiste, comme on vient de le voir, des différences entre cantons et que les effets concrets pour l'assuré dépendent du montant de sa prime actuelle. Notre estimation se fonde sur les moyennes nationales de la répartition des revenus selon la statistique de l'impôt fédéral direct, faisant ainsi abstraction des différences qui existent d'un canton à l'autre en la matière. Ces estimations nous amènent à constater que les cantons peuvent fixer à 8 pour cent du revenu imposable le montant-limite à partir duquel les primes sont réduites. En vertu de quoi aucun ménage n'aurait à consacrer plus de 8 pour cent de son revenu imposable au paiement des primes de l'assurance obligatoire des soins. Si le montant des primes excède ce pourcentage, la différence sera alors restituée sous forme de subsides des pouvoirs publics.

S'agissant des répercussions qu'aura cette réduction de primes sur certains ménages de taille et de revenu différents, nous renvoyons au tableau 4 en annexe. Celui-ci montre par exemple que, pour une famille ayant 2 enfants et un revenu imposable de 60 000 francs (type 4 B), les primes commenceront certes par augmenter pour les raisons invoquées (de 4808 à 5938 fr.) mais qu'elles diminue-

ront ensuite, grâce aux subsides des pouvoirs publics, jusqu'à concurrence du montant fixé par le droit actuel. Si ce même ménage atteste d'un revenu imposable de 50 000 francs (type 4 A), la charge due aux primes s'allégera même de 17 pour cent. De ce tableau il ressort clairement que la réduction des primes dépend largement de la taille du ménage et du revenu. Dans le cas d'une personne seule, la charge des primes s'alourdit, par rapport au droit actuel, à partir du moment où son revenu imposable dépasse 22 900 francs (type 1 B). Dans une famille de quatre enfants, les primes n'augmenteront toutefois qu'en cas de revenu imposable supérieur à 74 500 francs (type 5 B). Ces exemples permettent de constater ceci: à part la situation financière de l'assuré, c'est avant tout le nombre des personnes faisant partie du ménage de l'assuré et dont celui-ci a la charge qui est déterminant. Les familles de plusieurs enfants bénéficieront donc bien davantage que les personnes vivant seules des subsides destinés à réduire les primes. Ainsi, le projet tient également compte des exigences relevant de la politique familiale.

Ce qui nous paraît aussi important, c'est le fait que, d'un côté, une bonne moitié des ménages profiteront d'une réduction des primes dès que celles-ci atteindront 8 pour cent du revenu imposable (voir tableau 2 en annexe), mais que, d'un autre côté, dans bien des cas cette réduction ne servira qu'à compenser, totalement ou partiellement, la suppression des subventions générales allouées actuellement aux caisses-maladie.

Si, à l'avenir, les primes de l'assurance des soins devaient augmenter plus rapidement que les salaires, il s'agira ou bien de majorer les subsides des pouvoirs publics aux fins de la réduction individuelle des primes, ou bien de relever graduellement le pourcentage du revenu imposable. Les répercussions en sont exposées au tableau 3 en annexe, à la lumière de divers cas de figure. Nous renvoyons en particulier au cas de figure A, inspiré de notre proposition pour fixer le montant des subventions au cours des quatre premières années et sous-tendu par notre but visant à maîtriser les coûts, à savoir ramener le rapport entre l'évolution des salaires et celle des coûts de 1 à 2 actuellement, à 1 à 1,5 (voir ch. 413). Ce faisant, la limite du revenu pour bénéficier de réductions individuelles de primes passerait, en quatre ans, de 8 pour cent à 10 pour cent.

43 Coût et financement de l'assurance d'indemnités journalières

Dans le domaine de l'assurance d'indemnités journalières, le présent projet s'en tient au système actuel d'une assurance facultative. Les coûts seront couverts uniquement par les primes. L'assuré pourra en principe continuer à choisir lui-même le montant des indemnités journalières. Pour cela, il devra aussi s'acquitter lui-même de la prime correspondante. La prime mensuelle par franc d'indemnités journalières contre versement de la prestation dès le 1^{er} jour d'incapacité de travail se situe en moyenne entre 1 franc et 1 fr. 20. Ces tarifs sont dans l'ensemble demeurés stables au cours des dernières années. Pendant ce temps la morbidité n'a donc pas beaucoup évolué au niveau de l'assurance d'indemnités journalières. Cela devrait aussi être le cas au cours des prochaines années.

Aujourd'hui, la Confédération alloue une subvention de 50 francs par cas de maternité, dans le cadre de l'assurance d'une indemnité journalière. Cette subvention sera désormais supprimée. En 1990, le montant correspondant à celle-ci atteignait environ 2 millions de francs. A relever que le subside précité est quasiment sans effet sur le montant de la prime due au titre de l'assurance d'une indemnité journalière.

5 Conséquences de la révision sur les effectifs du personnel et sur l'organisation de la Confédération et des cantons

51 Effets pour la Confédération

Sous le nouveau régime, la Confédération devra également surveiller l'activité des assureurs, l'Office fédéral des assurances sociales étant compétent pour la surveillance des caisses-maladie et pour celle de l'exécution de l'assurance. Quant à la surveillance des organismes d'assurance privés en tant que tels, elle reste dans les mains de l'Office fédéral des assurances privés. La surveillance exercée par la Confédération consiste d'abord à édicter des dispositions d'exécution de la loi, puis à appliquer des mesures de surveillance aux assureurs dans chaque cas particulier (examen de la sécurité financière sur la base des comptes annuels, approbation des primes). Les tâches des autorités fédérales en cas de litiges entre assureurs et assurés demeurent inchangées (procédures de consultation, éventuellement recours au Tribunal fédéral des assurances), de même qu'il leur incombe de fournir des renseignements juridiques. Elles n'auront toutefois plus besoin d'approuver les statuts et les règlements de prestations des assureurs. En revanche, les tâches dans le domaine des tarifs, des prestations et des statistiques seront accrues. Pour autant que les nouveaux instruments destinés à maîtriser les coûts soient utilisés de manière conséquente, les autorités fédérales verront leurs tâches s'accroître également dans les domaines de compétence des assureurs, des fournisseurs de prestations ou des cantons. Il suffit de songer à cet égard aux tâches en relation avec des recours au Conseil fédéral et au nouvel instrument servant à garantir la qualité. Le volume de travail sera important surtout lors de la période transitoire et au cours d'une phase d'introduction prolongée. Pour les premières années qui suivent l'entrée en vigueur de la loi, nous escomptons un effectif supplémentaire de trois personnes.

52 Effets pour les cantons

Les cantons auront à assumer des tâches d'exécution surtout lors du contrôle de l'obligation de s'assurer (art. 6), de l'exécution des réductions de primes (art. 58), dans le domaine des hôpitaux et des établissements médico-sociaux (art. 33) et du droit tarifaire (art. 37 s.). Il s'agit en partie de tâches qui ne sont pas nouvelles (p. ex. l'approbation des conventions tarifaires), en partie de tâches que les cantons assument aujourd'hui en vertu de leurs compétences propres dans le domaine de la santé publique, notamment dans le secteur hospitalier. De nombreux cantons connaissent actuellement des obligations d'assurance sur le plan cantonal ou communal ainsi que des réglementations concernant les subsides

alloués aux caisses-maladie et aux assurés. Il existe donc déjà dans certains cantons des services administratifs qui assument de telles tâches. D'une enquête réalisée, en rapport avec les travaux de la commission d'experts, auprès des cantons de Fribourg, du Tessin et de Neuchâtel, lesquels connaissent une obligation d'assurance pour l'ensemble de la population ainsi que des subventions cantonales pour la réduction des primes, il ressort que les besoins en personnel pour s'acquitter de ces tâches étaient relativement réduits (3 à 8 personnes). Toutefois, il n'a pas été tenu compte à cette occasion de la participation d'autres services administratifs (p. ex. l'intendance des impôts) ou des communes.

Les dispositions cantonales sur l'assurance-maladie obligatoire seront abrogées de par l'entrée en vigueur de cette loi. Mais cela ne sera pas forcément le cas pour les réglementations cantonales concernant l'octroi de subsides à l'assurance-maladie. Les cantons sont simplement tenus d'introduire les réductions individuelles de primes prévues par la loi et de mettre en œuvre les moyens prévus à cet effet par le droit fédéral.

6 Programme de la législation

Dans le rapport sur le programme de la législation 1987-1991, nous avons annoncé un projet de révision de l'assurance-maladie pour la deuxième moitié de la législation (FF 1988 I 353 ch. 2.31 et 2.32).

7 Relation avec le droit européen

71 Prescriptions de la Communauté européenne (CE)

Même si les buts économiques dominent aujourd'hui encore l'effort d'intégration de la Communauté, la dimension sociale de cette dernière n'est pas à négliger. En effet, en assurant aux travailleurs migrants et aux indépendants le traitement national dans le pays d'accueil, ainsi que la totalisation des périodes et le paiement de prestations sur tout le territoire de la Communauté (art. 51 du Traité CEE, règlements 1408/71 et 574/72), la Communauté forme déjà, à bien des égards, un espace social européen.

Les règlements 1408/71 et 574/72 – adoptés sur la base de l'article 51 du Traité de Rome – ne créent pas de régime commun de sécurité sociale, ni d'harmonisation des règles – souvent très dissemblables – des divers Etats membres. Leur but est la coordination, c'est-à-dire la mise en place des mesures nécessaires pour que les différences existant entre les divers régimes nationaux de sécurité sociale ne constituent pas d'obstacles à la liberté de circulation des travailleurs. Les droits de ces derniers ne devraient en effet pas être réduits par le déplacement des intéressés d'un Etat membre à un autre. Ainsi, la Communauté – tout en conservant les particularités des régimes nationaux – a mis l'accent sur une coordination aussi poussée que possible de ces différents régimes. Les règlements 1408/71 et 574/72 sur lesquels repose la coordination des régimes de sécurité sociale – comme tout règlement communautaire – priment le droit national et sont directement applicables. Ces deux règlements sont fondés sur les mêmes principes que ceux contenus dans les conventions bilatérales conclues par la

Suisse en matière de sécurité sociale (égalité de traitement des travailleurs migrants avec les nationaux, maintien des droits acquis, versements des prestations au moins dans le pays dont l'ayant droit a la nationalité). En conclusion, l'objectif fondamental qui sous-tend l'action communautaire dans le domaine de la sécurité sociale est de favoriser la libre circulation des travailleurs salariés et des indépendants au sein de la Communauté.

Une véritable harmonisation des systèmes de sécurité sociale n'est guère probable ces prochaines années. Du reste, abstraction faite des disparités entre les capacités financières des Etats membres, une telle intégration ne semble pour le moment pas nécessaire à la réalisation du marché intérieur prévue pour 1992. Une telle nécessité pourrait apparaître si la différence entre les charges sociales était soudainement ressentie comme une entrave à la libre concurrence entre les entreprises des Etats membres («social dumping»).

Une autre question, aujourd'hui encore en suspens, est celle de savoir si les Etats membres de la Communauté vont à l'avenir harmoniser leurs régimes d'assurances sociales. On peut, d'ores et déjà, constater les premières ébauches, encore modestes, de normes minimales. Nous pensons ici en particulier aux Directives 79/7 (Directive du Conseil du 19 décembre 1978 relative à la mise en œuvre progressive du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière de sécurité sociale; JO N° L 6/24) et 86/378 (Directive du Conseil du 24 juillet 1986 sur la mise en œuvre de l'égalité de traitement entre hommes et femmes dans les régimes professionnels de sécurité sociale; JO N° L 225/40). Lesdites directives interdisent toute discrimination directe ou indirecte fondée sur le sexe.

72 Prescriptions du Conseil de l'Europe

En comparaison avec la CE, le concept d'intégration n'est pas très développé au sein du Conseil de l'Europe. La collaboration internationale s'y exerce plutôt dans le cadre d'une organisation internationale «traditionnelle». Par conséquent l'accent est mis, d'une part, sur la promotion du progrès social (par l'établissement de normes minimales ou de recommandations visant à réaliser la justice sociale) et, d'autre part, sur la garantie de la libre circulation entre Etats-membres fondée sur le droit social.

La «Charte sociale européenne du 18 octobre 1961», laquelle traite à son article 11 du droit à la santé et à son article 12 du droit à la sécurité sociale, sert avant tout à promouvoir le progrès social. Par ces deux dispositions, les Etats contractants sont tenus entre autres d'instituer des mesures pour prévenir au mieux les maladies, de garder à un niveau satisfaisant leur système de sécurité sociale et de s'efforcer à le porter ensuite successivement à un niveau supérieur.

Quant au «Code européen de sécurité sociale du 16 avril 1964», son but est d'établir des prescriptions minimales et de créer ainsi une réglementation-cadre des systèmes d'assurance sociale des Etats membres. La législation suisse sur l'AVS/AI, sur les accidents de travail et les maladies professionnelles satisfait aux exigences de cette réglementation. En conséquence, la Suisse a été en mesure de ratifier le 16 septembre 1977 cet instrument pour les domaines des prestations

cités (RO 1978 1491). En raison des caractéristiques suivantes du système suisse, les domaines des soins médico-pharmaceutiques et de l'indemnité journalière n'ont pas pu être ratifiés, pas plus à l'époque qu'aujourd'hui: limitation des prestations aux malades en cas de séjour à l'hôpital durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours consécutifs (la réglementation admet une limite à 26 semaines, mais il faut repartir à zéro après chaque cas de maladie); pas d'obligation à prestation de la part de l'employeur; calcul de l'indemnité journalière selon le contrat conclu avec le preneur d'assurance (et non pas sur la base du gain du bénéficiaire des prestations ou de la personne ayant droit à une prestation d'entretien pour celui-ci).

A part l'instrument mentionné, d'autres prescriptions minimales concernant des domaines particuliers figurent dans des résolutions ou recommandations du Comité des ministres. Sont d'un intérêt particulier pour le domaine de l'assurance-maladie ou dans le contexte de ce projet:

- Résolution (70) 6 sur la réduction des coûts des soins médicaux;
- Résolution (70) 16 sur la protection sociale et médico-sociale de l'âge;
- Résolution (75) 28 sur la sécurité sociale de la femme au foyer;
- Recommandation N° R (86) 5 sur l'introduction générale des soins médicaux.

73 Compatibilité du projet avec le droit européen

La révision de l'assurance-maladie proposée s'inscrit dans la ligne des prescriptions de la CE, des résolutions ou des recommandations du Conseil de l'Europe mentionnées aux chiffres 71 et 72. Néanmoins, une ratification des domaines «Traitement médical» et «Indemnité journalière» (parties II et III) de la réglementation européenne sur la sécurité sociale ne serait toujours pas possible.

8 Bases juridiques

81 Constitutionnalité

Le projet se fonde sur l'article 34^{bis} de la constitution. Aux termes de celui-ci, la Confédération introduira, par voie législative, l'assurance en cas d'accident et de maladie, en tenant compte des caisses de secours existantes. L'article constitutionnel prévoit, en outre, expressément que la Confédération peut déclarer obligatoire la participation à ces assurances. En revanche, la constitution ne contient pas de dispositions détaillées sur la structure des assurances, laissant pratiquement toute liberté à l'aménagement de l'assurance en cas de maladie et d'accidents.

82 Délégation du droit de légiférer

En vertu de l'article 87, le Conseil fédéral est chargé de l'exécution de la loi sur l'assurance-maladie et il édicte, à cet effet, les dispositions nécessaires. Il est notamment autorisé à édicter des dispositions portant sur les domaines suivants:

Exceptions à l'obligation de s'assurer (art. 3, 2° al.); extension de l'obligation de s'assurer (art. 3, 3° al.); réglementation spéciale du début de l'assurance (art. 5,

1^{er} al.); taux indicatifs concernant le paiement du supplément de prime en cas d'affiliation tardive (art. 5, 2^e al.); limites maximales des indemnités versées par les caisses-maladie en cas de décès ou d'invalidité (art. 9, 2^e al., let. c); nombre minimum d'assurés pour autoriser les caisses-maladie à pratiquer la réassurance (art. 9, 4^e al.); part minimale des prestations devant être prises en charge par les assureurs en cas de conclusion d'un contrat de réassurance (art. 11, 3^e al.); gestion de l'institution commune (art. 15, 1^{er} al.); attribution d'autres tâches à l'institution commune (art. 15, 3^e al.); pratique uniforme de l'assurance-maladie sociale (art. 16, 1^{er} al.); frais d'administration des assureurs (art. 17, 2^e al.); statistiques (art. 18); analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un chiropraticien (art. 19, 2^e al., let. b); désignation des prestations dont les coûts doivent être pris en charge (art. 27); prise en charge des coûts de prestations fournies à l'étranger (art. 28, 2^e al.); conditions d'autorisation des fournisseurs de prestations (art. 30 à 32 et 34); prise en charge des coûts en cas de séjour dans un hôpital qui se trouve hors du canton où réside l'assuré (art. 35, 3^e al.); principes concernant les tarifs et coordination avec les régimes tarifaires des autres assurances sociales (art. 37, 6^e al.); garantie du traitement et de la protection tarifaire (art. 38, 3^e al.); structure tarifaire sur le plan suisse (art. 40, 4^e al.); traitement partiel dans un hôpital (art. 42, 5^e al.); calcul des coûts et classement des prestations par les hôpitaux (art. 42, 6^e al.); analyses effectuées au cabinet du médecin (art. 44, 2^e al.); budgétisation globale (art. 46); limitation de l'autorisation des fournisseurs de prestations (art. 47); tâches, statut et formation continue des médecins-conseils (art. 49); garantie de la qualité (art. 50); présentation des comptes et sécurité financière des assureurs (art. 52, 4^e al.); formes particulières d'assurance (art. 54); limites maximales de l'indemnisation des partenaires sociaux ou des autorités d'assistance qui se chargent de tâches relatives à l'exécution de l'assurance-maladie sociale (art. 55); franchise annuelle et montant maximal par année de la quote-part (art. 56, 3^e al.); contribution aux coûts de la pension en cas d'hospitalisation (art. 56, 5^e al.); augmentation, réduction ou suppression de la participation aux coûts (art. 56, 6^e al.); répartition entre les cantons des subsides de la Confédération destinés à réduire les primes (art. 57, 3^e al.); fixation de la contribution minimale des cantons destinée à augmenter le volume des subsides fédéraux (art. 57, 4^e al.); obligation des autorités fiscales de fournir les renseignements nécessaires (art. 58, 5^e al.); réduction et échelonnements des primes de l'assurance facultative d'indemnités journalières (art. 68, 4^e al.); fixation de primes différentes dans l'assurance individuelle et collective d'indemnités journalières (art. 69, deuxième phrase); coordination des prestations et surindemnisation (art. 70); exercice du droit de subrogation (art. 71, 3^e al.); consultation du dossier (art. 73); exceptions à l'obligation de garder le secret (art. 75, deuxième phrase); déduction des frais de soins pour la fixation du revenu imputable (art. 3, al. 4^{bis}, LPC); augmentation unique des limites de revenu en compensation de la suppression des déductions pour primes de caisses-maladie (1^{er} al. de la disposition transitoire de la LPC); adaptation de dispositions cantonales (art. 89); répartition de la fortune que les caisses possédaient jusqu'alors entre les assurances qui continuent d'être pratiquées d'après le nouveau droit (art. 90, 3^e al.); délai d'adaptation des conventions, tarifaires (art. 96, 3^e al.); délai dans lequel les hôpitaux et les établissements médico-sociaux doivent satisfaire aux exigences de l'article 42, 6^e et 7^e alinéas

(art. 96, 3^e al.); fixation de la date de l'entrée en vigueur de la LAMal (art. 99, 2^e al.).

Des compétences législatives ont été directement déléguées au département (DFI) dans les domaines suivants: émoluments perçus par les assureurs pour les consultations qui nécessitent des recherches coûteuses (art. 13, 2^e al.); élaboration de la liste des analyses, de la liste des médicaments avec tarif ainsi que de dispositions sur l'étendue de la prise en charge de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques (art. 44, 1^{er} al., let. a).

L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) dispose de la compétence d'établir la liste des spécialités (liste des préparations pharmaceutiques et des médicaments confectionnés, avec prix) (art. 44, 1^{er} al., let. b).

Vue d'ensemble des mesures visant à maîtriser les coûts

Liste des tableaux

- 1 Comparaison entre le droit en vigueur et le message
- 2 Subventions pour la réduction individuelle de prime (1993)
- 3 Estimation concernant l'augmentation des subventions pour la réduction individuelle de prime pendant une période de 4, respectivement de 10 ans
- 4 Charge pesant sur divers types de ménages (1993)
- 5 Evolution des coûts des soins médicaux et pharmaceutiques des caisses-maladie depuis 1966
 - 5.1 comparés aux prix à la consommation, aux salaires et aux traitements
 - 5.2 par assuré (en francs et en pour-cent)
 - 5.3 par assuré (indexé; indice 1966 = 100)
 - 5.4 Fortune effective des caisses-maladie depuis 1966

Liste des graphiques

- 1 Evolution des coûts des soins médicaux et pharmaceutiques, des salaires et des prix
- 2 Coûts des soins par assuré en 1990, d'après l'âge et le sexe
- 3 Coûts des soins par assuré en 1990, d'après l'âge

Mesures visant à maîtriser les coûts

Type de mesure	Droit en vigueur (LAMA et ordonnances)	Projet de la commission d'experts	Projet de message (en complément au projet de la commission d'experts)	Mesures dont l'examen ne sera pas poursuivi
1 Réduction de la demande				
11 Assurance des gros risques		(Formellement rejetée par la commission)		Assurance des gros risques
12 Participation obligatoire aux frais	Franchise annuelle: 150 fr. Quote-part: 10% Maximum: 750 fr. par année (art. 14 ^{bis} , Ord. V, art. 24 s.)	Franchise annuelle: ordonnance Quote-part: 15%, maximum: ordonnance (art. 49)	Quote-part: 10%, maximum: ordonnance (art. 56)	Augmentation sensible de la franchise annuelle par rapport à aujourd'hui
13 Choix de la participation aux coûts	Franchise annuelle: 350 fr./600 fr./1200 fr. Quote-part: 10% Maxima: 1750 fr./3000 fr./6000 fr. (art. 14 ^{bis} , Ord. V, art. 26 ^{ter} s.)	(Formellement rejetée par la commission)	Possibilité de choisir une franchise annuelle (art. 54, 2 ^e al.)	
14 Assurance avec bonus	Réduction graduelle de la prime de 15, 25, 35 et 45% au maximum dans les années sans presta-	(Formellement rejetée par la commission)	Possibilité d'une assurance avec bonus maintenue (art. 54, 2 ^e al.)	

Type de mesure	Droit en vigueur (LAMA et ordonnances)	Projet de la commission d'experts	Projet de message (en complément au projet de la commission d'experts)	Mesures dont l'examen ne sera pas poursuivi
15 Pas de remboursement intégral des prestations dans certains cas	tions; réaumentation en cas de reprise des prestations. Application à titre d'essai de 1991 à 1995 (Ord. V, art. 23 ^{ter} à 23 ^{quinquies} , DFI-Ord. 13)	Contribution journalière minimale de 9 fr. (ou 6 fr.) aux frais de soins hospitaliers (art. 12, 2 ^e al., ch. 2; Ord. III, art. 24) Obligation de rembourser les prestations en cas de séjour à l'hôpital limitée à 720 jours dans une période de 900 jours consécutifs (art. 12, 4 ^e al.) Contribution journalière de 10 fr. aux frais de cure balnéaire (art. 12, 2 ^e al., ch. 3; Ord. III, art. 25)	Contribution aux frais de cure balnéaire au sens de l'ordonnance (art. 14, 2 ^e al., let. c; 4 ^e al., let. b)	

Montant maximal prévu
pour les frais de transport
ainsi que les frais de
sauvetage au sens de
l'ordonnance
(art. 14, 2^e al., let. f;
4^e al., let. b)

Limitation par ordon-
nance de la prise en
charge des coûts relatifs
aux mesures de préven-
tion
(art. 15, 2^e phrase)

Prise en charge limitée
des coûts en cas de séjour
dans un établissement
médico-social
(art. 34, 1^{er} phrase)

Prise en charge des coûts
limitée au tarif applicable
au lieu de résidence (ou
de travail) de l'assuré ou
dans les environs, si celui-
ci, sans raisons valables,
recourt à un autre four-
nisseur de prestations
d'ailleurs
(art. 28, 1^{er} al., 2^e et
3^e phrases)

Lorsque le séjour à
l'hôpital n'est plus
indiqué médicale-
ment, la rémunéra-
tion est calculée
selon le tarif appli-
cable aux établisse-
ments médico-
sociaux
(art. 42, 3^e al.)

Type de mesure	Droit en vigueur (LAMA et ordonnances)	Projet de la commission d'experts	Projet de message (en complément au projet de la commission d'experts)	Mesures dont l'examen ne sera pas poursuivi
2 Réduction de l'offre				
21 Budgétisation globale		Possibilité d'établir un budget global valable pour les hôpitaux et les établissements médico- sociaux (art. 38)	Possibilité d'une budgétisation globale, dans le secteur ambulatoire également, en cas de hausse excessive des coûts (art. 46)	
22 Couverture limitée des frais		Dans les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics, l'AM prend en charge 50% au maximum des frais d'ex- ploitation imputables au traitement hospitalier du patient (art. 33, 1 ^{er} et 2 ^e al.)		
23 Montants fixes pour presta- tions indivi- duelles		L'OFAS arrête des mon- tants fixes pour la rému- nération des appareils diagnostiques et thérapeu- tiques (art. 39, 1 ^{er} al., let. c)		Possibilité d'intro- duire des prix fixes pour les médica- ments en cas de hausse excessive des coûts

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <p>24 Offre d'assurances alternatives avec choix réduit des fournisseurs de prestations</p> | <p>Les assurés limitent leur liberté de choix aux fournisseurs de prestations avec lesquels les caisses ont passé des conventions spéciales sur le remboursement des coûts, afin de garantir des prestations plus avantageuses (avec, en contrepartie, une réduction de primes pour les assurés)
Application à titre d'essai de 1991 à 1995.
(Ord. V, art. 23 à 23^{bis})</p> | <p>Même principe que pour l'essai selon le droit en vigueur
(art. 28, 4^e al.; 31, 6^e al.; 32, 6^e al.; 48, 1^{er} et 3^e al.)</p> | |
| <p>25 Restriction de l'autorisation délivrée aux fournisseurs de prestations/compétence en matière de planification</p> | <p>Année de carence des médecins avant d'être autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie
(art. 16, 1^{er} al., 2^e phrase)</p> | <p>Pour être autorisés à pratiquer, les médecins doivent avoir suivi une formation postgraduée reconnue (art. 23, 1^{er} al.)
Propharmacie limitée des médecins
(art. 24, 3^e al.)
Seuls les hôpitaux, les institutions prodiguant des soins semi-hospitaliers et les établissements</p> | <p>Possibilité de limiter l'autorisation de pratiquer aux frais de l'assurance obligatoire des soins, en cas de hausse excessive des coûts (clause du besoin)
(art. 47)</p> |

Type de mesure	Droit en vigueur (LAMA et ordonnances)	Projet de la commission d'experts	Projet de message (en complément au projet de la commission d'experts)	Mesures dont l'examen ne sera pas poursuivi
		médico-sociaux qui correspondent à la planification établie sont autorisés à pratiquer à la charge de l'AM (art. 26, 1 ^{er} al., let. d et 2 ^e al.)		
26 Contrôle du caractère économique et de la qualité des prestations	Engagement de médecins-conseils (art. 18) Obligation de renseigner des fournisseurs de prestations (art. 22 ^{bis} , 7 ^e al., 2 ^e et 3 ^e phrases; art. 22 ^{quater} , 6 ^e al., 1 ^{re} phrase) Principe d'économie (art. 23)	Renforcement du rôle des médecins-conseils (art. 42) Transparence de la facturation; obligation des fournisseurs de prestations à renseigner (art. 29, 3 ^e à 5 ^e al.; art. 42, 5 ^e al.) Principe d'économie; restitution des sommes versées en cas de traitement non économique (art. 41)		

garantir la qualité des prestations
(art. 43)

Exclusion de fournisseurs de prestations qui contre-
viennent gravement à
leurs obligations
(art. 24)

Exclusion de fournisseurs de prestations qui contre-
viennent gravement à
leurs obligations
(art. 44)

3 Mesures destinées à influencer les assureurs et les fournisseurs de prestations

31 Libre passage
intégral

Libre choix et libre chan-
gement d'assureur
(art. 3 et 6)

32 Contrôle des
tarifs

Examen et approbation
des conventions tarifaires
par le gouvernement
cantonal
(art. 22, 3^e al., 3^e phrase;
art. 22^{quater})

Structures tarifaires uni-
formes convenues pour
toute la Suisse
(art. 31)

Examen et approbation
des conventions, sur la
valeur du point et le
forfait hospitalier par le
gouvernement cantonal
compétent et, si elles
s'étendent à toute la
Suisse, par le Conseil
fédéral
(art. 32, 3^e et 4^e al.)

Ne pas exclure
l'intervention du
Surveillant des prix
avant que les
conventions tari-
faires ne soient
approuvées
(art. 39, 3^e al., et
art. 40 à 45 en
rapport avec l'art.
14 LSPr)

Type de mesure	Droit en vigueur (LAMA et ordonnances)	Projet de la commission d'experts	Projet de message (en complément au projet de la commission d'experts)	Mesures dont l'examen ne sera pas poursuivi
		<p>Droit de dénoncer sans délai les conventions tarifaires conclues avec les hôpitaux ou les établissements médico-sociaux en cas de dépassement des coûts (art. 33, 6^e al., 2^e phrase; art. 34, 3^e phrase)</p>		
	<p>Fixation par les autorités du tarif en cas de régime sans convention (art. 22^{bis} à 22^{quater})</p>	<p>Fixation du tarif, en cas de régime sans convention, par un organe de conciliation ou par les autorités (art. 35 et 36)</p>	<p>Dans une large mesure, maintien de la réglementation actuelle du régime sans convention (art. 40 et 41)</p>	
	<p>Recours au Conseil fédéral contre les décisions prises par les gouvernements cantonaux en matière tarifaire (art. 22^{quinquies})</p>	<p>Recours au Conseil fédéral contre les décisions des gouvernements cantonaux en matière tarifaire; seules, les parties à une convention tarifaire ont qualité pour recourir. (art. 40)</p>	<p>Maintenir, comme dans la LAMA, la qualité pour recourir d'un assuré individuel; cette qualité revient aussi, indirectement, aux organisations d'assurés. (art. 45)</p>	

Le DFI établit la liste des analyses avec tarif et la liste des médicaments avec tarif

Même réglementation qu'aujourd'hui (art. 39)

L'OFAS établit la liste des spécialités avec prix (art. 12, 6^e al., 22^{quater}, 1^{er} al.; Ord. VIII; Ord. DFI 10)

33 Contrôle des coûts

Contrôle et comparaisons des coûts entre hôpitaux et entre établissements médico-sociaux (art. 33, 5^e et 6^e al.; art. 34, 3^e phrase)

34 Analyse statistique de l'évolution des coûts et de ses causes

Le Conseil fédéral veille à ce que les statistiques nécessaires soient établies et évaluées (art. 13)

Type de mesure	Droit en vigueur (LAMA et ordonnances)	Projet de la commission d'experts	Projet de message (en complément au projet de la commission d'experts)	Mesures dont l'examen ne sera pas poursuivi
35 Maîtrise des frais d'ad- ministration			Le Conseil fédéral peut décider que les frais d'ad- ministration ne doivent pas aug- menter plus rapide- ment que les sa- laires en général (art. 17)	

Comparaison: droit en vigueur – message

Estimations pour 1993; montants en millions de francs

Extension des prestations selon le message

Durée illimitée des prestations en cas d'hospitalisation	175
Suppression des réserves d'assurance	115
Etablissements médico-sociaux, prestations analogues à celles du SPITEX	560
Accidents	90
Maternité	10
Prévention, Spitex, prestations restant à définir	350
<i>Au total</i>	<u>1300</u>

L'ordre de grandeur des *dépenses supplémentaires* se situe, comme dans le projet de la Commission Schoch, aux alentours des 10 pour cent des dépenses totales

Recettes supplémentaires selon le message

Participation aux coûts plus élevée	530
Contribution au séjour dans un hôpital	240
<i>Au total</i>	<u>770</u>

	Droit en vigueur	Modification	Message
Dépenses pour l'assurance-maladie sociale	13 300	+ 1300	14 600
financée par:			
<i>Pouvoirs publics</i>	1900	+ 1100	3 000
<i>Participation aux frais</i>	1430	+ 770	2 200
<i>Primes</i>	9970	- 570	9 400

Composition des subsides des pouvoirs publics

<i>Confédération</i>	Droit en vigueur	Modification	Message
Enfants 0-15	68		—
Hommes 16-60	28		—
Hommes 60+	251		—
Femmes 16-60	406		—
Femmes 60+	385		—
Maternité	42		—
Soins aux rentiers AI	95		—
Tuberculose	3		—
Subside complémentaire de montagne .	22		—
Indemnités versées aux médecins	0		—
Total des subsides généraux aux caisses-maladie	1300	- 1300	—
Subsides individuels aux assurés	—	+ 2000	<u>2 000</u>
<i>Confédération, au total</i>	<i>1300</i>	<i>+ 700</i>	<i>2 000</i>
<i>Cantons</i>			
Subsides généraux aux caisses-maladie .	300	- 300	—
Subsides individuels aux assurés	<u>300</u>	+ 700	<u>1 000</u>
<i>Cantons, au total</i>	<i>600</i>	<i>+ 400</i>	<i>1 000</i>
<i>Pouvoirs publics, au total</i>	<i>1900</i>	<i>+ 1100</i>	<i>3 000</i>

Subventions pour la réduction individuelle de prime (1993)

Limite des subventions	Subventions en millions de francs Estimation pour 1993	Part des assurés ayant droit à des subventions parmi la population	Part des ménages ayant droit à des subventions
5%	5218	83%	78%
6%	4309	75%	68%
7%	3574	68%	61%
8%	2983	61%	53%
9%	2514	52%	46%
10%	2136	44%	38%
11%	1834	43%	36%
12%	1603	35%	30%

Source: Administration fédérale des contributions/Calculs OFAS.

Estimations concernant l'augmentation des subventions pour la réduction individuelle de prime pendant une période de quatre, respectivement de dix ans

A. Evolution sur une période de 4 ans avec des subventions constantes (3 milliards de francs)

Hypothèses sur lesquelles se fonde l'estimation:

1. La population reste constante.
2. La limite des subventions est de 8,0 pour cent la première année.
3. *Les primes des caisses-maladie croissent de 25 pour cent (5,8% par an) en 4 ans.*
4. Le revenu imposable croît dans les mêmes proportions que l'indice-OFIAMT des salaires (4,1% par an).
5. Les subventions s'élèvent à 3 milliards de francs par an pour la période de 4 ans prise en compte.

La limite des subventions passe en quatre ans de 8,0 à 10,0 pour cent.

B. Pas de limitation supplémentaire des coûts

Hypothèses sur lesquelles se fonde l'estimation:

1. La population reste constante.
2. La limite des subventions est de 8,0 pour cent.
3. *Les primes de l'assurance-maladie augmentent dans les mêmes proportions que ces 10 dernières années.*
4. Le revenu imposable croît dans les mêmes proportions que l'indice-OFIAMT des salaires (4,1% par an).
5. Les taux de croissance de la période s'étendant sur les dix dernières années sont reportés tels quels sur la période suivante.

Tableau A3B

Année	Indice des primes des caisses-maladie	Indice-OFIAMT des salaires	Subventions individuelles en millions de francs	Subventions individuelles prises comme indice
1993	100,0	100,0	3000	100,0
2003	194,3	148,9	8856	295,2

Si l'on remplace la seconde hypothèse par l'exigence que le montant des subventions, soit 3000 millions de francs, augmente en 1993 au plus dans les mêmes proportions que le produit national brut, la limite des subventions sera de 11,3 pour cent en 2003.

C. Maîtrise des coûts, dans le cas idéal

Hypothèses sur lesquelles se fonde l'estimation:

1. La population reste constante.
2. La limite des subventions est de 8,0 pour cent.
3. *Les primes des caisses-maladie croissent dans les mêmes proportions que l'indice des salaires de l'OFLAMT.*
4. Le revenu imposable croît dans les mêmes proportions que l'indice-OFIAMT des salaires (4,1%).
5. Les taux de croissance de la période s'étendant sur les dix dernières années sont reportés tels quels sur la période suivante.

Tableau A3C

Année	Indice des primes des caisses-maladie	Indice-OFIAMT des salaires	Subventions individuelles en millions de francs	Subventions individuelles prises comme indice
1993	100,0	100,0	3000	100,0
2003	148,9	148,9	4467	148,9

Si l'on remplace la seconde hypothèse par l'exigence que le montant des subventions, soit 3000 millions de francs, augmente en 1993 au plus dans les mêmes proportions que le produit national brut, la limite des subventions sera de 7,4 pour cent en 2003.

D. Maîtrise des coûts que l'on s'efforce de réaliser

Hypothèses sur lesquelles se fonde l'estimation:

1. La population reste constante.
2. La limite des subventions est de 8,0 pour cent.
3. *Les primes des caisses-maladie croissent de 75 pour cent en 10 ans (5,8% par an).*
4. Le revenu imposable croît dans les mêmes proportions que l'indice-OFIAMT des salaires (4,1%).

Tableau A3D

Année	Indice des primes des caisses-maladie	Indice-OFIAMT des salaires	Subventions individuelles en millions de francs	Subventions individuelles prises comme indice
1993	100,0	100,0	3000	100,0
2003	175,0	148,9	6807	226,9

Si l'on remplace la seconde hypothèse par l'exigence que le montant des subventions, soit 3000 millions de francs, augmente en 1993 au plus dans les mêmes proportions que le produit national brut, la limite des subventions sera de 9,5 pour cent en 2003.

Source: Administration fédérale des contributions/Calculs OFAS.

Charge pesant sur divers types de ménages (1993)

Recettes

	Message		Droit actuel
Prime adultes	2167 fr.	Moyenne H + F	1829 fr.
Prime enfants	802 fr.	Enfants de 0-15	575 fr.
Taux de subvention ...	8,0%		
Somme minimale versée	100 fr.		

	Message	Droit actuel
--	---------	--------------

Type 1 A

Type de ménage

Adultes	1	
Enfants	0	
Revenu	20 000 fr.	
Prime AM	2 167 fr.	1829 fr.
en pour-cent du revenu	10,8%	9,1%
Subvention individuelle	567 fr.	
Prime réduite en francs	1 600 fr.	
Réduction de prime en pour-cent	26,2%	
Modification par rapport au droit actuel	- 13%	

Type 1 B

Type de ménage

Adultes	1	
Enfants	0	
Revenu	22 900 fr.	
Prime AM	2 167 fr.	1829 fr.
en pour-cent du revenu	9,5%	8,0%
Subvention individuelle	335 fr.	
Prime réduite en francs	1 832 fr.	
Réduction de prime en pour-cent	15,5%	
Modification par rapport au droit actuel	+ 0%	

Type 2 A*Type de ménage*

Adultes	2	
Enfants	0	
Revenu	40 000 fr.	
Prime AM	4 334 fr.	3685 fr.
en pour-cent du revenu	10,8%	9,1%
Subvention individuelle	1 134 fr.	
Prime réduite en francs	3 200 fr.	
Réduction de prime en pour-cent	26,2%	
Modification par rapport au droit actuel	- 13%	

Type 2 B*Type de ménage*

Adultes	2	
Enfants	0	
Revenu	45 500 fr.	
Prime AM	4 334 fr.	3685 fr.
en pour-cent du revenu	9,5%	8,0%
Subvention individuelle	694 fr.	
Prime réduite en francs	3 640 fr.	
Réduction de prime en pour-cent	16,0%	
Modification par rapport au droit actuel	+ 0%	

Type 3 A*Type de ménage*

Adultes	1	
Enfants	2	
Revenu	30 000 fr.	
Prime AM	3 771 fr.	2979 fr.
en pour-cent du revenu	12,6%	9,9%
Subvention individuelle	1 371 fr.	
Prime réduite en francs	2 400 fr.	
Réduction de prime en pour-cent	36,4%	
Modification par rapport au droit actuel	- 19%	

Type 3 B*Type de ménage*

Adultes	1	
Enfants	2	
Revenu	37 400 fr.	
Prime AM	3 771 fr.	2979 fr.
en pour-cent du revenu	10,1%	8,0%
Subvention individuelle	779 fr.	
Prime réduite en francs	2 992 fr.	
Réduction de prime en pour-cent	20,7%	
Modification par rapport au droit actuel	+ 0%	

Type 4 A*Type de ménage*

Adultes	2	
Enfants	2	
Revenu	50 000 fr.	
Prime AM	5 938 fr.	4808 fr.
en pour-cent du revenu	11,9%	9,6%
Subvention individuelle	1 938 fr.	
Prime réduite en francs	4 000 fr.	
Réduction de prime en pour-cent	32,6%	
Modification par rapport au droit actuel	- 17%	

Type 4 B*Type de ménage*

Adultes	2	
Enfants	2	
Revenu	60 000 fr.	
Prime AM	5 938 fr.	4808 fr.
en pour-cent du revenu	9,9%	8,0%
Subvention individuelle	1 138 fr.	
Prime réduite en francs	4 800 fr.	
Réduction de prime en pour-cent	19,2%	
Modification par rapport au droit actuel	+ 0%	

Type 5 A*Type de ménage*

Adultes	2	
Enfants	4	
Revenu	60 000 fr.	
Prime AM	7 542 fr.	5958 fr.
en pour-cent du revenu	12,6%	9,9%
Subvention individuelle	2 742 fr.	
Prime réduite en francs	4 800 fr.	
Réduction de prime en pour-cent	36,4%	
Modification par rapport au droit actuel	- 19%	

Type 5 B*Type de ménage*

Adultes	2	
Enfants	4	
Revenu	74 500 fr.	
Prime AM	7 542 fr.	5958 fr.
en pour-cent du revenu	10,1%	8,0%
Subvention individuelle	1 582 fr.	
Prime réduite en francs	5 960 fr.	
Réduction de prime en pour-cent	21,0%	
Modification par rapport au droit actuel	+ 0%	

Estimation: Office fédéral des assurances sociales.

**Evolution des coûts de soins médicaux et pharmaceutiques
des caisses-maladie et évolution des prix à la consommation, des salaires
et des traitements depuis 1966**

Tableau A5.1

Années	Coûts des soins méd. et pharm. par assuré Fr.	Indice (1966 = 100)			
		Coûts des soins méd. et pharm. par assuré	Prix à la consomma- tion ¹⁾	Salaires des travailleurs ²⁾	Traitements des em- ployés ³⁾
1966	141.91	100.0	100.0	100.0	100.0
1970	228.80	161.3	113.2	130.2	129.2
1975	468.59	330.2	163.8	223.1	210.7
1976	515.90	363.5	166.7	227.0	216.8
1977	540.21	380.7	168.8	232.3	222.3
1978	570.71	402.2	170.5	238.9	230.3
1979	608.46	428.8	176.8	247.1	237.5
1980	651.36	459.0	183.9	260.4	250.1
1981	714.48	503.5	195.8	277.1	265.3
1982	768.56	541.6	206.8	296.8	283.7
1983	833.53	587.4	213.0	308.2	294.0
1984	870.75	613.6	219.2	316.5	302.5
1985	933.71	658.0	226.8	326.3	312.1
1986	1002.04	706.1	228.4	338.0	323.4
1987	1085.91	765.2	231.7	346.5	330.6
1988	1149.55	810.1	236.0	359.0	341.0
1989	1229.48	866.4	243.5	373.5	353.2

Années	Augmentation par rapport à l'année précédente en pour-cent			
	Coûts des soins méd. et pharm. par assuré	Prix à la consommation	Salaires des travailleurs	Traitements des employés
1966
1970	14.1	3.6	10.3	8.1
1975	16.6	6.7	7.4	7.6
1976	10.1	1.7	1.7	2.9
1977	4.7	1.3	2.3	2.5
1978	5.6	1.0	2.9	3.6
1979	6.6	3.6	3.4	3.1
1980	7.1	4.0	5.4	5.3
1981	9.7	6.5	6.4	6.1
1982	7.6	5.7	7.1	7.0
1983	8.5	3.0	3.9	3.6
1984	4.5	2.9	2.7	2.9
1985	7.2	3.4	3.1	3.2
1986	7.3	0.7	3.6	3.6
1987	8.4	1.5	2.5	2.2
1988	5.9	1.9	3.6	3.2
1989	7.0	3.2	4.0	3.6
En moyenne par an				
1966/89	9.8	3.9	5.9	5.6

¹⁾ Indice national (moyenne annuelle). Source: rapport mensuel de la Banque nationale suisse, convertie sur la base de la moyenne annuelle 1966=100.

²⁾ Salaires horaires moyens des travailleurs et traitements mensuels moyens des employés, juin 1939=100 (hausse générale des salaires et des traitements de l'OFIAMT d'octobre). Source: L'économie politique, convertie sur la base 1966=100.

Source: OFAS, statistique de l'assurance-maladie.

Coûts des soins médicaux et pharmaceutiques des caisses-maladie par assuré depuis 1966

Tableau A5.2

Années	Traitement ambulatoire					Coûts des établissements hospitaliers	Total ²⁾
	Traitement prodigué par un médecin Fr.	Chiropratique ¹⁾ Fr.	Médicaments Fr.	Autres coûts ²⁾ Fr.	Au total Fr.		
1966	67.48	0.65	34.82	3.12	106.07	35.84	141.91
1970	105.21	1.40	58.95	2.96	168.52	60.37	228.89
1975	210.67	2.78	98.71	6.21	318.37	150.22	468.59
1976	221.29	2.98	107.31	6.61	338.19	177.71	515.90
1977	228.42	3.06	110.52	6.73	348.72	191.49	540.21
1978	235.79	3.05	119.67	8.91	367.42	203.29	570.71
1979	248.06	3.17	126.86	10.03	388.12	220.34	608.46
1980	262.68	3.53	133.77	10.02	412.01	239.35	651.36
1981	289.54	3.69	144.94	13.65	451.82	262.66	714.48
1982	314.74	3.97	151.70	11.97	482.38	286.18	768.56
1983	338.53	4.24	163.25	14.23	520.25	313.28	833.53
1984	350.86	4.26	171.15	12.91	539.19	331.56	870.75
1985	372.77	4.53	182.13	13.67	573.10	360.61	933.71
1986	400.92	4.80	193.03	14.46	613.21	388.83	1002.04
1987	430.75	4.96	206.25	15.90	657.87	428.04	1085.91
1988	452.14	5.28	213.63	17.63	688.69	460.86	1149.55
1989	485.85	5.40	226.81	26.46	744.51	484.97	1229.48

Années	Chiffres en pour cent (Total = 100)						
1966	47.6	0.5	24.5	2.2	74.7	25.3	100.0
1970	46.0	0.6	25.8	1.3	73.6	26.4	100.0
1975	45.0	0.6	21.1	1.3	67.9	32.1	100.0
1976	42.9	0.6	20.8	1.3	65.6	34.4	100.0
1977	42.3	0.6	20.5	1.2	64.6	35.4	100.0
1978	41.3	0.5	21.0	1.6	64.4	35.6	100.0
1979	40.8	0.5	20.8	1.6	63.8	36.2	100.0
1980	40.3	0.5	20.5	1.8	63.3	36.7	100.0
1981	40.5	0.5	20.3	1.9	63.2	36.8	100.0
1982	41.0	0.5	19.7	1.6	62.8	37.2	100.0
1983	40.6	0.5	19.6	1.7	62.4	37.6	100.0
1984	40.3	0.5	19.7	1.5	61.9	38.1	100.0
1985	39.9	0.5	19.5	1.5	61.4	38.6	100.0
1986	40.0	0.5	19.3	1.4	61.2	38.8	100.0
1987	39.7	0.5	19.0	1.5	60.6	39.4	100.0
1988	39.3	0.5	18.6	1.5	59.9	40.1	100.0
1989	39.5	0.4	18.4	2.2	60.6	39.4	100.0

1) Traitement par des chiropraticiens.

2) Depuis 1982, l'assurance des soins dentaires ne figure plus sous la rubrique «autres coûts» de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, mais sous celle des «prestations d'autres sortes d'assurance» (voir tab. 5-7).

Source: OFAS, statistique de l'assurance-maladie.

Coûts des soins médicaux et pharmaceutiques des caisses-maladie par assuré depuis 1966

(Indice: 1966 = 100)

Tableau A5.3

Années	Traitement ambulatoire					Coûts des établissements hospitaliers	Total ⁽²⁾
	Traitement prodigué par un médecin	Chiro-pratique ⁽¹⁾	Médicaments	Autres coûts ⁽²⁾	Au total		
	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
1966	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1970	155.9	215.4	169.3	94.9	158.9	168.4	161.3
1975	312.2	427.7	283.5	199.0	300.2	419.1	330.2
1976	327.9	458.5	308.2	211.9	318.8	495.8	363.5
1977	338.5	470.8	317.4	215.7	328.8	534.3	380.7
1978	349.4	469.2	343.7	285.6	346.4	567.2	402.2
1979	367.6	487.7	364.3	321.5	365.9	614.8	428.8
1980	389.3	543.1	384.2	385.3	388.4	667.8	459.0
1981	429.1	567.3	416.3	437.5	426.0	732.9	503.5
1982	466.4	610.7	435.7	383.5	454.8	798.5	541.6
1983	501.7	652.5	468.8	456.1	490.5	874.1	587.4
1984	519.9	655.1	491.5	413.9	508.3	925.1	613.6
1985	552.4	696.7	523.1	438.2	540.3	1006.2	658.0
1986	594.1	738.3	554.4	463.4	578.1	1084.9	706.1
1987	638.3	763.8	592.3	509.8	620.2	1194.3	765.2
1988	670.0	812.8	613.5	565.2	649.3	1285.9	810.1
1989	720.0	830.8	651.4	847.9	701.9	1353.1	866.4

Années	Variation par rapport à l'année précédente						
	1970	14.7	14.8	13.7	3.1	14.1	13.9
1975	14.6	7.3	12.6	19.4	14.0	22.6	16.6
1976	5.0	7.2	8.7	6.4	6.2	18.3	10.1
1977	3.2	2.7	3.0	1.8	3.1	7.8	4.7
1978	3.2	- 0.3	8.3	32.4	5.4	6.2	5.6
1979	5.2	3.9	6.0	12.6	5.6	8.4	6.6
1980	5.9	11.4	5.4	19.8	6.2	8.6	7.1
1981	10.2	4.5	8.4	13.6	9.7	9.7	9.7
1982	8.7	7.7	4.7	-12.3 ³⁾	6.8	9.0	7.6 ³⁾
1983	7.6	6.8	7.6	18.9	7.9	9.5	8.5
1984	3.6	0.4	4.8	- 9.2	3.6	5.8	4.5
1985	6.2	6.4	6.4	5.9	6.3	8.8	7.2
1986	7.6	6.0	6.0	5.7	7.0	7.8	7.3
1987	7.4	3.5	6.8	10.0	7.3	10.1	8.4
1988	5.0	6.4	3.6	10.9	4.7	7.7	5.9
1989	7.5	2.2	6.2	50.0	8.1	5.2	7.0
	En moyenne par an						
1966/89 ...	9.0	9.6	8.5	9.7	8.8	12.0	9.8

1) Traitement par des chiropraticiens.
2) Depuis 1982 sans l'assurance des soins dentaires. Voir remarque 2 du tableau 2.
3) Si l'on y ajoutait les coûts pour soins dentaires exclus pour la première fois en 1982, on constaterait à la rubrique «autres coûts» une augmentation de 16,3 pour cent et, dans la colonne «Total», un accroissement de 8,1 pour cent.

Source: OFAS, statistique de l'assurance-maladie.

Fortune effective des caisses-maladie depuis 1966

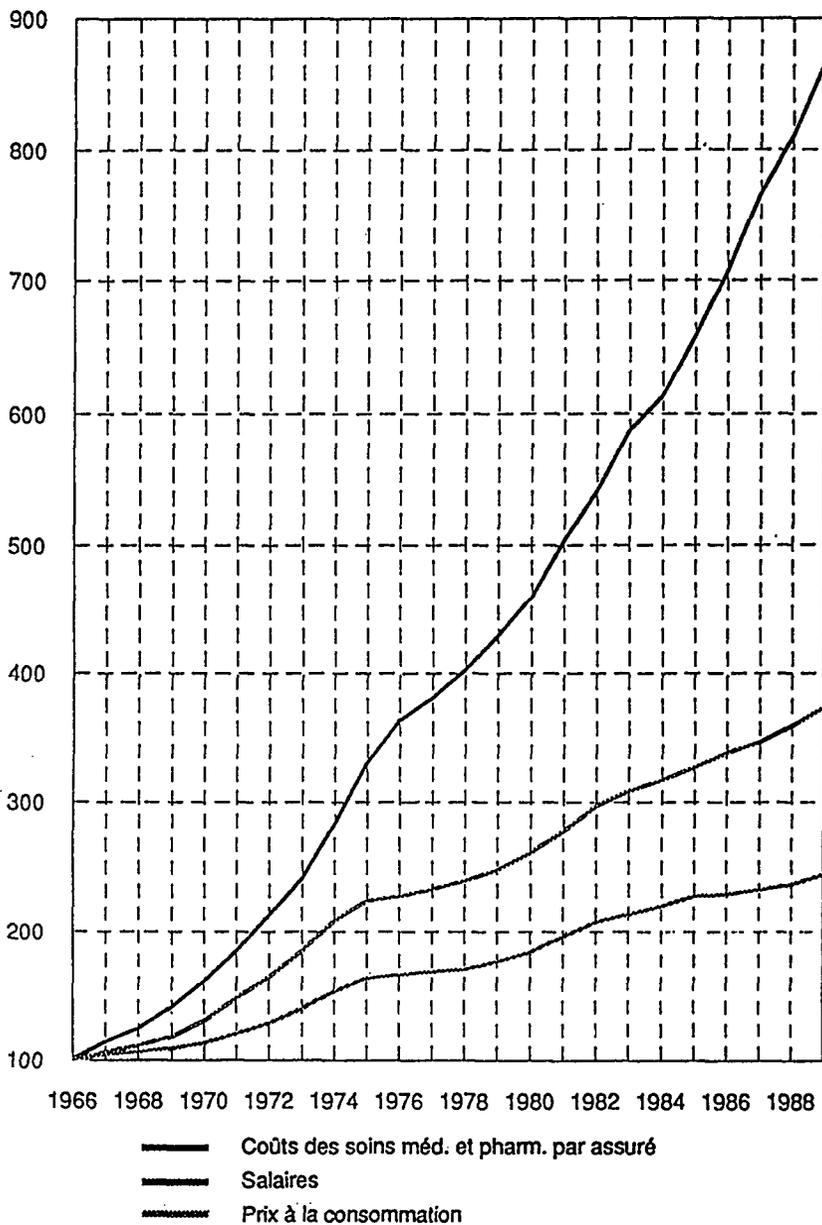
Tableau A5.4

Années	Montants en 1000 fr.				En pour-cent
	Fortune en fin d'année ¹⁾	Augmentation annuelle	Proposition du compte des résultats ²⁾	Affectations à ... ³⁾	Quota de la fortune ⁴⁾
1966	546 230	- 7 085	2 229	9 314	44,2
1970	792 497	84 946	79 808	- 5 138	40,5
1975	1 154 305	81 303	103 223	21 920	28,5
1976	1 297 977	143 672	173 262	29 590	29,1
1977	1 546 137	248 160	306 795	58 635	33,1
1978	1 769 125	222 988	270 009	47 021	35,7
1979	1 904 108	134 983	163 498	28 515	36,2
1980	1 930 569	26 461	46 547	20 086	34,0
1981	1 890 649	- 39 920	-116 910	- 76 990	30,5
1982	1 831 394	- 59 255	-114 968	- 55 714	27,0
1983	1 864 166	32 772	8 183	- 24 588	25,3
1984	2 154 280	290 114	309 623	19 508	27,4
1985	2 484 472	330 192	509 511	179 319	29,5
1986	2 715 394	230 922	330 068	99 147	30,1
1987	2 849 513	134 119	188 406	54 286	29,6
1988	2 900 206	50 693	65 168	14 475	28,1
1989	3 038 065	137 859	145 757	7 898	27,2

1) Devrait se composer, au minimum, du fonds de sécurité (15 à 120% des dépenses totales selon l'importance de la caisse) et du supplément destiné à compenser les fluctuations (1/2 du fonds de sécurité).
 2) Recettes (Tableau 8)/. Dépenses (Tableau 5).
 3) Comptes de réévaluation et comptes de provision.
 4) Fortune en pour-cent des dépenses.
 Source: OFAS, statistique de l'assurance-maladie

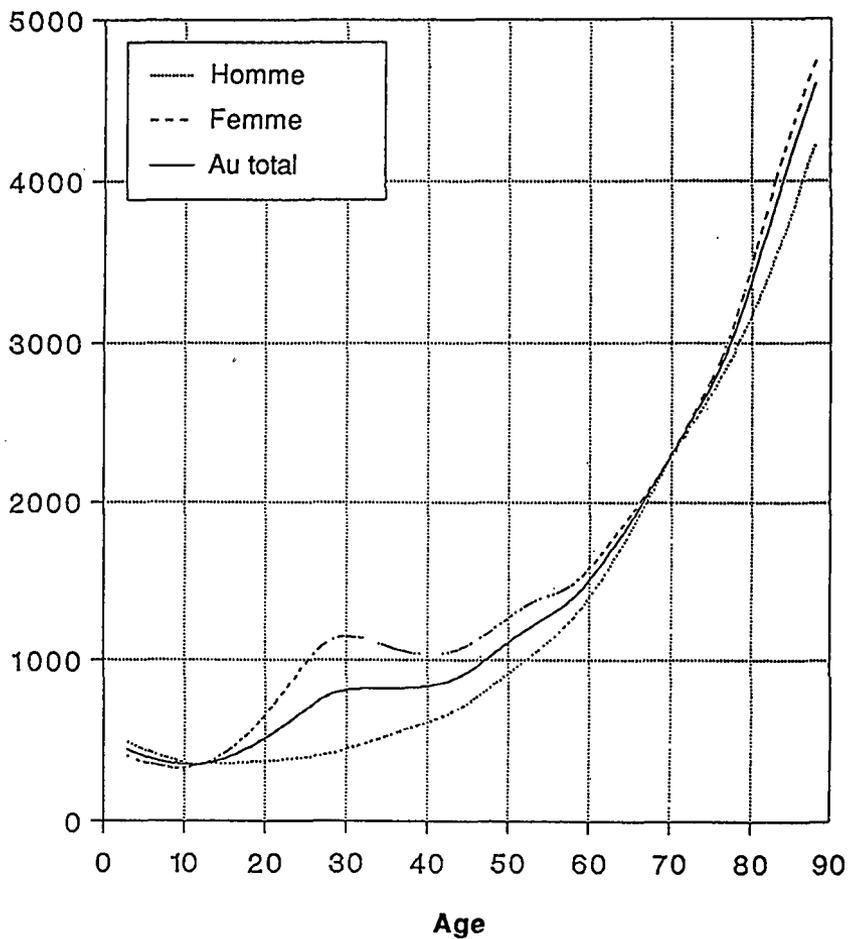
34840

Evolution des coûts des soins médicaux et pharmaceutiques, des salaires et des prix



Coûts des soins par assuré, d'après l'âge et le sexe

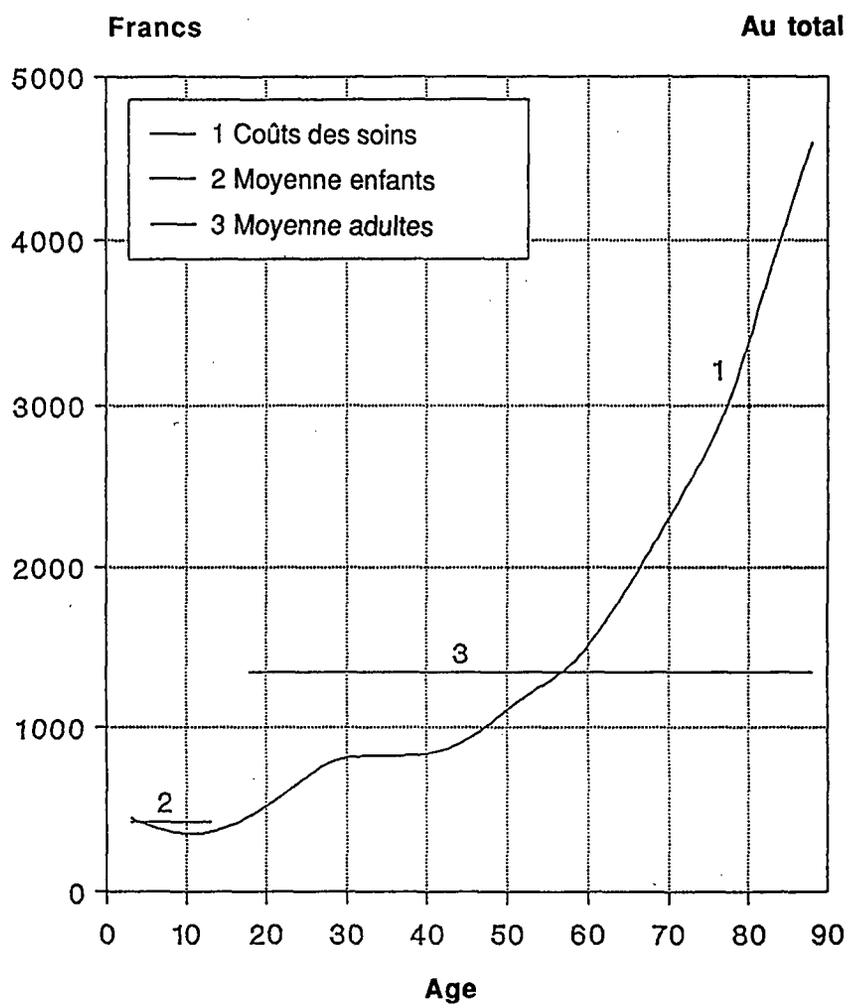
Francs



CAISSE-MALADIE CMB

Source: Caisse-maladie CMB.

Coûts des soins par assuré en 1990, d'après l'âge



CAISSE-MALADIE CMB

Source: Caisse-maladie CMB.

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

Projet

du

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,
vu l'article 34^{bis} de la constitution;
vu le message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991¹⁾,
arrête:

Titre premier: Dispositions générales

Article premier Champ d'application

¹ La présente loi régit l'assurance-maladie sociale. Celle-ci comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières.

² L'assurance-maladie sociale alloue ses prestations en cas:

- a. de maladie;
- b. d'accident, dans la mesure où il n'est pris en charge par aucune assurance-accidents;
- c. de maternité.

Art. 2 Définitions

¹ Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

² Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale.

³ Est réputée maternité la période comprenant la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui suit ce dernier.

Titre 2: Assurance obligatoire des soins

Chapitre premier: Obligation de s'assurer

Art. 3 Personnes tenues de s'assurer

¹ Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse.

¹⁾ FF 1992 I 77

² Le Conseil fédéral peut excepter de l'assurance obligatoire certaines catégories de personnes, notamment les employés d'organisations internationales et d'Etats étrangers.

³ Il peut étendre l'obligation de s'assurer à des personnes qui n'ont pas de domicile en Suisse, notamment:

- a. à des personnes qui exercent une activité ou séjourment de façon prolongée en Suisse;
- b. à des personnes qui sont employées à l'étranger par une entreprise ayant un siège en Suisse.

Art. 4 Choix de l'assureur

¹ Les personnes tenues de s'assurer choisissent leur assureur parmi les assureurs désignés à l'article 8.

² Les assureurs doivent, dans les limites de leur rayon d'activité territorial, accepter toute personne tenue de s'assurer.

Art. 5 Début et fin de l'assurance

¹ Lorsque l'affiliation a lieu dans les trois mois, l'assurance commence à déployer ses effets au moment de la prise de domicile ou de la naissance en Suisse. Le Conseil fédéral fixe le début de l'assurance pour les personnes au sens de l'article 3, 3^e alinéa.

² En cas d'affiliation après les trois mois, l'assurance commence à déployer ses effets au moment de l'affiliation. L'assuré doit verser un supplément de prime si le retard n'est pas excusable. Le Conseil fédéral fixe, à cette fin, des taux indicatifs en tenant compte du niveau des primes au lieu de résidence de l'assuré et de la durée du retard. Si le paiement du supplément de prime met l'assuré dans la gêne, l'assureur doit le réduire en tenant compte équitablement de la situation de l'assuré et des circonstances du retard.

³ L'assurance prend fin lorsque l'assuré cesse d'être soumis à l'obligation de s'assurer.

Art. 6 Contrôle et affiliation d'office

¹ Les cantons veillent à ce que l'obligation de s'assurer soit respectée.

² L'autorité désignée par le canton attribue à un assureur toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile. Le canton règle la répartition entre les assureurs, après les avoir consultés.

Art. 7 Changement d'assureur

¹ L'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile.

² En cas d'augmentation de la prime, le délai de préavis est d'un mois. Les assureurs doivent annoncer les augmentations de primes au moins deux mois à l'avance.

³ L'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que si le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans qu'il n'y ait interruption de la protection d'assurance. Si le nouvel assureur omet de faire cette communication, il doit réparer le dommage qui en a résulté pour l'assuré.

⁴ Si l'assuré doit changer d'assureur parce qu'il change de résidence ou d'emploi, ou encore parce que l'assureur cesse de pratiquer l'assurance-maladie sociale, l'affiliation prend fin au moment où il change de résidence, où il prend son nouvel emploi ou lorsque la reconnaissance ou l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale est retirée à l'assureur (art. 10, 3^e al.). Le 3^e alinéa est applicable.

Chapitre 2: Organisation

Section 1: Assureurs

Art. 8 Catégories d'assureurs

L'assurance obligatoire des soins est gérée par:

- a. les caisses-maladie au sens de l'article 9;
- b. les institutions d'assurance privées soumises à la loi du 23 juin 1978¹⁾ sur la surveillance des assurances (LSA) pratiquant l'assurance-maladie et bénéficiant de l'autorisation d'après l'article 10.

Art. 9 Caisses-maladie

¹ Sont réputées caisses-maladie les associations, les sociétés coopératives, les fondations ou les personnes de droit public cantonal sans but lucratif, qui gèrent principalement l'assurance-maladie sociale et qui sont reconnues par le Département fédéral de l'intérieur (département).

² Outre l'assurance-maladie sociale, les caisses-maladie ne peuvent pratiquer que:

- a. l'assurance-accidents selon la loi du 20 mars 1981²⁾ sur l'assurance-accidents (LAA);
- b. des assurances garantissant des prestations analogues à celles de l'assurance-maladie sociale ou de l'assurance-accidents selon la LAA (assurances complémentaires);
- c. des assurances garantissant, dans les limites maximales fixées par le Conseil fédéral, une indemnité en cas de décès ou d'invalidité.

¹⁾ RS 961.01

²⁾ RS 832.20

³ Les assurances désignées au 2^e alinéa, lettres b et c, sont régies par la loi du 2 avril 1908¹⁾ sur le contrat d'assurance (LCA).

⁴ Les caisses-maladie ayant un nombre minimal d'assurés fixé par le Conseil fédéral peuvent aussi pratiquer la réassurance au sens de l'article 11.

Art. 10 Reconnaissance et autorisation de pratiquer

¹ Le département reconnaît une caisse-maladie ou autorise un autre assureur à pratiquer l'assurance-maladie sociale lorsqu'ils satisfont aux exigences de la présente loi. L'Office fédéral des assurances sociales (office fédéral) publie la liste des assureurs.

² Les assureurs doivent remplir en particulier les conditions suivantes:

- a. pratiquer l'assurance-maladie sociale selon le principe de la mutualité, garantir l'égalité de traitement des assurés et n'affecter qu'à des buts d'assurance-maladie sociale les ressources provenant de celle-ci;
- b. disposer d'une organisation et pratiquer une gestion qui garantissent le respect des dispositions légales;
- c. être en mesure de remplir leurs obligations financières en tout temps;
- d. pratiquer également l'assurance d'indemnités journalières selon la présente loi;
- e. avoir un siège en Suisse.

³ Le département retire la reconnaissance ou l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale si l'assureur en fait la demande ou s'il ne remplit plus les conditions légales. Ce faisant, il veille à ce que le retrait ne porte effet qu'au moment où tous les assurés auront été repris par d'autres assureurs.

Art. 11 Réassurance

¹ Les assureurs peuvent faire réassurer une partie des prestations qu'ils allouent en vertu de la présente loi par contrat conclu avec:

- a. un assureur au sens de l'article 8;
- b. une fondation à but non lucratif, pratiquant exclusivement la réassurance de prestations selon la présente loi et reconnue par le département;
- c. une institution privée d'assurance ou de réassurance soumise à la loi sur la surveillance des assurances²⁾, pratiquant la réassurance de prestations d'assurance-maladie et bénéficiant d'une autorisation délivrée par le département.

² L'article 10 s'applique par analogie à la reconnaissance et à l'autorisation de pratiquer la réassurance selon le 1^{er} alinéa, lettres b et c.

³ Le Conseil fédéral fixe la part minimale des prestations que les assureurs doivent prendre eux-mêmes en charge.

¹⁾ RS 221.229.1

²⁾ RS 961.01

Art. 12 Responsabilité

Les assurés ne répondent pas des obligations des assureurs.

Art. 13 Renseignements et conseils

¹ Les assureurs sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et leurs obligations.

² Quiconque a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et ses obligations. Est compétent à cet effet l'assureur à l'égard duquel l'intéressé doit faire valoir ses droits ou remplir ses obligations. Pour les consultations qui nécessitent des recherches coûteuses, l'assureur peut percevoir un émolument, fixé par le département.

Art. 14 Exonération d'impôts

¹ Les assureurs sont exonérés des impôts directs de la Confédération, des cantons et des communes, de même que des impôts cantonaux et communaux sur les successions et les donations, dans la mesure où leurs ressources et leur fortune servent exclusivement à l'application de l'assurance-maladie sociale ainsi qu'au versement de prestations ou à la garantie de celles-ci.

² Les documents employés lors de l'application de l'assurance-maladie sociale, dans les relations avec les assurés et les tiers ou avec d'autres organisations, sont exonérés des taxes et des émoluments de droit public. La perception des primes de l'assurance-maladie sociale n'est pas soumise au droit fédéral de timbre sur les quittances de primes.

³ Les litiges relatifs à l'application de cet article sont tranchés par le Tribunal fédéral.

Section 2: Institution commune

Art. 15

¹ Les assureurs créent une institution commune sous la forme d'une fondation. L'acte de fondation et les règlements de l'institution doivent être soumis à l'approbation du département. Le Conseil fédéral crée l'institution commune si les assureurs ne l'ont pas fait. Il édicte les prescriptions nécessaires si les assureurs ne peuvent s'entendre sur la gestion de l'institution.

² L'institution commune prend en charge les coûts afférents aux prestations légales en lieu et place des assureurs insolubles.

³ Le Conseil fédéral peut confier à l'institution d'autres tâches, notamment afin de remplir des engagements internationaux.

⁴ Les assureurs peuvent, d'un commun accord, lui confier certaines tâches d'intérêt général, notamment dans les domaines administratif et technique.

⁵ Pour financer les tâches de l'institution commune, les assureurs doivent lui verser, à la charge de l'assurance-maladie sociale, des contributions dont ils fixent le montant dans les règlements de l'institution. Celle-ci tient un compte distinct pour chacune de ses tâches.

⁶ L'institution commune bénéficie de la même exonération d'impôts que les assureurs (art. 14).

Section 3: Surveillance et statistiques

Art. 16 Surveillance en général

¹ Le Conseil fédéral surveille l'application de la présente loi. Il édicte en particulier des prescriptions sur une pratique uniforme de l'assurance-maladie sociale par les assureurs.

² L'office fédéral surveille la pratique des assurances prévues par la présente loi. Il peut adresser des instructions aux assureurs, requérir tous les renseignements et les documents nécessaires et procéder à des inspections. Les assureurs doivent lui communiquer les rapports annuels, les comptes annuels et les tarifs des primes concernant les assurances prévues par la présente loi. Les tarifs de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance d'indemnités journalières (art. 59 à 69) doivent être approuvés par l'office fédéral.

³ Les caisses-maladie, les réassureurs au sens de l'article 11, 1^{er} alinéa, lettre b, et l'institution commune sont soumis à la surveillance de l'office fédéral. Celui-ci surveille la pratique des assurances désignées à l'article 9, 2^e alinéa, lettres b et c, selon les principes appliqués par l'Office fédéral des assurances privées et en accord avec lui.

⁴ Si un assureur enfreint les prescriptions légales, l'office fédéral peut, selon la nature et la gravité des manquements:

- a. prendre, aux frais de l'assureur, les mesures propres à rétablir l'ordre légal;
- b. proposer au département de retirer la reconnaissance à une caisse-maladie ou l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale à un autre assureur.

⁵ Les dispositions spéciales sur la surveillance des institutions d'assurance privées sont réservées.

Art. 17 Contrôle des frais d'administration

¹ Les assureurs doivent limiter les frais d'administration de l'assurance-maladie sociale à ce qu'exige une gestion économique.

² Le Conseil fédéral peut prescrire que les frais d'administration n'augmentent pas plus que les salaires en général. Il peut déléguer cette compétence au département ou à l'office fédéral.

Art. 18 Statistiques

¹ Le Conseil fédéral règle l'établissement, l'analyse et la publication des statistiques que requiert l'application de la présente loi, ainsi que l'accès aux données récoltées. Ce faisant, il veille à ce que la protection de la personnalité soit respectée.

² Les assureurs, les autorités fédérales et les autorités cantonales participent à l'établissement des statistiques. Le Conseil fédéral peut étendre cette obligation à d'autres personnes ou organisations après les avoir consultées.

Chapitre 3: Prestations

Section 1: Catalogue

Art. 19 En général

¹ L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.

² Ces prestations comprennent:

- a. les examens, traitements et soins effectués par un médecin, par un chiropraticien ou par des personnes fournissant des prestations sur prescription médicale ambulatoirement, au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social;
- b. les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien;
- c. une participation aux frais des cures balnéaires prescrites par un médecin;
- d. les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin;
- e. le séjour en division commune d'un hôpital ou d'une institution prodiguant des soins semi-hospitaliers;
- f. une participation aux frais de transport d'urgence ainsi qu'aux frais de sauvetage.

Art. 20 Mesures de prévention

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mesures de prévention effectuées ou prescrites par un médecin ainsi que les analyses, médicaments, moyens et appareils nécessaires à cet effet.

Art. 21 Infirmité congénitale

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations que pour la maladie s'il s'agit d'une infirmité congénitale non couverte par l'assurance-invalidité.

Art. 22 Accident

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations que pour la maladie s'il s'agit d'un accident selon l'article 1^{er}, 2^e alinéa, lettre b.

Art. 23 Maternité

¹ L'assurance obligatoire des soins prend en charge, en plus des coûts des mêmes prestations que pour la maladie, ceux des prestations spécifiques de maternité.

² Ces prestations comprennent:

- a. les examens de contrôle, effectués ou prescrits par un médecin, pendant et après la grossesse;
- b. l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une institution prodiguant des soins semi-hospitaliers ainsi que l'assistance prodiguée par un médecin ou une sage-femme;
- c. les conseils nécessaires en cas d'allaitement.

Art. 24 Interruption non punissable de la grossesse

En cas d'interruption non punissable de la grossesse selon l'article 120 du code pénal¹⁾, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations que pour la maladie.

Art. 25 Soins dentaires

¹ L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires:

- a. s'ils sont occasionnés par une maladie grave ou ses séquelles;
- b. s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles.

² Elle prend aussi en charge les coûts du traitement de lésions du système de mastication causées par un accident selon l'article 1^{er}, 2^e alinéa, lettre b.

Section 2:

Conditions et étendue de la prise en charge des coûts

Art. 26 Conditions

¹ Les prestations mentionnées aux articles 19 à 25 doivent être efficaces, appropriées et économiques.

² L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement.

¹⁾ RS 311.0

Art. 27 Désignation des prestations

¹ Le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions.

² Il désigne en détail les autres prestations, selon l'article 19, 2^e alinéa, qui ne sont pas fournies par un médecin ou un chiropraticien ainsi que les prestations d'après les articles 20, 23, 2^e alinéa, lettres a et c, et 25, 1^{er} alinéa.

³ Il détermine dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'une prestation, nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation.

⁴ Il nomme des commissions de spécialistes qu'il consulte afin de désigner les prestations. Il veille à la coordination des travaux des commissions précitées.

⁵ Il peut déléguer les compétences décrites aux 1^{er} à 4^e alinéas au département ou à l'office fédéral.

Art. 28 Etendue

¹ Au titre de l'assurance obligatoire des soins, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations selon les articles 19 à 27.

² Le Conseil fédéral peut prévoir que l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations selon les articles 19, 2^e alinéa, ou 23 fournies à l'étranger pour des raisons médicales. Il peut désigner les cas dans lesquels l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'un accouchement à l'étranger pour des raisons autres que médicales. Il peut limiter la prise en charge des coûts des prestations fournies à l'étranger.

Chapitre 4: Fournisseurs de prestations

Section 1: Admission

Art. 29 Principe

¹ Sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins les fournisseurs de prestations qui remplissent les conditions selon les articles 30 à 34.

² Ces fournisseurs de prestations sont:

- a. les médecins;
- b. les pharmaciens;
- c. les chiropraticiens;
- d. les sages-femmes;
- e. les personnes prodiguant des soins sur prescription médicale ainsi que les organisations qui les emploient;
- f. les laboratoires;

- g. les centres pour remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques;
- h. les hôpitaux;
- i. les institutions servant à prodiguer des soins semi-hospitaliers;
- k. les établissements médico-sociaux;
- l. les établissements de cure balnéaire.

Art. 30 Médecins

¹ Les médecins sont admis s'ils disposent du diplôme fédéral et d'une formation complémentaire reconnue par le Conseil fédéral.

² Le Conseil fédéral peut prévoir l'admission de médecins qui détiennent un autre certificat scientifique.

³ Les dentistes sont assimilés aux médecins pour les prestations au sens de l'article 25.

Art. 31 Pharmaciens

¹ Les pharmaciens sont admis s'ils détiennent le diplôme fédéral.

² Le Conseil fédéral peut prévoir l'admission de pharmaciens qui détiennent un autre certificat scientifique.

³ Il fixe les conditions auxquelles les médecins autorisés par un canton à tenir une pharmacie sont assimilés aux pharmaciens.

Art. 32 Autres fournisseurs de prestations

Le Conseil fédéral règle l'admission des fournisseurs de prestations selon l'article 29, 2^e alinéa, lettres c à g. Il consulte au préalable les cantons et les organisations intéressées.

Art. 33 Hôpitaux et autres institutions

¹ Les établissements et les divisions de ceux-ci qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils:

- a. garantissent une assistance médicale suffisante;
- b. disposent d'un personnel soignant approprié;
- c. disposent d'équipements médicaux adéquats;
- d. correspondent à la planification établie par un canton ou, en commun, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate;
- e. figurent sur la liste dressée par le canton et classant les hôpitaux par catégorie en fonction de leurs mandats.

² Les conditions fixées au 1^{er} alinéa s'appliquent par analogie aux établissements, aux institutions et à leurs divisions qui:

- a. servent à prodiguer des soins semi-hospitaliers;
- b. prodiguent des soins, une assistance médicale ainsi que des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médico-sociaux).

Art. 34 Etablissements de cure balnéaire

¹ Les établissements de cure balnéaire sont admis s'ils sont reconnus par le département.

² Le Conseil fédéral fixe les conditions que ces établissements doivent remplir en ce qui concerne la direction médicale, les traitements et les sources thermales.

Section 2:

Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des frais

Art. 35

¹ L'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et propres à traiter sa maladie. En cas de traitement ambulatoire, l'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs. En cas de traitement hospitalier ou semi-hospitalier, il les prend en charge jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton où réside l'assuré.

² Si l'assuré recourt à un autre fournisseur de prestations pour des raisons médicales, l'assureur prend en charge les coûts d'après le tarif applicable à cet autre fournisseur de prestations. Sont réputés raisons médicales le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent être fournies:

- a. au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs, s'il s'agit d'un traitement ambulatoire;
- b. dans le canton où réside l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier ou semi-hospitalier.

³ Si l'assuré recourt, pour des raisons médicales, aux services d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics situé hors du canton où l'assuré réside, ce canton prend en charge la différence entre les coûts facturés et les tarifs que l'hôpital applique aux résidents du canton. Le Conseil fédéral règle les détails.

⁴ L'assuré peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses (art. 54, 1^{er} et 3^e al.). L'assureur ne prend en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs; le 2^e alinéa est applicable par analogie.

Section 3: Débiteur de la rémunération; facturation

Art. 36

¹ Sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré a, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant).

² Assureurs et fournisseurs de prestations peuvent décider par convention que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant).

³ Le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires pour qu'il puisse vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Le Conseil fédéral règle les détails.

⁴ L'assuré peut exiger que les indications d'ordre médical ne soient fournies qu'au médecin-conseil de l'assureur (art. 49).

⁵ L'assureur peut exiger un diagnostic précis ou des renseignements supplémentaires d'ordre médical.

Section 4: Tarifs et prix

Art. 37 Principe

¹ Les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix.

² Le tarif est une base pour le calcul de la rémunération; il peut notamment:

- se fonder sur le temps consacré à la prestation (tarif au temps consacré);
- attribuer des points à chacune des prestations et fixer la valeur du point (tarif à la prestation);
- prévoir un mode de rémunération forfaitaire (tarif forfaitaire).

³ Le tarif forfaitaire peut se rapporter au traitement par patient (forfait par patient) ou aux soins par groupe d'assurés (forfait par groupe d'assurés). Les forfaits par groupe d'assurés peuvent être fixés, de manière prospective, sur la base des prestations fournies dans le passé et des besoins futurs (budget global prospectif).

⁴ Les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou par l'autorité compétente dans les cas prévus par la loi. Les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse.

⁵ Les partenaires conventionnels et les autorités compétentes doivent veiller à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible.

⁶ Le Conseil fédéral peut établir des principes visant à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et structurés de manière appropriée; il peut aussi établir des principes relatifs à leur adaptation. Il veille à la coordination de ces tarifs avec les régimes tarifaires des autres assurances sociales.

Art. 38 Protection tarifaire

¹ Les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente; ils ne peuvent pas exiger de rémunération plus élevée s'il s'agit de prestations prévues par la présente loi (protection tarifaire). La disposition sur la rémunération des moyens et des appareils diagnostiques ou thérapeutiques (art. 44, 1^{er} al., let. a, ch. 3) est réservée.

² Le fournisseur de prestations qui refuse de fournir des prestations (récusation) conformément à la présente loi doit l'annoncer à l'organisme désigné par le gouvernement cantonal. Il n'a aucun droit à la rémunération au sens de la présente loi. Si un assuré s'adresse à un tel fournisseur de prestations, celui-ci doit d'abord l'en informer.

³ Si, à la suite de récusations, le traitement des assurés selon la présente loi n'est plus garanti, le gouvernement cantonal, après avoir entendu les représentants des fournisseurs de prestations et des assureurs, veille par des mesures limitées dans le temps à ce que le traitement soit garanti; la protection tarifaire est aussi applicable dans ce cas. Le Conseil fédéral peut édicter des dispositions plus détaillées.

Art. 39 Convention tarifaire

¹ Les parties à une convention tarifaire (art. 37, 4^e al.) sont un ou plusieurs fournisseurs de prestations, ou fédérations de fournisseurs de prestations, d'une part, et un ou plusieurs assureurs ou fédérations d'assureurs, d'autre part.

² Si la partie à une convention est une fédération, la convention ne lie les membres de ladite fédération que s'ils ont adhéré à la convention. Les non-membres qui exercent leur activité dans le rayon conventionnel peuvent également adhérer à la convention. Celle-ci peut prévoir qu'ils doivent verser une contribution équitable aux frais causés par sa conclusion. Elle règle les modalités des déclarations d'adhésion ou de retrait, et leur publication.

³ La convention tarifaire doit être approuvée par le gouvernement cantonal compétent ou, si sa validité s'étend à toute la Suisse, par le Conseil fédéral. L'autorité qui approuve vérifie que la convention est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie.

⁴ Le délai de dénonciation ou de retrait d'une convention tarifaire selon le 2^e alinéa est d'au moins six mois.

Art. 40 Absence de convention tarifaire

¹ Si aucune convention tarifaire ne peut être conclue entre les fournisseurs de prestations et les assureurs, le gouvernement cantonal fixe le tarif, après avoir consulté les intéressés.

² S'il n'existe aucune convention tarifaire pour le traitement ambulatoire d'un assuré hors de son lieu de résidence, de son lieu de travail ou des environs, ou encore pour le traitement hospitalier ou semi-hospitalier d'un assuré hors de son canton de résidence, le gouvernement du canton où le fournisseur de prestations est installé à titre permanent fixe le tarif.

³ Lorsque les fournisseurs de prestations et les assureurs ne parviennent pas à s'entendre sur le renouvellement d'une convention tarifaire, le gouvernement cantonal peut la prolonger d'une année. Si aucune convention n'est conclue dans ce délai, il fixe le tarif après avoir consulté les intéressés.

⁴ Si les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une structure tarifaire uniforme (art. 37, 4^e al.), le Conseil fédéral fixe celle-ci.

Art. 41 Conventions tarifaires avec des associations de médecins

¹ Lors de l'approbation d'une convention tarifaire avec une ou plusieurs associations de médecins, l'autorité qui approuve (art. 39, 3^e al.) fixe, après avoir consulté les parties à la convention, un tarif-cadre dont les taxes minimales sont inférieures et les taxes maximales supérieures à celles du tarif conventionnel approuvé.

² Le tarif-cadre est applicable à l'expiration de la convention tarifaire. Une année après l'expiration de la convention, l'autorité qui approuve peut fixer un nouveau tarif-cadre sans tenir compte du tarif conventionnel antérieur.

³ Lorsque d'emblée aucune convention tarifaire ne peut être conclue avec une association de médecins, l'autorité qui approuve peut, à la demande des parties, fixer un tarif-cadre.

⁴ Pour les parties qui ont conclu une nouvelle convention tarifaire, le tarif-cadre est abrogé dès que la convention a été approuvée.

Art. 42 Conventions tarifaires avec des hôpitaux

¹ Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital (art. 33, 1^{er} al.), les parties à une convention conviennent de forfaits qui, pour les habitants du canton, couvrent au maximum, par patient ou par groupe d'assurés, 50 pour cent des coûts imputables dans la division commune d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Les coûts imputables sont calculés lors de la conclusion de la convention. Les frais d'investissement et les frais de formation et de recherche ne sont pas pris en compte.

² Les parties à une convention peuvent prévoir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne sont pas comprises dans le forfait, mais facturées séparément. Pour ces prestations, elles peuvent prendre en compte, pour les

habitants du canton, les coûts imputables à raison d'au maximum 50 pour cent, s'agissant d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics.

³ En cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital selon les 1^{er} et 2^e alinéas, tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier. Si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'article 43 est applicable.

⁴ La rémunération au sens des 1^{er} à 3^e alinéas épuise toutes les prétentions de l'hôpital pour la division commune.

⁵ Le Conseil fédéral édicte des dispositions sur le mode de rémunération en cas de séjour partiel à l'hôpital.

⁶ Les hôpitaux calculent leurs coûts et classent leurs prestations selon une méthode uniforme; ils tiennent, à cet effet, une comptabilité analytique ainsi qu'une statistique de leurs prestations. Le Conseil fédéral édicte les dispositions d'exécution à cet effet. Les gouvernements cantonaux et les partenaires tarifaires peuvent consulter les pièces.

⁷ Les gouvernements cantonaux ou le Conseil fédéral peuvent faire procéder à la comparaison des frais d'exploitation entre hôpitaux. Les cantons et les hôpitaux doivent fournir les pièces nécessaires à cet effet. Si la comparaison montre que les coûts d'un hôpital se situent nettement au-dessus des coûts d'hôpitaux comparables ou si les pièces présentées par un hôpital sont insuffisantes, les assureurs peuvent dénoncer la convention sans respecter le délai au sens de l'article 39, 4^e alinéa, et demander à l'autorité qui approuve (art. 39, 3^e al.) de réduire les tarifs dans une juste mesure.

Art. 43 Conventions tarifaires avec des établissements médico-sociaux

En cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 33, 2^e al., let. b), l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire et pour les soins à domicile. Il peut toutefois convenir, avec l'établissement médico-social, d'un mode de rémunération forfaitaire. Les 6^e et 7^e alinéas de l'article 42 sont applicables par analogie.

Art. 44 Analyses et médicaments; moyens et appareils

¹ Après avoir consulté les commissions compétentes de spécialistes et conformément aux principes des articles 26, 1^{er} alinéa, et 37, 5^e alinéa:

a. le département édicte:

1. une liste des analyses avec tarif;
2. une liste avec tarif des produits et des substances actives et auxiliaires employés pour la prescription magistrale; le tarif comprend aussi les prestations du pharmacien;
3. des dispositions sur l'obligation de prise en charge et l'étendue de la rémunération de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques;

b. l'office fédéral établit une liste, avec prix, des préparations pharmaceutiques et des médicaments confectionnés.

² Les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques peuvent être facturés au plus d'après les tarifs, prix et taux de rémunération au sens du 1^{er} alinéa. Le Conseil fédéral désigne les analyses effectuées au cabinet du médecin pour lesquelles le tarif peut être fixé d'après les articles 39 et 41.

Art. 45 Recours au Conseil fédéral

¹ Les décisions des gouvernements cantonaux au sens des articles 38, 3^e alinéa, 39, 3^e alinéa, 40, 41, 1^{er} à 3^e alinéas, et 42, 7^e alinéa, peuvent faire l'objet d'un recours au Conseil fédéral.

² La procédure de recours est régie par la loi fédérale sur la procédure administrative¹⁾.

Section 5: Mesures extraordinaires de maîtrise des coûts

Art. 46 Fixation d'un budget global par le Conseil fédéral

¹ Si la maîtrise des coûts l'exige, le Conseil fédéral peut limiter par des montants globaux (budgétisation globale) le volume de la rémunération de certaines ou de toutes les catégories de fournisseurs de prestations dans certains cantons ou pour toute la Suisse, et cela pour une période déterminée. Il tient notamment compte, à cet effet, de l'évolution générale des salaires et des prix.

² Les cantons et les fédérations de fournisseurs de prestations et d'assureurs doivent être consultés au préalable, s'ils sont concernés.

³ Les fournisseurs de prestations touchés par la budgétisation globale s'entendent sur la répartition du montant mis à leur disposition; ils désignent l'institution chargée de verser les rémunérations. Si, dans les quatre mois suivant la fixation du montant global par le Conseil fédéral (1^{er} al.), les fournisseurs de prestations ne se sont pas entendus sur la répartition de ce montant ni sur son versement, le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires.

Art. 47 Limitation de l'admission de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie

¹ Si la maîtrise des coûts l'exige, le Conseil fédéral peut, pour une durée limitée, soumettre à des conditions supplémentaires l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins d'après les articles 30 à 34.

² Il peut notamment faire dépendre l'admission de la preuve d'un besoin.

³ Les cantons et les fédérations de fournisseurs de prestations et d'assureurs doivent être consultés au préalable, s'ils sont concernés.

¹⁾ RS 172.021

Section 6:

Contrôle du caractère économique et de la qualité des prestations

Art. 48 Caractère économique des prestations

¹ Le fournisseur de prestations doit se limiter, dans ses prestations, à ce qui est exigé par l'intérêt de l'assuré et par le but du traitement.

² La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée. Le fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes reçues à tort au sens de la présente loi. Ont qualité pour demander la restitution:

- a. l'assuré ou, d'après l'article 81, 3^e alinéa, l'assureur dans le système du tiers garant (art. 36, 1^{er} al.);
- b. l'assureur dans le système du tiers payant (art. 36, 2^e al.).

³ Le fournisseur de prestations doit répercuter sur le débiteur de la rémunération les avantages directs ou indirects qu'il perçoit:

- a. d'un autre fournisseur de prestations agissant sur son mandat;
- b. de personnes ou d'institutions qui fournissent des médicaments ou des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques.

⁴ Si le fournisseur de prestations ne répercute pas cet avantage, l'assuré ou l'assureur peut en exiger la restitution.

Art. 49 Médecins-conseils

¹ Après avoir consulté les sociétés médicales cantonales, les assureurs ou leurs fédérations désignent des médecins-conseils. Ceux-ci doivent satisfaire aux conditions d'admission selon l'article 30 et avoir exercé une activité dans un cabinet médical durant trois ans au moins.

² Les médecins-conseils qui sont appelés à exercer leur activité dans toute la Suisse doivent être désignés avec l'accord de la société médicale du canton dans lequel l'assureur a son siège principal ou dans lequel la fédération d'assureurs a son siège.

³ Si une société médicale cantonale conteste le droit d'un médecin à exercer son activité de médecin-conseil, le tribunal arbitral au sens de l'article 81 doit statuer.

⁴ Le médecin-conseil donne son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs. Il examine en particulier si les conditions de prise en charge d'une prestation sont remplies.

⁵ Le médecin-conseil évalue les cas en toute indépendance. Ni l'assureur et le fournisseur de prestations ni leurs fédérations ne peuvent lui donner des directives à cet effet.

⁶ Les fournisseurs de prestations doivent donner aux médecins-conseils les indications dont ils ont besoin pour remplir leurs tâches selon le 4^e alinéa. S'il n'est pas possible d'obtenir ces informations par un autre moyen, le médecin-conseil peut

examiner personnellement un assuré; il doit en informer préalablement le médecin traitant et lui communiquer le résultat de l'examen. Si les circonstances le justifient, l'assuré peut toutefois exiger que l'examen soit effectué par un médecin autre que le médecin-conseil. Lorsque l'assuré et l'assureur ne peuvent s'entendre, le tribunal arbitral selon l'article 81 tranche.

⁷ Les médecins-conseils ne transmettent aux organes compétents des assureurs que les indications dont ceux-ci ont besoin pour décider de la prise en charge d'une prestation, pour fixer la rémunération ou pour motiver une décision. Ce faisant, ils respectent les droits de la personnalité des assurés.

⁸ Les associations faitières suisses de médecins et d'assureurs règlent la transmission des indications au sens du 7^e alinéa, la formation continue et le statut des médecins-conseils. Si elles ne peuvent s'entendre, le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires.

Art. 50 Garantie de la qualité

¹ Après avoir consulté les organisations intéressées, le Conseil fédéral peut prévoir des contrôles scientifiques et systématiques pour garantir la qualité ou l'adéquation des prestations que l'assurance obligatoire des soins prend en charge.

² Il peut en confier l'exécution aux associations professionnelles ou à d'autres institutions.

³ Il détermine les mesures servant à garantir ou à rétablir la qualité ou l'adéquation des prestations. Il peut en particulier prescrire aux assureurs de requérir l'accord du médecin-conseil avant l'exécution de certaines mesures diagnostiques ou thérapeutiques, notamment de celles qui sont particulièrement coûteuses.

Art. 51 Exclusion de fournisseurs de prestations

Si, pour des raisons graves, notamment en cas de manquements aux exigences posées par les articles 48 et 50, un assureur ne veut pas ou ne veut plus permettre à un fournisseur de prestations d'exercer son activité dans le cadre de la présente loi, le tribunal arbitral au sens de l'article 81 doit en décider.

Chapitre 5: Financement

Section 1: Système financier et présentation des comptes

Art. 52

¹ L'assurance obligatoire des soins est financée d'après le système de la répartition des dépenses. Les assureurs constituent des réserves suffisantes afin de supporter les coûts afférents aux maladies déjà survenues et de garantir leur solvabilité à long terme.

² Le financement doit être autonome. Dans le bilan, les assureurs doivent présenter séparément les provisions et les réserves pour l'assurance obligatoire des soins.

³ Les assureurs tiennent un compte d'exploitation distinct pour l'assurance obligatoire des soins. L'exercice comptable correspond à l'année civile.

⁴ Le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires, notamment sur la tenue de la comptabilité, la présentation et le contrôle des comptes, la constitution de réserves et les placements de capitaux.

Section 2: Primes des assurés

Art. 53 Principes

¹ L'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés. Sauf disposition contraire de la présente loi, l'assureur prélève des primes égales auprès de ses assurés.

² L'assureur peut échelonner les montants des primes s'il est prouvé que les coûts diffèrent selon les régions. Le lieu de résidence de l'assuré est déterminant. Il ne peut y avoir plus de trois échelonnements par canton.

³ Pour les assurés n'ayant pas 18 ans révolus (enfants), l'assureur doit fixer une prime plus basse que celle des assurés plus âgés (adultes).

Art. 54 Formes particulières d'assurance

¹ L'assureur peut réduire les primes des assurances impliquant un choix limité du fournisseur de prestations d'après l'article 35, 4^e alinéa.

² Le Conseil fédéral peut autoriser la pratique de formes d'assurance dans lesquelles:

- a. l'assuré qui consent à une participation aux coûts plus élevée que celle qui est prévue à l'article 56 bénéficie en contrepartie d'une réduction de prime;
- b. le montant de la prime de l'assuré dépend de la question de savoir si, pendant une certaine période, il a bénéficié ou non de prestations d'assurance.

³ Le Conseil fédéral règle en détail les formes particulières d'assurance. Il fixe notamment les limites maximales des réductions de primes et les limites minimales des suppléments de primes.

Art. 55 Indemnisation de tiers

¹ Si un employeur, une association d'employeurs, une association de travailleurs ou une autorité d'assistance se charge de tâches d'exécution de l'assurance-maladie, l'assureur peut les indemniser de façon appropriée.

² Le Conseil fédéral fixe les limites maximales des indemnités.

Section 3: Participation aux coûts

Art. 56

¹ Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient.

² Leur participation comprend:

- a. un montant fixe par année (franchise) et
- b. 10 pour cent des coûts qui dépassent la franchise (quote-part).

³ Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise et le montant maximal annuel de la quote-part.

⁴ Pour les enfants, le montant de la franchise et celui de la quote-part sont réduits de moitié. Plusieurs enfants d'une même famille, assurés par le même assureur, payent ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dus par un adulte.

⁵ En cas d'hospitalisation, les assurés versent, en outre, une contribution aux frais de séjour, laquelle est échelonnée en fonction des charges de famille. Le Conseil fédéral fixe le montant de cette contribution.

⁶ Le Conseil fédéral peut:

- a. prévoir une participation aux coûts plus élevée dans le cas de certaines prestations;
- b. réduire ou supprimer la participation aux coûts des traitements prolongés et du traitement de maladies graves;
- c. supprimer la participation aux coûts pour une assurance impliquant un choix limité d'après l'article 35, 4^e alinéa, lorsque cette participation se révèle être inappropriée.

⁷ L'assureur ne peut exiger aucune participation s'il s'agit de:

- a. mesures de prévention;
- b. prestations en cas de maternité.

Section 4: Subsidés des pouvoirs publics

Art. 57 Subsidés de la Confédération destinés à réduire les primes

¹ La Confédération accorde aux cantons des subsidés annuels qui servent à réduire les primes au sens de l'article 58.

² Ces subsidés annuels sont fixés par un arrêté fédéral simple valable quatre ans, compte tenu de l'évolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins et de la situation financière de la Confédération.

³ Le Conseil fédéral fixe la part des subsidés qui revient à chaque canton d'après sa population résidente et sa capacité financière.

⁴ Le Conseil fédéral décide, d'après la capacité financière des cantons, dans quelle mesure ils doivent au moins contribuer à augmenter le volume des subsidés fédéraux. Le montant global que les cantons auront à verser est au moins égal à la moitié de l'ensemble des subsidés fédéraux.

Art. 58 Réduction des primes par les cantons

¹ Lorsque le total des primes dues au titre de l'assurance obligatoire des soins par un assuré pour lui-même et pour les membres de sa famille dont il a la charge dépasse un certain pourcentage de son revenu, dont le taux est fixé par le canton, celui-ci prend en charge l'excédent. Est compétent le canton où l'assuré acquitte l'impôt fédéral direct.

² Le pourcentage est fixé de telle manière que les subsides fédéraux et cantonaux selon l'article 57 soient en principe versés intégralement. Un solde éventuel est reporté sur l'année suivante. Le canton peut prévoir que les subsides d'un montant minime ne seront pas versés aux assurés.

³ Est réputé revenu le revenu imposable de l'impôt fédéral direct, augmenté d'un supplément fixé par le canton pour la fortune imposable selon le droit cantonal.

⁴ Les valeurs fiscales sont tirées de la dernière taxation passée en force. Si cette taxation remonte à plus de trois ans, l'estimation provisoire est déterminante; si celle-ci fait défaut pour l'impôt fédéral direct, la dernière taxation passée en force ou l'estimation provisoire pour l'impôt cantonal sur le revenu ou le produit du travail est déterminante.

⁵ Le Conseil fédéral peut obliger les autorités fiscales, fédérales ou cantonales, à fournir aux autorités cantonales compétentes les renseignements dont elles ont besoin pour fixer les réductions de primes.

Titre 3: Assurance facultative d'indemnités journalières

Art. 59 Adhésion

¹ Toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative et qui est âgée de quinze ans révolus, mais qui n'a pas atteint l'âge de 65 ans révolus, peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur au sens de l'article 60.

² Elle peut, à cet effet, choisir un autre assureur que pour l'assurance obligatoire des soins.

³ L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective. Les assurances collectives peuvent être conclues par des:

- a. employeurs, pour leurs travailleurs ou pour eux-mêmes;
- b. associations d'employeurs ou des associations professionnelles, pour leurs membres et les travailleurs de leurs membres;
- c. associations de travailleurs, pour leurs membres.

Art. 60 Assureurs

¹ Les assureurs au sens de l'article 8 doivent admettre, dans les limites de leur rayon d'activité territorial, toute personne qui a le droit de s'assurer.

² Le département reconnaît aussi les caisses-maladie qui limitent leur activité à l'assurance d'indemnités journalières en faveur des membres d'une entreprise ou d'une association professionnelle, pour autant qu'elles remplissent les conditions des articles 9 et 10 qui les concernent.

³ Les articles 8 à 14 sont applicables par analogie.

Art. 61 Réserve d'assurance

¹ Les assureurs peuvent excepter de l'assurance, en en faisant l'objet d'une réserve, les maladies existant au moment de l'admission. Il en va de même pour les maladies antérieures si, selon l'expérience, une rechute est possible.

² Les réserves sont caduques au plus tard au bout de cinq ans. Avant l'échéance de ce délai, l'assuré peut fournir la preuve qu'une réserve existante n'est plus justifiée.

³ La réserve n'est valable que si elle est communiquée par écrit à l'assuré et que la maladie mise sous réserve ainsi que le début et la fin de la durée de validité de la réserve sont communiqués avec exactitude.

⁴ Les 1^{er} à 3^e alinéas sont applicables par analogie en cas d'augmentation du montant des indemnités journalières et de réduction du délai d'attente.

Art. 62 Changement d'assureur

¹ Le nouvel assureur n'a pas le droit d'instituer de nouvelles réserves si l'assuré change d'assureur :

- a. parce que ses rapports de travail ou la fin de ceux-ci l'exigent ;
- b. parce qu'il sort du rayon d'activité de son assureur antérieur ou
- c. parce que son assureur ne pratique plus l'assurance-maladie.

² Le nouvel assureur peut maintenir en vigueur, jusqu'à l'échéance du délai initial, des réserves instaurées par l'assureur antérieur.

³ L'ancien assureur doit communiquer à l'assuré, par écrit, qu'il a un droit de libre passage. S'il omet de faire cette communication, la protection d'assurance auprès de l'ancien assureur subsiste. L'assuré doit faire valoir son droit au libre passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication.

⁴ Le nouvel assureur doit, sur demande de l'assuré, continuer d'assurer les indemnités journalières pour le même montant que précédemment. Il peut, à cet effet, imputer les indemnités journalières touchées auprès de l'ancien assureur sur la durée du droit aux prestations selon l'article 64.

Art. 63 Assurés sortant de l'assurance collective

¹ Lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur. Si, dans l'assurance individuelle, l'assuré ne s'assure pas pour des prestations plus élevées, de

nouvelles réserves ne peuvent être instituées; l'âge d'entrée déterminant dans le contrat collectif est maintenu.

² L'assureur doit communiquer à l'assuré, par écrit, qu'il a le droit de passer dans l'assurance individuelle. S'il omet de faire cette communication, l'assuré reste dans l'assurance collective. L'assuré doit faire valoir son droit de passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication.

Art. 64 Prestations

¹ Les assureurs conviennent avec les preneurs d'assurance du montant des indemnités journalières assurées.

² Les assureurs doivent verser les indemnités journalières assurées en cas d'incapacité totale de travail. A défaut d'un accord contraire, le droit prend naissance le troisième jour qui suit le début de la maladie. Le versement des prestations peut être différé moyennant une réduction correspondante du montant de la prime.

³ Les indemnités journalières doivent être versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours.

Art. 65 Coordination avec l'assurance-chômage

¹ Les chômeurs atteints d'une incapacité de travail supérieure à 50 pour cent reçoivent des indemnités journalières entières et ceux qui sont atteints d'une incapacité de travail de plus de 25 pour cent, mais de 50 pour cent au maximum, des demi-indemnités journalières lorsqu'en vertu de leurs conditions d'assurance ou d'arrangements contractuels les assureurs versent, en principe, des prestations en espèces pour un même degré d'incapacité de travail.

² Les chômeurs assurés peuvent prétendre, moyennant une adaptation équitable des primes, à la transformation de leur ancienne assurance en une assurance dont les prestations sont versées dès le 31^e jour, sous garantie du montant des anciennes indemnités journalières et sans prendre en considération l'état de santé au moment de la transformation.

Art. 66 Indemnités journalières en cas de maternité

¹ En cas de grossesse et d'accouchement, les assureurs doivent verser les indemnités journalières assurées si, lors de l'accouchement, l'assurée était au bénéfice d'une assurance depuis au moins 270 jours sans interruption de plus de trois mois.

² Les indemnités journalières doivent être versées pendant 10 semaines, dont au moins 6 après l'accouchement. Elles ne peuvent être imputées sur la durée prévue à l'article 64, 3^e alinéa, et doivent être allouées même si cette durée est expirée.

³ L'assurée a droit aux indemnités journalières si elle n'accomplit pas, durant la période où celles-ci sont allouées, des travaux nuisibles à la santé.

Art. 67 Système financier et présentation des comptes

¹ L'assurance d'indemnités journalières est financée d'après le système de la répartition des dépenses. Les assureurs constituent des réserves suffisantes afin de supporter les coûts afférents aux maladies déjà survenues et de garantir leur solvabilité à long terme. Au surplus, les 2^e à 4^e alinéas de l'article 52 sont applicables par analogie.

² Si l'assureur applique dans l'assurance collective un tarif des primes qui diffère de celui de l'assurance individuelle, il doit tenir des comptes distincts pour l'assurance individuelle et l'assurance collective.

Art. 68 Primes des assurés

¹ L'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés. Il perçoit des primes égales s'il s'agit de prestations assurées égales.

² Si un délai d'attente est applicable au versement de l'indemnité journalière, l'assureur doit réduire les primes de manière correspondante.

³ L'assureur peut échelonner les primes d'après l'âge d'entrée et selon les régions. L'article 53, 2^e alinéa, est applicable par analogie.

⁴ Le Conseil fédéral peut édicter des dispositions plus détaillées sur la réduction des primes selon le 2^e alinéa et leur échelonnement d'après le 3^e alinéa.

Art. 69 Primes de l'assurance collective

Dans l'assurance collective, les assureurs peuvent prévoir des primes qui diffèrent de celles de l'assurance individuelle. Leurs montants doivent être fixés de manière à ce que l'assurance collective soit au moins autonome. Le Conseil fédéral peut notamment limiter les différences de prime.

Titre 4: Règles de coordination

Chapitre premier: Coordination des prestations

Art. 70

¹ Le Conseil fédéral règle les relations de l'assurance-maladie sociale avec les autres assurances sociales, en ce qui concerne en particulier:

- a. l'obligation d'avancer les prestations et la prise en charge subséquente des prestations avancées;
- b. l'obligation réciproque de donner des indications sur la fixation et la modification des prestations;
- c. la détermination des obligations de chaque assurance en cas de maladie et d'accident concomitants;
- d. le droit des assureurs d'attaquer des décisions touchant à l'obligation d'une autre assurance sociale de fournir des prestations.

² Il veille à ce que les prestations de l'assurance-maladie sociale ou leur concours avec celles d'autres assurances sociales ne conduisent pas à la surindemnisation des assurés ou des fournisseurs de prestations, notamment en cas d'hospitalisation.

Chapitre 2: Subrogation

Art. 71

¹ Dès la survenance de l'éventualité assurée, l'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations légales, aux droits de l'assuré contre tout tiers responsable.

² L'assureur n'a un droit de recours contre le conjoint de l'assuré, les parents de l'assuré en ligne ascendante ou descendante ou les personnes qui font ménage commun avec l'assuré uniquement s'ils ont provoqué le cas assuré intentionnellement ou par négligence grave.

³ Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur l'exercice du droit de subrogation.

Titre 5: Procédure, contentieux, dispositions pénales

Chapitre premier: Procédure

Art. 72 Décision

¹ Lorsque l'assuré n'accepte pas un prononcé de l'assureur, celui-ci doit rendre une décision écrite, dans les trente jours à compter de la demande expresse de l'assuré.

² L'assureur doit motiver la décision et indiquer les moyens juridictionnels; la notification irrégulière d'une décision ne peut entraîner aucun préjudice pour l'assuré.

³ Il ne peut subordonner la communication de sa décision à l'obligation d'avoir épuisé la voie interne de recours qu'il a prévue.

Art. 73 Consultation du dossier

Les intéressés ont le droit de consulter les pièces. Les intérêts privés dignes d'être protégés de l'assuré et de ses proches, ainsi que les intérêts publics, doivent être sauvegardés. Le Conseil fédéral définit le cercle des intéressés et règle la procédure.

Art. 74 Entraide et assistance administrative

¹ Les autorités administratives et judiciaires de la Confédération, des cantons, des districts, des cercles et des communes fournissent gratuitement aux organes

compétents de l'assurance-maladie sociale, à leur demande, les renseignements et documents nécessaires, pour fixer, modifier ou restituer des prestations ainsi que pour prévenir des versements indus, fixer et percevoir les primes ou exercer une action récursoire contre le tiers responsable.

² Les assureurs au sens de l'article 8 et les autres assureurs sociaux se prêtent mutuellement assistance dans des cas particuliers d'après le 1^{er} alinéa.

Art. 75 Obligation de garder le secret

Les personnes chargées de gérer, de contrôler ou de surveiller la pratique de l'assurance-maladie sociale doivent garder le secret à l'égard des tiers sur leurs constatations et observations. Lorsque aucun intérêt privé digne d'être protégé ne s'y oppose, le Conseil fédéral peut prévoir des exceptions à l'obligation de garder le secret.

Art. 76 Protection des données

La protection des données est régie par la loi fédérale sur la protection des données¹⁾, à l'exception des articles ... de celle-ci.

Chapitre 2: Contentieux

Art. 77 Opposition

¹ Toute décision peut être attaquée, dans les trente jours, par voie d'opposition auprès de l'assureur qui l'a notifiée.

² Les décisions rendues sur opposition doivent être motivées et indiquer les moyens juridictionnels.

³ La procédure d'opposition est gratuite; il ne peut être alloué de dépens.

⁴ L'assureur ne peut subordonner la communication de sa décision sur opposition à l'obligation d'avoir épuisé la voie interne de recours qu'il a prévue.

Art. 78 Tribunal cantonal des assurances

¹ Les décisions rendues sur opposition peuvent être attaquées par la voie du recours de droit administratif. Le recours doit être déposé dans les trente jours à partir de la notification de la décision rendue sur opposition devant le tribunal des assurances désigné par chaque canton pour connaître des litiges opposant un assureur à un autre assureur, à un assuré ou à un tiers.

² Le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur n'a pas rendu de décision ni de décision sur opposition, en dépit de la demande de l'assuré.

³ Le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'assuré ou le tiers a son domicile au moment où le recours est déposé, ou du canton où se trouve le

¹⁾ RO ...

siège de l'assureur intimé. Si l'assuré est domicilié à l'étranger, est compétent le tribunal des assurances du canton où l'assuré a eu son dernier domicile en Suisse ou celui du canton où le dernier employeur suisse est domicilié; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances du canton où l'assureur a son siège est compétent. En cas de contestation des assureurs entre eux, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où se trouve le siège de l'assureur défendeur.

⁴ L'assureur ne peut subordonner le droit de l'assuré de s'adresser au tribunal cantonal des assurances à l'obligation d'avoir épuisé la voie interne de recours qu'il a prévue.

Art. 79 Règles de procédure

Les cantons règlent la procédure qui doit satisfaire aux exigences suivantes:

- a. elle doit être simple, rapide et gratuite pour les parties. Des émoluments de justice et les frais de procédure peuvent toutefois être mis à la charge de la partie qui a un comportement téméraire ou témoigne de légèreté;
- b. l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et motifs invoqués, ainsi que les conclusions. Si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable à son auteur pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera déclaré irrecevable;
- c. le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement;
- d. le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties. Il peut réformer au détriment du recourant la décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer;
- e. si les circonstances le justifient, les parties sont convoquées aux débats;
- f. le droit de se faire assister par un conseil doit être garanti. Lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite sera accordée au recourant;
- g. le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal. Le montant est déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige;
- h. les jugements contiennent les motifs retenus, l'indication des moyens juridiques et les noms des membres du tribunal; ils sont communiqués par écrit;
- i. les jugements doivent être révisés si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement.

Art. 80 Exécution

¹ Les décisions et les décisions sur opposition rendues en vertu de la présente loi sont exécutoires lorsque:

- a. elles ne peuvent plus être attaquées par un moyen juridictionnel;
- b. le moyen de droit possible n'a pas d'effet suspensif;
- c. l'effet suspensif attribué à un moyen de droit a été retiré.

² Les décisions et décisions sur opposition exécutoires qui portent condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés sont assimilées aux jugements exécutoires au sens de l'article 80 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite¹⁾.

Art. 81 Tribunal arbitral cantonal

¹ Les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations sont jugés par un tribunal arbitral.

² Le tribunal arbitral compétent est celui du canton dont le tarif est appliqué ou du canton dans lequel le fournisseur de prestations est installé à titre permanent.

³ Le tribunal arbitral est aussi compétent, si le débiteur de la rémunération est l'assuré; en pareil cas, l'assureur représente, à ses frais, l'assuré au procès.

⁴ Les cantons désignent le tribunal arbitral et fixent la procédure qui doit être simple et rapide. Le tribunal arbitral établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement.

⁵ Les jugements contiennent les motifs retenus, l'indication des moyens juridictionnels et les noms des membres du tribunal; ils sont communiqués par écrit.

Art. 82 Tribunal fédéral des assurances

Les jugements rendus par un tribunal cantonal des assurances ou par un tribunal arbitral peuvent être attaqués devant le Tribunal fédéral des assurances, conformément à la loi fédérale d'organisation judiciaire²⁾.

Chapitre 3: Dispositions pénales

Art. 83 Délits

Celui qui, par des indications fausses ou incomplètes ou de toute autre manière, aura obtenu pour lui-même ou pour autrui, sur la base de la présente loi, une prestation qui ne lui revient pas,

¹⁾ RS 281.1

²⁾ RS 173.110

celui qui, par des indications fausses ou incomplètes ou de toute autre manière, se sera dérobé, partiellement ou totalement, à l'obligation de s'assurer,

celui qui, en qualité d'organe d'exécution au sens de la présente loi, aura violé ses obligations, notamment celle de garder le secret, ou aura abusé de sa fonction au détriment d'un tiers pour se procurer un avantage ou pour procurer à un tiers un avantage illicite,

sera puni, à moins qu'il ne s'agisse d'un crime ou d'un délit passible d'une peine plus lourde selon le code pénal¹⁾, de l'emprisonnement pour six mois au plus ou d'une amende.

Art. 84 Contraventions

Sera puni des arrêts ou d'une amende celui qui intentionnellement:

- a. aura fourni, en violation de son obligation de renseigner, des renseignements inexacts ou refusé de fournir des renseignements;
- b. se sera soustrait au devoir d'entraide et d'assistance administrative au sens de l'article 74;
- c. se sera opposé à un contrôle ordonné par l'autorité de surveillance ou l'aura rendu impossible de toute autre manière.

Art. 85 Infractions commises dans la gestion d'une entreprise

Les articles 6 et 7 de la loi fédérale sur le droit pénal administratif²⁾ sont applicables.

Art. 86 Poursuite pénale

La poursuite pénale incombe aux cantons.

Titre 6: Dispositions finales

Chapitre premier: Exécution

Art. 87

Le Conseil fédéral est chargé de l'exécution de la présente loi. Il édicte les dispositions nécessaires.

¹⁾ RS 311.0

²⁾ RS 313.0

Chapitre 2: Abrogation et modification de lois fédérales

Art. 88

¹ La loi fédérale du 13 juin 1911¹⁾ sur l'assurance-maladie est abrogée.

² La loi fédérale du 23 juin 1978²⁾ sur la surveillance des institutions d'assurance privées est modifiée comme il suit:

Art. 4, 1^{er} al., let. f et g

¹ Sont exceptées de la surveillance:

- f. Les caisses-maladie au sens de l'article 9 de la loi du . . .³⁾ sur l'assurance-maladie (LAMal);
- g. Les fondations de réassurance selon l'article 11, 1^{er} alinéa, lettre b, LAMal.

Art. 5

Abrogé

³ La loi fédérale du 2 avril 1908⁴⁾ sur le contrat d'assurance est modifiée comme il suit:

Art. 100, 2^e al.

² Pour les preneurs d'assurance et les assurés qui, en vertu de l'article 10 de la loi du 25 juin 1982⁵⁾ sur l'assurance-chômage, sont réputés chômeurs, les articles 63, 1^{er} alinéa, et 65 de la loi du . . .³⁾ sur l'assurance-maladie sont en outre applicables par analogie.

Art. 101, 1^{er} al., ch. 2

¹ La présente loi n'est pas applicable:

- 2. Aux rapports de droit privé entre les institutions d'assurance qui sont exceptées de la surveillance en vertu de l'article 4,

¹⁾ RS 8 281; RO 1959 858, 1964 965, 1968 64, 1971 1465, 1977 2249, 1978 1836, 1982 196, 1676, 2184, 1990 1091

²⁾ RS 961.01

³⁾ RO . . .

⁴⁾ RS 221.229.1

⁵⁾ RS 837.0

lettres a à e et g, de la loi sur la surveillance des assurances du 23 juin 1978¹⁾ (LSA), ou qui sont soumises à la surveillance simplifiée (art. 6 LSA) et leurs assurés.

⁴ La loi fédérale du 20 mars 1981²⁾ sur l'assurance-accidents est modifiée comme il suit:

Art. 68, 1^{er} al., let. c

¹ Les personnes que la CNA n'a pas la compétence d'assurer doivent, conformément à la présente loi, être assurées contre les accidents par une des entreprises désignées ci-après:

c. Caisses-maladie au sens de la loi du . . .³⁾ sur l'assurance-maladie;

⁵ La loi fédérale du 19 mars 1965⁴⁾ sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité est modifiée comme il suit:

Art. 3, 4^e al., let. d

⁴ Sont déduits du revenu:

d. Les primes d'assurance sur la vie, contre les accidents et l'invalidité jusqu'à concurrence d'un montant annuel de 300 francs pour les personnes seules et de 500 francs pour les couples et les personnes qui ont des enfants ayant ou donnant droit à une rente, ainsi que les cotisations aux assurances sociales de la Confédération, à l'exclusion de l'assurance-maladie.

Art. 3, al. 4^{bis}

^{4bis} Le Conseil fédéral précise quels sont les frais de home, de médecin, de dentiste, de pharmacie, de soins et de moyens auxiliaires ainsi que les frais supplémentaires résultant de l'invalidité qui peuvent être déduits.

Disposition transitoire

¹ En compensation de la suppression des déductions pour primes de caisses-maladie, les limites de revenu fixées à l'article 2, 1^{er} alinéa, pour les personnes seules et les couples subissent une augmentation unique, dont le montant est déterminé par le Conseil fédéral.

² Cette augmentation prend effet au début de l'année.

¹⁾ RS 961.01

²⁾ RS 832.20

³⁾ RO . . .

⁴⁾ RS 831.30

Chapitre 3: Dispositions transitoires

Art. 89 Dispositions cantonales

¹ Les cantons édictent les dispositions d'exécution de l'article 58 avant l'entrée en vigueur de la présente loi. Le Conseil fédéral fixe la date à laquelle ils doivent avoir édicté les autres dispositions d'exécution.

² Lorsqu'il ne peut édicter à temps les dispositions définitives, le gouvernement cantonal peut arrêter une réglementation provisoire.

Art. 90 Poursuite de la pratique de l'assurance par des caisses-maladie reconnues

¹ Les caisses-maladie qui sont reconnues selon la loi fédérale du 13 juin 1911 et qui veulent continuer de pratiquer l'assurance-maladie conformément à la présente loi doivent le communiquer à l'office fédéral au plus tard six mois avant l'entrée en vigueur de la loi. Elles doivent simultanément lui soumettre les tarifs des primes de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières pour approbation selon l'article 16, 2^e alinéa, de la loi.

² Les caisses dont le domaine d'activité se limitait d'après l'ancien droit à une entreprise ou à une association professionnelle peuvent continuer de pratiquer l'assurance d'indemnités journalières dans le cadre restreint précité. Elles doivent l'indiquer dans leur communication selon le 1^{er} alinéa.

³ Le Conseil fédéral édicte des dispositions sur la répartition de la fortune que les caisses-maladie possédaient jusqu'alors entre les assurances qui continuent d'être pratiquées d'après le nouveau droit.

Art. 91 Renonciation à la pratique de l'assurance-maladie sociale

¹ Les caisses-maladie qui ne continuent pas de pratiquer l'assurance-maladie conformément à la présente loi cessent d'être reconnues dès l'entrée en vigueur de celle-ci. Elles doivent en informer par écrit leurs membres et l'office fédéral au plus tard six mois avant l'entrée en vigueur de la loi.

² Lesdites caisses doivent se dissoudre si elles n'ont pas obtenu, lors de l'entrée en vigueur de la présente loi, l'agrément de pratiquer des assurances au sens de la loi du 23 juin 1978¹⁾ sur la surveillance des assurances (LSA). La pratique de l'assurance d'indemnités journalières limitée à une entreprise ou à une association professionnelle est réservée. L'office fédéral décide, après avoir consulté l'Office fédéral des assurances privées, quelle part de la fortune de ces caisses doit être utilisée conformément au 3^e alinéa.

³ Si la fortune d'une caisse dissoute n'est pas transférée lors d'une fusion à un autre assureur au sens de l'article 8, un excédent de fortune éventuel constaté dans les caisses organisées selon le droit privé revient au fonds en cas d'insolvabilité de l'institution commune (art. 15).

¹⁾ RS 961.01

Art. 92 Autres assureurs

Les assureurs selon l'article 8, lettre b, qui veulent pratiquer l'assurance-maladie sociale lors de l'entrée en vigueur de la loi, doivent envoyer leur demande d'autorisation, accompagnée des pièces nécessaires, à l'office fédéral au plus tard 6 mois avant l'entrée en vigueur de la présente loi.

Art. 93 Fournisseurs de prestations

¹ Les médecins, pharmaciens, chiropraticiens, sages-femmes, le personnel paramédical et les laboratoires qui, d'après l'ancien droit, étaient autorisés à exercer leur activité à la charge de l'assurance-maladie sont également admis comme fournisseurs de prestations selon le nouveau droit.

² Tant que le Conseil fédéral n'a pas édicté les dispositions selon l'article 31, 3^e alinéa, les médecins autorisés par un canton à tenir une pharmacie peuvent, dans les limites de cette autorisation, dispenser directement des médicaments (propharmacie).

³ Les établissements ou leurs divisions qui étaient réputés établissements hospitaliers d'après l'ancien droit sont également admis comme fournisseurs de prestations selon le nouveau droit, tant que le canton n'a pas élaboré la liste des hôpitaux et des établissements médico-sociaux prévue à l'article 33, 1^{er} alinéa, lettre e. L'obligation des assureurs d'allouer des prestations et le montant de la rémunération découlent, jusqu'à une date que le Conseil fédéral fixera, des conventions ou tarifs en vigueur jusqu'alors.

Art. 94 Rapports d'assurance existants

¹ Si des caisses reconnues continuent de pratiquer, d'après le nouveau droit, des assurances de soins et d'indemnités journalières existant selon l'ancien droit, le nouveau droit s'applique à ces assurances dès l'entrée en vigueur de la présente loi.

² Les dispositions des caisses relatives aux prestations pour soins excédant le catalogue selon l'article 28, 1^{er} alinéa, (prestations statutaires, assurances complémentaires) doivent être adaptées au nouveau droit dans le délai d'une année dès l'entrée en vigueur de la loi. Les droits et les obligations des assurés sont régis par l'ancien droit tant que l'adaptation n'est pas effectuée. La caisse doit offrir à ses assurés des contrats qui prévoient une couverture d'assurance ayant au moins la même étendue que celle dont ils bénéficiaient jusqu'alors. Les périodes d'assurance accomplies sous l'ancien droit sont prises en compte lors de la fixation des primes.

³ Les rapports d'assurance existant, selon l'ancien droit, avec des caisses qui perdent leur reconnaissance et qui continuent de pratiquer l'assurance en tant qu'institution d'assurance au sens de la loi du 23 juin 1978¹⁾ sur la surveillance des assurances (art. 91), sont caducs dès l'entrée en vigueur de la présente loi.

¹⁾ RS 961.01

L'assuré peut toutefois demander le maintien de ses rapports d'assurance pour autant que l'institution d'assurance lui offre une assurance correspondante.

⁴ Les contrats existant, selon l'ancien droit, avec d'autres assureurs que les caisses-maladie reconnues pour des risques couverts par l'assurance obligatoire des soins selon la présente loi sont caducs dès l'entrée en vigueur de celle-ci. Les primes payées pour la période postérieure à l'entrée en vigueur de la loi seront restituées. Les prestations d'assurance dues pour des accidents survenus avant l'entrée en vigueur de la loi sont allouées d'après les anciens contrats.

⁵ Les contrats existant, selon l'ancien droit, avec d'autres assureurs que les caisses reconnues pour des risques couverts par l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la présente loi peuvent, dans le délai d'une année dès l'entrée en vigueur de celle-ci, être adaptés au nouveau droit si le preneur d'assurance le demande.

Art. 95 Prestations d'assurance

¹ Les prestations d'assurance pour les traitements effectués avant l'entrée en vigueur de la présente loi sont allouées d'après l'ancien droit.

² Les indemnités journalières dont le versement est en cours lors de l'entrée en vigueur de la présente loi et qui résultent de l'assurance d'indemnités journalières auprès de caisses reconnues devront encore être allouées pendant deux ans au plus, conformément aux dispositions de l'ancien droit sur la durée des prestations.

Art. 96 Conventions tarifaires

¹ L'entrée en vigueur de la présente loi ne rend pas caduques les conventions tarifaires existantes. Le Conseil fédéral fixe la date jusqu'à laquelle celles-ci doivent être adaptées au nouveau droit.

² Les assureurs qui commencent de pratiquer l'assurance-maladie sociale sous le régime du nouveau droit ont le droit d'adhérer aux conventions tarifaires passées sous l'ancien droit par des fédérations de caisses (art. 39, 2^e al.).

³ Le Conseil fédéral fixe la date à partir de laquelle les hôpitaux et les établissements médico-sociaux doivent satisfaire à l'article 42, 6^e et 7^e alinéas.

Art. 97 Compensation des risques

¹ Les assureurs dont les effectifs de femmes et de personnes âgées assurées sont inférieurs à la moyenne de l'ensemble des assureurs doivent verser une contribution à l'institution commune (art. 15) en faveur des assureurs dont les effectifs de femmes et de personnes âgées assurées dépassent cette moyenne (compensation des risques).

² La comparaison s'effectue, par canton et pour chaque assureur, sur la base de l'effectif des assurés.

³ L'institution commune procède à la compensation des risques entre assureurs pour chaque canton.

⁴ La compensation des risques est limitée à une durée de dix ans dès l'entrée en vigueur de la présente loi.

Art. 98 Subsidés fédéraux

Pour les quatre premières années qui suivent l'entrée en vigueur de la présente loi, mais tout au plus jusqu'en 199. . ., les subsides annuels de la Confédération selon l'article 57 s'élèvent à 2 milliards de francs.

Chapitre 4: Référendum et entrée en vigueur

Art. 99

¹ La présente loi est sujette au référendum facultatif.

² Le Conseil fédéral fixe la date de son entrée en vigueur.

✚ **Publications des départements et des offices
de la Confédération**

Procédure de consultation

Département fédéral de l'intérieur

Ordonnance sur les forêts

Date limite: 16 mars 1992

Département fédéral des finances

Révision partielle de la loi fédérale sur le contrôle du commerce des métaux précieux et des ouvrages en métaux précieux

Date limite: 30 avril 1992

Département fédéral de l'économie publique

Ordonnance sur l'astreinte au travail

(Exécution de l'art. 81, ch. 2, du code pénal militaire)

Date limite: 20 mars 1992

Ordonnance concernant le traitement des déchets animaux

Date limite: 20 mars 1992

28 janvier 1992

Chancellerie fédérale

Examen fédéral d'ingénieur géomètre de 1992

Les examens théoriques complémentaires, organisés selon l'ordonnance du 12 décembre 1983 concernant le brevet fédéral d'ingénieur géomètre, auront lieu au printemps, éventuellement aussi en automne 1992.

Les demandes d'admission doivent être adressées jusqu'au *29 février* respectivement au *31 août 1992*, dernier délai, à la Direction fédérale des mensurations cadastrales, 3003 Berne.

Conformément à l'article 7, 2^e alinéa, de ladite ordonnance, le candidat joindra les documents suivants à sa demande:

- a. les certificats des examens propédeutiques et des examens finals d'une EPF,
ou
- b. le diplôme de fin d'études d'une école d'ingénieurs ETS, ou
- c. le diplôme de fin d'études d'une institution étrangère de niveau universitaire.

Le lieu et la date des examens théoriques complémentaires feront l'objet de communications ultérieures.

11 décembre 1991

Commission fédérale d'examen:
Le président, Kägi

FS34925

Permis concernant la durée du travail octroyés

Déplacement des limites du travail de jour

Motifs: Exécution de commandes urgentes, horaire d'exploitation nécessaire pour des raisons économiques (art. 10, 2e al., LT)

- B.A.T. (Suisse) SA, 1211 Genève 26
préparation du tabac
1 ho
24 février 1992 au 25 février 1995 (renouvellement)

Travail de jour à deux équipes

Motifs: Exécution de commandes urgentes, horaire d'exploitation nécessaire pour des raisons économiques (art. 23, 1er al., LT)

- Hélio Courvoisier SA, 2301 La Chaux-de-Fonds
impression de timbres-poste
10 ho
13 janvier 1992 au 15 février 1992

Travail continu

Motifs: Horaire d'exploitation indispensable pour des raisons techniques ou économiques (art. 25, 1er al., LT)

- Aluminium Suisse SA, 3965 Chippis
presse à filer
48 ho
30 décembre 1991 au 31 décembre 1992

(ho = hommes, f = femmes, j = jeunes gens)

Voies de droit

Conformément à l'article 55, 2e alinéa, LT et aux articles 44 ss, LPA, ces décisions peuvent être attaquées devant le Département fédéral de l'économie publique par recours administratif, dans les 30 jours à compter de la présente publication. Le mémoire de recours doit être présenté en deux exemplaires, il indiquera les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire.

Toute personne ayant qualité pour recourir peut consulter sur rendez-vous, pendant la durée du délai de recours, les permis et leur justificatif, auprès de l'Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail, Gurtengasse 3, 3003 Berne, (tél. 031 61 29 45/28 58).

28 janvier 1992

Office fédéral de l'industrie,
des arts et métiers et du travail :

Division de la protection des
travailleurs et du droit du travail

Décisions du Service fédéral des améliorations foncières

- Commune de Pont FR, rationalisation de bâtiment
Perrey-Martin,
projet n° FR3495
- Commune de Montalchez NE, fumière et fosse à purin
Les Prises,
projet n° NE1111
- Commune de la Sagne NE, fumière et fosse à purin
Marmoud,
projet n° NE1174

Voies de recours

En vertu de l'article 68 de l'ordonnance sur les améliorations foncières (RS 913.1), des articles 44 ss de la loi fédérale sur la procédure administrative (RS 172.021), de l'article 12 de la loi fédérale sur la protection de la nature et du paysage (RS 451) et de l'article 14 de la loi fédérale sur les chemins pour piétons et les chemins de randonnée pédestre (RS 704), ces décisions peuvent faire l'objet d'un recours administratif auprès du Département fédéral de l'économie publique, dans un délai de 30 jours à compter de la présente publication. Le recours sera présenté en deux exemplaires; il indiquera les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et portera la signature du recourant ou de son mandataire.

Les personnes habilitées à recourir pourront consulter les décisions et les dossiers de projets auprès du Service fédéral des améliorations foncières, Mattenhofstrasse 5, 3003 Berne, dans le délai imparti pour les recours et après s'être annoncées par téléphone (tél. 031 61 26 55).

28 janvier 1992

Service fédéral des
améliorations foncières

Message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1992
Année	
Anno	
Band	1
Volume	
Volume	
Heft	03
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	91.071
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	28.01.1992
Date	
Data	
Seite	77-283
Page	
Pagina	
Ref. No	10 106 846

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.