

## **CH\_VB 98.058 vom 9. Februar 1999**

Bundesverwaltung, 1999-02-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ch\\_vb\\_98.058](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ch_vb_98.058)

FR: CH\_VB 98.058 du 9 février 1999

IT: CH\_VB 98.058 del 9 febbraio 1999

### **Erwägungen**

#### **E. 21**

Genèse de la réduction des primes Le message concernant la révision de l'assurance-maladie<sup>8</sup> prévoyait de maintenir le financement de l'assurance-maladie non seulement par des primes individuelles, mais aussi par une participation des assurés aux coûts et par des contributions des pouvoirs publics. Ces dernières ne devaient cependant plus revêtir la forme d'une redistribution à tous les assurés sans distinction, mais être destinées à la réduction individuelle des primes. On entendait par là garantir la solidarité entre des personnes aux revenus différents. Il était prévu que, dans un premier temps, tous les assurés paieraient eux-mêmes la totalité de leur prime. Dans le cas où celle-ci dépasserait un pourcentage donné de leur revenu, l'Etat rembourserait la différence. Le projet stipulait, en outre, que la Confédération verserait ses subsides aux cantons, ceux-ci y ajoutant une participation proportionnelle. Le montant total devait être utilisé selon les principes énoncés dans le projet de loi qui régissent la réduction individuelle des primes. Même si le projet laissait à chaque canton le soin de mettre en œuvre le dispositif de la réduction des primes, il tendait néanmoins à harmoniser les réglementations d'application. Cela aurait permis notamment d'examiner l'équivalence des réglementations cantonales. C'est aussi pourquoi les cantons auraient dû se fonder sur le revenu imposable selon l'impôt fédéral direct. Pour éviter que les personnes dispo-

si FF 1992 I I 16 738  
sant d'une fortune importante, mais d'un faible revenu imposable, ne bénéficient, elles aussi, de réductions des primes, les cantons devaient également tenir compte de la fortune en plus du revenu imposable. Toutefois, celle-ci n'étant pas soumise à une taxation fédérale, les cantons se seraient fondés sur leur propre réglementation fiscale. Or, au cours des débats parlementaires concernant la nouvelle loi sur l'assurance-maladie, il est rapidement apparu une préférence pour une conception plus fédéraliste de la réduction des primes. Le projet a donc été modifié en ce sens que les cantons ont la compétence et la responsabilité d'effectuer eux-mêmes la réduction des primes. En outre, on leur a donné la possibilité de diminuer de 50 pour cent au maximum leur propre contribution à condition que la réduction des primes des assurés de condition modeste soit tout de même garantie, les subsides fédéraux alloués à ces cantons étant alors réduit dans les mêmes proportions (cf. art. 66, 5e al., LAMal).

#### **E. 21.0**

0.0

#### **E. 21.7**

40.0

#### **E. 22**

Objectifs politiques de la réduction des primes Dans le message du Conseil fédéral, le montant annuel versé par la Confédération pour les quatre années suivant l'entrée en vigueur de la LAMal était fixé à 2 milliards de francs. Tant le Conseil fédéral que le Parlement partaient de l'idée que les cantons devaient ensemble contribuer à concurrence de la moitié au moins des subsides fédéraux. Mais contrairement à ce que prévoyait le message du Conseil fédéral, le Parlement a instauré une progression des subsides fédéraux pour ces quatre premières années afin de mieux tenir compte d'une augmentation des coûts certaine (notamment suite à un élargissement du catalogue des prestations). Il a en outre inscrit dans la loi le principe d'une progression, en pourcentage des subsides fédéraux, du montant global des contributions cantonales; c'est seulement à partir de 1999 que les cantons auront à payer la part initialement fixée, soit la moitié des subsides fédéraux. En introduisant la réduction individuelle des primes dans l'assurance-maladie, le législateur entendait traduire par l'acte l'idée d'un subventionnement conforme aux besoins des assurés. Selon le Conseil fédéral, les primes de l'assurance obligatoire des soins ne devaient pas excéder 8 pour cent du revenu imposable. Ce faisant, il entendait ne pas soutenir uniquement les personnes nécessitant une aide sociale. Cet assouplissement du système devait permettre aux cantons de mettre en œuvre un système social de subventionnement des primes, adapté aux réalités cantonales, et également éviter l'épuisement à tout prix des subsides fédéraux et cantonaux maximaux prévus dans la loi. Dans sa brochure d'explications concernant la votation populaire du 4 décembre 1994, le Conseil fédéral a expliqué que «grâce à des subsides fédéraux et cantonaux plus élevés, les cotisations des personnes et des familles qui en ont besoin pourront être réduites». Les chiffres montrent que les pouvoirs publics, en passant du subventionnement des caisses-maladie au système des réductions individuelles des primes, ont versé en 1996 des montants légèrement inférieurs à ceux de 1995; cela est dû aux versements effectués à titre extraordinaires en 1995 (droit d'urgence) et à l'introduction échelonnée des réductions des primes. Le montant total sera atteint en 1999 seulement, lorsque la part cantonale s'élèvera à 50 pour cent du subside fédéral. La comparaison entre 1994 et 1997 montre ainsi une augmentation des montants des pouvoirs publics destinés à l'assurance-maladie. 739

Subsides fédéraux de 1994 à 1997 (en millions de francs)

Subsides	Subsides	Total
Contributions fédérales	aux ledermix	aux subsides cantonales
Confédération	caisses assurés fédéraux	aux assurés et cantons
(réduction des primes)	(réduction individuelle des primes)	(réduction individuelle des primes)
Ancien droit (1994)	(LAMAetAFU)	1300 100 1400 260 1660
Ancien droit (1995)	(LAMAetAFU)	1300 526 1826 98 1924
Nouveau droit (1996)	Effectif	Maximum selon LAMal (100%)
Nouveau droit (1997)	Effectif	Maximum selon la LAMal (100%)
Différences	1996 effectif-1994	1997 effectif-1994
1996 effectif-1995	1997 effectif-1995	1996 effectif-1995
1997 effectif-1995	0 0 0 0	-1300 -1300 -1300 -1300
1364 1830 1526 1940	-36 126 -462 -300	451 640 560 776
191 300 353 462	1815 2470 2086 2176	155 426 -109 162

Comme le Conseil fédéral l'avait déjà fait savoir dans sa réponse à l'interpellation urgente du Groupe socialiste (96.3028), cette baisse des subventions fédérales est due au fait que les montants à la disposition des cantons au titre de la réduction de primes n'ont été que partiellement utilisés. Il faut, en outre, relever que l'introduction de la LAMal a allégé la charge des cantons et des communes en ce qui concerne les prestations complémentaires et l'aide sociale. Les premiers chiffres<sup>9</sup> obtenus pour l'année 1996 dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal montrent, en effet, que cet allègement est d'environ 430 millions de francs, répartis comme suit: Aspects de la Sécurité sociale; «Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du

système de sanie», Rapport de recherche n° 15/98, OFAS, Berne 740

Domaines Modification entre 94 et 96 en millions de francs Subventions directes aux assureurs-maladie -521 Subventions aux hôpitaux, division commune -28 Subventions aux hôpitaux, division semi-privée/ privée 0 Aide sociale -12010 Prestations complémentaires -351 Réduction des primes +586 Recettes fiscales 0" Total -434

### E. 23

Phase d'introduction de la réduction des primes Différents problèmes d'application ont surgi pendant la première phase de mise en place de la LAMal, début 1996. Ce fut en particulier le cas pour la réduction individuelle des primes, domaine revêtant une importance de politique sociale déterminante, destiné à rendre les primes des assurés de condition modeste financièrement supportables. Il est ressorti de l'examen des demandes cantonales pour 1996 que treize cantons ne sollicitaient que 50 pour cent, deux cantons respectivement 57 et 90 pour cent et onze cantons 100 pour cent du montant des subsides fédéraux auxquels ils avaient droit. Autrement dit: les cantons envisageaient de ne verser aux ayants droit qu'un petit 75 pour cent des subsides fédéraux et, partant, 75 pour cent seulement des contributions cantonales. En chiffres absolus, cela signifiait que la Confédération et les cantons, au lieu des 2470 millions de francs prévus, n'avaient versé qu'environ 1815 millions de francs pour la réduction individuelle des primes. Au vu de ces constats, l'OFAS mena, à la fin février 1996, une enquête auprès des cantons sur le «droit aux subsides destinés à réduire les primes dans Passurance-maladie». D s'avéra alors que, dans quelques cantons, le montant maximal donnant droit à une réduction des primes pour les personnes seules et les couples était en fait inférieur ou à peine supérieur au montant-limite ouvrant en principe le droit aux prestations complémentaires. De plus, on pouvait constater que, dans certains cantons les montants maximaux donnant droit à la réduction et les conditions d'octroi générales applicables aux familles avec enfants, ne permettaient pas d'atteindre les résultats escomptés. Enfin, il s'est avéré que de nombreux cantons qui n'avaient engagé que 50 pour cent des subsides fédéraux et cantonaux avaient obtenu, pour certains, des résultats nettement meilleurs dans le domaine des réductions de primes que les cantons qui avaient demandé les subsides maximaux. Estimation basée sur les données fournies par les cantons de VD, ZH et BE Prise en charge des primes arriérées par la réduction de primes et prise en charge des coûts par l'assurance-maladie La LAMal a eu deux effets sur les recettes fiscales des cantons (et des communes). D'une part, une augmentation générale des primes, avec une perte correspondante de recettes fiscales lorsque les primes peuvent être déduites des revenus imposables. D'autre part, la réduction individuelle des primes a entraîné des recettes fiscales car les déductions fiscales correspondantes sont plus faibles. 741

Partant de ce constat, le Conseil fédéral décida d'entreprendre une révision partielle de l'ordonnance du 12 avril 1995<sup>12</sup> sur les subsides fédéraux destinés à la réduction de primes dans Passurance-maladie. Cette révision partielle prévoyait la prise en compte des primes moyennes pour l'assurance obligatoire des soins dans le calcul des subsides fédéraux destinés aux différents cantons, l'indice des primes entrant pour 35 pour cent et la capacité financière pour 65 pour cent dans la pondération. Cette mesure constituait une solution appropriée et simple d'un point de vue administratif. Elle consistait à allouer aux cantons connaissant des primes plus élevées des subsides fédéraux quelque peu supérieurs. Sur le montant total des subsides fédéraux de 1940 millions de francs à la disposition des cantons pour 1997, seuls 44,7 millions de francs (environ 2,3% du montant total) ont été répartis autrement, soit en fonction de l'indice des primes plutôt que d'une clé basée uniquement sur

la capacité financière. La décision du Conseil fédéral était motivée par le fait que la réduction des primes prévue par la LAMal poursuit uniquement un but de politique sociale, à savoir la réduction individuelle des primes en faveur des assurés de condition économique modeste. Personne ne conteste d'ailleurs que les cantons à niveaux de primes plus élevés ont davantage besoin de cet instrument que les cantons où les primes sont plus basses. En fait, les assurés de condition modeste ne doivent pas être défavorisés du fait que les coûts de santé sont plus élevés dans leur canton de domicile. Cependant, à la suite de cette décision, douze cantons ont déposé des initiatives exigeant que soit supprimée la disposition qui autorise le Conseil fédéral à tenir compte des primes moyennes de l'assurance obligatoire des soins dans le calcul de la part des subsides fédéraux revenant à chaque canton (art. 66, 3e al., 2e phrase, LAMal). Parallèlement, le conseiller aux Etats Schiesser (96.429) et le conseiller national Raggenbass (96.425) déposaient des initiatives parlementaires de même teneur. Le Conseil des Etats décida de donner suite aux initiatives des cantons et à l'initiative parlementaire Schiesser. Cette dernière fut transmise à la Commission pour la sécurité sociale et la santé du Conseil des Etats (CSSS - E) afin qu'elle élabore un projet dans le sens de ces initiatives. Dans son avis du 17 septembre 1997<sup>13</sup>, le Conseil fédéral soulignait une fois de plus que la réduction des primes prévue dans la LAMal avait pour but exclusif d'alléger les primes pour les assurés de condition modeste. Il relevait que l'assuré, soit le destinataire des subsides fédéraux, n'a pas à répondre, ou du moins pas exclusivement, des causes du niveau élevé des coûts dans son canton. D n'a pas à répondre non plus du fait que les effets des éléments de concurrence et des mesures de maîtrise des coûts relevant de la LAMal n'ont pas encore atteint l'ampleur voulue. Le Conseil fédéral relevait encore que la prise en compte de l'indice des primes constituait une mesure limitée dans le temps. Par ailleurs, il approuvait le projet élaboré par la Commission pour la sécurité sociale et la santé du Conseil des Etats. Ce projet reconnaît au Conseil fédéral la compétence de tenir compte de l'indice des primes pour le calcul des subsides de la Confédération destinés aux cantons pour les six premières années de validité de la LAMal, cette mesure constituant un compromis acceptable pour tous et correspondant à l'objectif visé par le Conseil fédéral. Le 20 mars 1998, le Conseil national et le Conseil des Etats ont voté la modification de la LAMal au sens de l'initiative parlementaire Schiesser. 12 RS 832.112.4 '3 FF 1997 IV 785 742

\* L'ordonnance du 17 juin 1996<sup>14</sup> relative au relèvement des limites de revenu suite à l'introduction d'une réduction de primes dans la LAMal a été arrêtée afin que les primes d'assurance-maladie n'entrent plus dans le calcul des prestations complémentaires (PC). Pour compenser cette suppression, il a été prévu dans une disposition transitoire que les limites de revenus des PC peuvent connaître une augmentation unique dont le montant est déterminé par le Conseil fédéral. La plupart des cantons ont opté pour un système selon lequel les primes des bénéficiaires de PC sont entièrement subventionnées; dès lors les limites de revenus PC n'ont pas été relevées. De par la suppression des déductions pour primes d'assurance-maladie du calcul des PC, certains bénéficiaires de PC, à savoir les personnes dont les PC étaient inférieures à leurs primes d'assurance-maladie, ont perdu leur droit. En 1996, les cantons ont ainsi pu voir leurs charges financières diminuer de près de 100 millions de francs car la Confédération a participé à raison de 10 pour cent à 35 pour cent aux dépenses relatives aux PC (selon la capacité financière) et de 66 pour cent à celles liées à la réduction des primes. Comme environ 9 pour cent des bénéficiaires n'avaient plus droit aux PC à cause de la nouvelle réglementation, le Conseil fédéral a arrêté, le 1er janvier 1997, de nouvelles dispositions. Ces dernières contraignent les cantons à augmenter la

limite du revenu de la part du montant correspondant à la prime cantonale moyenne de l'assurance obligatoire des soins. Trois buts ont ainsi été atteints. Premièrement, les personnes exclues des PC ont été réintégrées dans leur droit; deuxièmement, les tâches administratives s'en sont trouvées simplifiées; et enfin, troisièmement, un seul organisme est désormais compétent pour les PC et pour la réduction des primes.

#### **E. 23.6**

130068000 295 865 000 47 683 500 1 1 150 000 16092000 5 10850(1 4 250 500 5 506 000  
7 147 500 71 XXI 000 35 732 07(1 46 766 000 48 400 000 1 1 432 400 12361 920 4 646  
(100 57 926 000 34 956 350 65 07« 000 56 445 000 90 S90 000 1X6395000 94 XOO 000  
54 1220011 106X45000 24 777 000 1 526 324 740 Canton 99 457 500 70 546 000  
15309500 1 872 (100 5 992 500 614500 2 160000 1 627 500 9 494 500 14733000 1 1 645  
690 32419000 26 800 000 5071 800 2990 150 526 000 23 085 000 9850 100 30 186000 23  
504 000 26 988 0(10 67 549 000 7613000 9721 000 59 493 000 I 59X 000 560 846 740  
Total 229 525 500 366411 000 62 993 000 13022000 22 0X4 500 5 723 000 6410500  
7133500 16642000 «6614001) 47 377 760 79 1X5000 75 200 000 16504200 15352070 5  
172000 81 (III 000 44 806 450 95 264 000 79 949 000 117878000 253 944 000 1024130011  
63 843 000 166338000 26 375 000 2087 171 480 1998 Réduc- tion en%

#### **E. 24**

Mise en œuvre de la réduction des primes par les cantons 241 Utilisation des subsides fédéraux A la fin de 1997, chiffres de 1996 et analyse des effets à l'appui, le DFI a pu dresser le bilan provisoire du dispositif de la réduction des primes. En 1996, la Confédération a libéré, pour la réduction des primes, un montant maximal de 1830 millions de francs. Pour bénéficier de l'intégralité de cette somme, les cantons devaient à leur tour libérer 35 pour cent des subsides accordés par la Confédération, soit 640,5 millions de francs. Le montant total devait ainsi atteindre 2470,5 millions de francs au maximum (voir tableau T.01 en annexe). Quinze cantons ont fait usage de la possibilité de diminuer leur part aux subsides fédéraux, onze y ont renoncé. Font partie de la deuxième catégorie tous les cantons romands ainsi que le Tessin. Ils pratiquaient déjà des réductions individuelles des primes avant l'introduction de la LAMal et connaissent par ailleurs des primes moyennes d'assurance-maladie relativement élevées. Quant aux quinze cantons qui ont diminué leur part, il en est résulté une baisse de 655 millions de francs sur le montant total affecté à la réduction des primes, soit 26,5 pour cent. Il restait donc un solde de 1815 millions de francs (voir en annexe tableau T.01: «Subsides après réduction»). L'article 65, 2e alinéa, LAMal précise que les subsides annuels de la Confédération et des cantons doivent en principe être versés intégralement. Or, les décomptes cantonaux définitifs pour 1.996 (dernières données disponibles à l'heure actuelle) 14 RS 831.309.1 743

révèlent que les cantons ont consacré 1424 millions de francs au financement de la réduction des primes, soit un peu plus des trois quarts (78,4%) de la somme de 1815 millions de francs, pourtant déjà réduite par les cantons. Le solde de 391 millions de francs (soit 21,6%) n'a été versé qu'en 1997. Par ailleurs, il convient de relever qu'en 1996, les cantons ont versé au titre de la réduction des primes 296 millions de francs provenant essentiellement (pour plus de 80%) des subsides versés aux cantons par la Confédération pour 1995, voire pour des années précédentes. Si l'on ajoute ce montant à leur «prestation nette» effective, on obtient une «prestation brute» des cantons au processus de réduction de primes de 1522 millions de francs pour 1996. Pour l'année 1997, la Confédération a libéré

1940 millions de francs en vertu de l'article 106 LAMal. Les cantons étaient tenus de compléter les subsides fédéraux à raison de 40 pour cent (soit 776 millions de francs), portant à 2716 millions de francs au total le montant réservé à la réduction des primes. En 1997, la situation est assez similaire à celle de 1996. Les cantons ne sollicitant pas le montant fédéral maximal sont à peu près les mêmes. On note néanmoins quelques changements. Six cantons ont demandé une part plus grande des subsides fédéraux par rapport à 1996. Aucun canton n'a demandé une part plus petite. Le taux d'utilisation du montant est dans l'ensemble supérieur à celui de 1996. Cependant, en 1997 également, plus de la moitié des cantons a diminué le montant prévu par la loi. Diminué de 23,6 pour cent, le montant maximal disponible était donc globalement de 2087 millions de francs en 1997, ce qui est sensiblement inférieur à l'objectif de 2716 millions visé par la loi (voir en annexe tableau T.02: «Subsides fédéraux aux cantons pour la réduction de primes en 1997 et 1998»). Pour 1998, les subsides fédéraux affectés à la réduction des primes selon l'article 106 LAMal se montent au maximum à 2050 millions de francs, alors que la part des cantons (45 pour cent des subsides fédéraux) s'élève au maximum à 922,5 millions de francs, soit un montant global de 2972,5 millions de francs. Les données fournies par les cantons laissent également entrevoir certains changements pour 1998. Par rapport à 1997, cinq cantons ont demandé une part inférieure des subsides fédéraux, alors que trois cantons seulement ont demandé une augmentation de leur part. Bien qu'après réduction, les cantons aient en chiffres absolus pour l'année 1998 davantage de moyens pour la réduction des primes (2263 millions de francs) que ce n'était le cas l'année précédente (2087 millions de francs), le facteur de réduction est passé de 23,6 à 25,4 pour cent (voir en annexe tableau T.02: «Subsides fédéraux aux cantons pour la réduction de primes de 1997 et 1998»). Partant de ces chiffres, les subsides non utilisés et restant dans la caisse fédérale se montaient donc à environ 414 millions de francs pour 1997, et à environ 449 millions de francs pour 1998.

242 Aménagement administratif du dispositif de la réduction des primes dans les cantons

L'exécution de la réduction des primes est de la compétence des cantons. Il revient à chaque canton de définir le cercle des bénéficiaires, le montant, la procédure et les modalités de paiement. La mise en œuvre d'un tel dispositif suppose toute une série de procédures et procédés administratifs dont les bases ont dû être préalablement

744

définies par chaque canton. Une comparaison entre les cantons en démontre aussi le caractère très hétérogène. Le cercle des bénéficiaires est défini de manière très hétérogène dans les cantons. Les différences portent aussi bien sur la base de calcul du droit à une réduction de prime (revenu imposable, dont la fixation varie parfois considérablement d'un canton à l'autre, revenu net (a)<sup>15</sup>, revenu net (b)<sup>16</sup>, revenu disponible) que sur la limite de revenu applicable (limite fixe ou pourcentage). Le problème est d'autant plus ardu que certains cantons associent le droit à la réduction à la taille du ménage alors que d'autres ne le font pas et que le revenu déterminant varie considérablement selon les déductions admises (déductions pour enfants, loyer/loyer fictif du propriétaire, 3e pilier, etc.). Quant à la fortune, elle intervient, elle aussi, de manière très différente dans le calcul du revenu (définition du concept de fortune, pourcentage d'imputation, montant exonéré, éventuellement plafond). La moitié des cantons prévoient que le montant de la prime doit impérativement atteindre un pourcentage minimum du revenu (voir tableau ci-après). Dans neuf de ces cantons, le calcul se fonde sur le revenu imposable, deux d'entre eux aménageant de surcroît différentes possibilités de déduction. Pour ce qui est de l'autre moitié des cantons, le droit à une réduction de prime se fonde sur une limite fixe de revenu, celle-ci étant en général échelonnée d'après le nombre de personnes que compte un ménage.

Là encore, le critère déterminant est tantôt le revenu imposable, tantôt le revenu brut. Base de calcul et revenu déterminant pour les réductions des primes (KP) Base de calcul Limite fixe de revenu Limite fixe de revenu Limite fixe de revenu selon la taille du ménage Limite fixe de revenu selon la taille du ménage Limite fixe de revenu selon la taille du ménage Limite fixe de revenu selon la taille du ménage Pourcentage du revenu Pourcentage du revenu Pourcentage du revenu Impôt simple Revenu déterminant Revenu imposable Revenu net (a) Revenu imposable Revenu imposable modifié Revenu net (b) Revenu effectif Revenu imposable Revenu imposable modifié Revenu net (a) Revenu net (a) modifié Revenu total modifié Montant de l'impôt  
 Nombre cantons 3 1 2 2 2 1 7 2 1 2 2 1 15 Correspond au revenu brut moins les cotisations sociales et les charges professionnelles 16 Correspond au revenu brut moins les cotisations sociales 745

Pour savoir qui, de leur population, est un ayant droit potentiel à une réduction de prime, les cantons ont opté pour deux systèmes distincts. Les uns opèrent un recensement systématique fondé sur les données fiscales, puis informent les intéressés de la décision d'octroi. Les autres recueillent les demandes, l'initiative de formuler ces demandes revenant aux ayants droit potentiels. Certains cantons ont opté pour des systèmes mixtes. On dénombre ainsi quatre systèmes cantonaux distincts: - recensement systématique donnant automatiquement lieu à une décision (pratiqué par cinq cantons) - système reposant uniquement sur le dépôt d'une demande (cinq cantons) - système associant information des ayants droit potentiels, envoi du formulaire de demande et dépôt de la demande (treize cantons) - combinaison entre recensement systématique donnant automatiquement lieu à une décision (p. ex. revenus inférieurs à un plafond défini) et dépôt de la demande (trois cantons). Le système axé sur le dépôt d'une demande est plus largement répandu que celui du recensement des ayants droit potentiels. Mais la règle de l'envoi du formulaire aux ayants droits potentiels prédomine, la formule qui repose sur le seul dépôt d'une demande étant plutôt exceptionnelle. Le système du recensement donnant automatiquement lieu à une décision assure en principe un meilleur résultat sur le plan de l'exercice du droit puisque le cercle des bénéficiaires coïncide à peu près avec le cercle des ayants droit. Pratiquement tous les ayants droit reçoivent automatiquement la décision d'octroi. Ce système peut cependant générer de substantielles erreurs dans l'information donnée aux ayants droit, les données fiscales pouvant être périmées ou lacunaires. Il se peut ainsi que des personnes devenues ayants droit dans l'intervalle (par ex. au chômage depuis peu) soient écartées sur la base de leur déclaration d'impôt tandis que d'autres sont reconnues comme ayants droit alors que leur situation financière actuelle devrait les exclure (p. ex. des étudiants entrés dans la vie active après l'obtention de leur diplôme). Le système du dépôt d'une demande repose dans une large mesure sur l'initiative des ayants droit potentiels. Selon les efforts d'information et d'encadrement déployés par le canton, il peut y avoir une différence notable entre les bénéficiaires effectifs et les ayants droit. La plupart des cantons pratiquant ce système n'exigent pas des ayants droit de l'année précédente qu'ils renouvellent leur demande assortie des pièces justificatives correspondantes; ils se contentent de contrôler leur droit à la réduction. Toutefois, cinq cantons pratiquant ce système, dont deux qui se basent uniquement sur les demandes, exigent le renouvellement annuel de la demande. Le recours à la réduction des primes varie fortement d'un canton à l'autre en fonction de la manière dont les cantons recensent les ayants droit et de la politique d'information qu'ils pratiquent. Mais le taux des personnes ayant recours à cette mesure est en général élevé, sauf dans quelques cantons. 11 se répercute sur le pourcentage des bénéficiaires par

rapport à la population résidante. 746

Vue d'ensemble des systèmes d'octroi des réductions des primes (RP) et du taux des personnes exerçant leur droit (nombre de cantons dans chaque catégorie) Système choisi Taux des personnes exerçant leur droit très élevé élevé faible très faible Décision automatique Dépôt d'une demande Dépôt d'une demande sur information Combinaison (information automatique + demande) 5 0 3 0 0 1 2 1 0 1 7 0 0 2 0 1 Source: Données provisoires résultant d'une enquête auprès des cantons. Les données manquent pour 3 cantons. Limites des catégories: très élevé = >95%; élevé = 80% à 95%; faible = 50% à 80%; très faible = < 50%. 243 Problèmes d'exécution dans le domaine de la réduction des primes Dans le cadre du contrôle de l'exécution, on a demandé aux cantons quels étaient les principaux problèmes rencontrés pendant l'année d'introduction, 1996. L'obtention de la réduction par des personnes qui n'y ont plus droit, le manque de souplesse et l'absence de mise à jour de la base de calcul sont les problèmes les plus importants qui ont été évoqués. Il est difficile d'arriver à exclure du droit les personnes qui ne remplissent plus les conditions d'octroi, comme les personnes ayant terminé leurs études. Les données fiscales ne sont pas assez actuelles pour servir de base de calcul: leur utilité n'est donc que provisoire. Il est aussi impossible de réagir assez rapidement lors de modifications importantes de la taxation fiscale. D'autres problèmes ont été cités: les difficultés à diminuer les charges financières de catégories déterminées (retraités, chômeurs, personnes divorcées, etc.) et l'impossibilité d'atteindre certains groupes de population, l'effet retardé des mesures d'allégement et les problèmes de calcul qui se posent lorsque les ayants droit potentiels ne demandent pas la réduction des primes. La disponibilité des données est, elle aussi, problématique de même que la collaboration au sein de l'administration ou encore avec des caisses-maladie. En principe, le montant au titre de la réduction des primes est versé aux assureurs, les ayants droit en étant toutefois informés la plupart du temps. Dans certains cas exceptionnels, il est versé directement à l'ayant droit (p. ex. dans le canton d'Uri). Mais une très forte majorité des cantons s'oppose à cette manière de procéder. Ils estiment que l'affectation de ces montants (prime et réduction de prime) devrait être liée. 747

## E. 25

Impact de la réduction des primes sous l'angle de la politique sociale Les données disponibles ne permettent pas une évaluation définitive de l'effet social des réductions de primes. On ne peut presque pas vérifier l'effet d'allégement produit sur les diverses catégories visées, notamment du fait de l'absence de données sur la situation financière des assurés. Une règle de droit fédéral donne la compétence aux cantons de déterminer de quelle manière sera distribué le montant global disponible pour les réductions de primes. Les cantons doivent décider entre un cercle étroit de bénéficiaires (la catégorie sociale la plus faible), ce qui se traduit par une réduction individuelle des primes plus élevée, et au contraire un public plus large (y compris la classe moyenne), avec un subside individuel plus bas. A l'heure actuelle, en raison du flou qui persiste dans les systèmes de réduction des primes, on ne sait pas si les subsides disponibles pour les réductions des primes atteignent bien les catégories visées ni si les ressources sont effectivement affectées à l'usage prévu. Les données sur les bénéficiaires de réductions des primes ne fournissent pas d'indication sur la proportion d'entre eux qui touche l'aide sociale ou des prestations complémentaires (PC). De plus, on ne dispose pas, à l'échelle nationale, de données chiffrées sur le nombre des bénéficiaires de l'aide sociale et des PC dans les cantons, données qui permettraient de vérifier la relation entre les bénéficiaires de réductions des primes et les bénéficiaires de

l'aide sociale et des PC. Il n'est pas non plus possible de déterminer si la classe moyenne est ou non suffisamment soutenue, vu l'absence totale de données établissant un lien entre la réduction des primes et le revenu des assurés. Les indications relatives à la part des bénéficiaires dans les cantons ne peuvent être interprétées si l'on ne dispose pas de données sur l'importance du revenu ni sur d'autres éléments spécifiques de la situation cantonale. Dans leurs décomptes relatifs aux subsides fédéraux perçus, les cantons devaient, en vertu de l'article 7 de l'ordonnance sur les subsides destinés à la réduction des primes dans l'assurance-maladie, donner des indications sur le nombre, le sexe, l'âge, le revenu et la composition du ménage des bénéficiaires (tableaux 03, 04, 05, en annexe). Tous les cantons n'ont malheureusement pas été en mesure de produire des données complètes. Pour les cantons qui ont fourni les données en question, il ressort que la part des hommes sur le total des bénéficiaires est de 47,3 pour cent (les hommes représentent 48,8 pour cent de l'ensemble de la population moyenne en Suisse) et celle des femmes de 52,7 pour cent (les femmes représentent 51,2 pour cent de l'ensemble de la population moyenne en Suisse). Quant à la répartition par tranche d'âge: un tiers (33,9%) de tous les bénéficiaires a 20 ans ou moins (cette catégorie représente 23,3% de l'ensemble de la population en Suisse), une petite moitié (46,9%) est d'âge moyen (21-60 ans, représentant 58% de l'ensemble de la population en Suisse) et un cinquième (19,2%) est plus âgé (61 ans et plus, représentant 18,7% de l'ensemble de la population en Suisse). Contrairement à ce que l'on observe pour le sexe, les cantons présentent d'importants écarts dans la répartition par tranche d'âge. La composition des ménages des bénéficiaires de réductions de primes a aussi fait l'objet d'un recensement en 1996. Sur ce point, les données fournies par les cantons présentent, pour certaines, d'importantes lacunes. En tout, 821 972 ménages ont été enregistrés (voir tableau T.04 en annexe). On notera l'absence de données pour les cantons de Baie-Ville et Vaud. Le nombre des ménages recensés est donc probable- 748

ment inférieur d'environ 20 pour cent à celui des ménages effectivement subventionnés en 1996. Tout en tenant compte de cette réserve, on constate que la structure des ménages bénéficiaires d'une réduction de prime en 1996 présente les caractéristiques suivantes. Sur le plan suisse, presque deux tiers (64,2%) des bénéficiaires d'un subside en 1996 étaient constitués par les ménages d'une personne. La part des ménages de deux personnes était de 14,7 pour cent, celle des ménages de 3-4 personnes de 15,0 pour cent et celle des ménages de 5 personnes et plus de 6,0 pour cent. Outre la taille des ménages, l'enquête avait pour objet de déterminer l'importance du montant annuel versé à ces ménages. Il s'est avéré que 38,1 pour cent des ménages recensés ont touché un montant annuel inférieur à 1200 francs, soit moins de 100 francs par mois. Presque la moitié des ménages enregistrés (44,7%) ont obtenu un montant annuel de 1200 à 2400 francs, soit de 100 à 200 francs par mois, tandis que 17,2 pour cent de ces ménages ont bénéficié d'une réduction supérieure à 2400 francs, soit de plus de 200 francs par mois.

#### **E. 25.4**

• Confédération 134965363 313673060

#### **E. 26**

Changements entre 1996 et 1998 en matière de réduction des primes dans les cantons 261  
Aménagement administratif L'aménagement sur le plan administratif du dispositif de réduction des primes n'a pas connu de changements majeurs dans les cantons; il n'y avait d'ailleurs pas lieu de s'attendre à un bouleversement du système. De nombreux cantons

s'emploient toutefois à l'améliorer et les tendances suivantes se dessinent: - Amélioration de l'information des éventuels ayants droit. On observe quelques démarches isolées visant le passage du système basé sur le seul dépôt d'une demande à un système associant l'information au dépôt de la demande. Ce changement vise à augmenter le taux des personnes exerçant leur droit. - Pour ce qui touche aux questions d'application, différentes améliorations destinées à simplifier le déroulement des opérations sont introduites. On veut accélérer le versement de manière à obtenir un effet d'allègement plus rapide pour les assurés. En outre, la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) a adopté, en mai 1998, les «Recommandations concernant la réduction de primes dans l'assurance-maladie» suivantes: - La population doit être informée de manière suffisamment claire et fréquente sur les droits de l'assuré en matière de réduction de primes. - Les cantons veillent à ce que leurs objectifs en matière de subsides à la réduction des primes soient observés. - Les cantons prévoient une procédure leur permettant de tenir compte d'une dégradation manifeste et probablement durable des conditions économiques d'une famille ou d'une personne en cours d'année et de s'écarter dans ces cas-là de la procédure ordinaire de la réduction de primes. - Les autorités et les institutions mandatées par celles-ci qui paient ou avancent les primes de l'assurance obligatoire des soins pour le compte des ayants droit peuvent prétendre à l'encaissement de la réduction des primes. - Une gestion rigoureuse des arriérés de paiements doit être exigée des assureurs pour obtenir la prise en charge des primes par les cantons. 749

Par ailleurs, le Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS) et l'Organisation suisse des patients (OSP) ont lancé, fin mai 1998, une pétition pour un accès à une réduction des primes d'assurance-maladie équitable au niveau suisse. Elle demande, entre autres, des critères d'octroi uniformes pour toute la Suisse, un établissement systématique de la liste des bénéficiaires et une pleine utilisation des subventions fédérales et cantonales. 262

Aménagement sous l'angle de la politique sociale Quelques cantons ont réalisé des adaptations relatives au cercle des bénéficiaires. Lucerne, par exemple, a abaissé le pourcentage que doit représenter la charge de l'assuré (primes, franchise, quote-part) par rapport à son revenu, ce qui s'est traduit par un élargissement du champ d'application des réductions des primes. Quelques cantons, qui avaient défini des limites de revenu très basses, les ont relevées pour englober les classes de revenus directement supérieures (Zurich, Vaud). Dans le canton de Schaffhouse, le peuple s'est prononcé par le biais d'une initiative pour l'utilisation de 100 pour cent du subside fédéral. Quelques cantons qui, pour calculer la réduction de prime, partent d'une prime de référence - soit une prime «moyenne» définie par le canton - l'ont augmentée, accroissant ainsi l'effet d'allègement. D'autres cantons, qui pratiquent un système de contributions fixes aux réductions des primes échelonnées selon les classes de revenus, ont relevé les taux de contribution. 3

Grandes lignes du projet

### E. 26.5

i 2 3 Subsides après réduction en francs 104031844 214 673 933 93 321 123 58042911 137  
436 563 23719119 1 815 568 613 Subsides alloués par les cantons' Subsides nets art. 65  
LAMal pour 1996 en francs 107 426 797 183 259 165 93 589 012 52 470 430 128 753 626  
19 192 809 1 424 096 468 Solde? en francs - 3 394 953 31414768 - 267 889 5 572 481 8  
682 937 4 526 310 391 472 145 Chiffres provisoires. Subsides nets LAMal non alloués (+)  
ou additionnels (—) par rapport aux subsides après réduction. Montant pour la réduction  
des primes que le canton n'a pas versé ou n'a pas versé en vertu de la LAMal Autres-1

subsidés en francs 6 546 870 626 374 12299 8926 58538 0 125117731 pour l'année 1996.  
 Total des subsides alloués en 1996 en francs 113973667 183 885 539 93 601 311 52 479  
 356 128 812 164 19 192 809 1 549 214 199 783

Subsidés fédéraux aux cantons destinés à la réduction des primes dans l'assurance-maladie  
 1997-1998 Contributions possibles selon la répartition prévue par la LAMal/Contributions  
 effectives Tableau T.02 Can- ton ZII BE LU DR SZ OW NW CL ZO FR SO as BL SU AR  
 Al se CR AC TO TI VD VS NE CE JU Contributions possibles selon la répartition prévue  
 par la LAMal 1997 Confédération 26(1 136(1(1(1 295 865 (10(1 VS 367 II«) II 150000 32  
 184000 10217000 8501 000 II (112000 14295000 71 881 0(10 67419000 46 766 000 6 1  
 799 01)11 1 9 054 000 15648000 4 646 000 115852000 53 779 000 130 156000 56 445 000  
 90 89(1 000 1 «6 395 000 94 800 000 54 122000 106 «45 000 24 777 000 i 940 Ou i inni  
 Canton 19X915000 70 546 00(1 30619000 1 872 000 1 1 985 000 1 229 000 4 320 00(1 3  
 255 000 18989000 14733000 21 973000 32419000 34 222 000 8 453 000 3 785 000 526  
 000 46 1 70 000 15 154000 60 372 000 23 504 000 26 9K8 000 67 549 000 7613000 9721  
 000 59 493 000 1 59X 000 776 003 000 Total 459 05 1 000 366411 000 125986000  
 13022000 44 169000 1 1 446 000 12821 000 14 267 (100 33 284 000 86614000 89 392 000  
 79 1 85 000 96 02 1 000 27 507 000 19433000 5 172000 162022000 68 933 000 190528000  
 79 949 000 117878000 253 944 000 102413000 63 843 000 166338000 26 375 000  
 2716004000 1998 Confédération 269 930 727 313673060 101 416894 1 1 055 593 33 973  
 867 10895497 «936613 1 1 631 628 15530841 79 789 425 69 334 968 48 793 743 65 502  
 795 19751 228 16963410 4 804 499 123 107404 5« 221 513 137203424 60 553 OH 93 898  
 886 193 175655 103510002 59 357 974 112 166299 26821041 2 050 000 000 Canton  
 234439 119 «7 399 863 35 355 080 3 006 902 14879020 1 583 573 5 130656 3 973 2X2 21  
 286307 15 118945 28 42(1 226 37 708 837 39 927 3K5 10289389 4347 165 80« 302 54  
 229 304 17671 057 72 695 302 28 476 623 35 606 095 80 339 840 7 320 465 1 1 362 572  
 69418059 1 706 629 922 500 000 Total 504 369 846 401 (172923 136771 974 14062496 48  
 852 887 1 2 479 069 14067269 15604910 36817 147 94 908 370 97755 194 «6 502 580  
 105430 18(1 30040617 21 310576 5612801 177 336 70« 75 892 57(1 209 898 726 89 029  
 637 129504981 273515495 110830467 70 720 546 1X1 5X4359 28527671 2 972 500 000  
 Contributions effectivement requises 1997 Réduc- Confédé- tion ration en %

### E. 31

Grandes lignes de l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie Selon  
 l'article 66, 2e alinéa, LAMal, les subsides annuels de la Confédération aux cantons sont  
 fixés par le biais d'un arrêté simple valable quatre années, compte tenu de l'évolution des  
 coûts dans l'assurance obligatoire des soins et de la situation financière de la Confédération.  
 Le législateur voulait en effet que les subsides fédéraux destinés à l'assurance-maladie  
 soient soumis au Parlement une fois par législature. L'augmentation annuelle des subsides  
 fédéraux fixés à l'article 106, 2e alinéa, LAMal pour les années 1996 à 1999 s'élève à  
 environ 6 pour cent. Pour la même période, on a estimé comme suit l'évolution des coûts  
 dans l'assurance de base: Annc Augmentation des coûts dans l'assurance de base 1996  
 +12,1% 1997 + 6,0% 1998 + 4,9% Source: CAMS actuel, 1997, p. 209 1997: selon les  
 bouclements intermédiaires des W plus grands assureurs englobant deux tiers des assurés  
 199S: selon les attentes moyennes des assureurs-maladie pour le calcul des primes 1998  
 750

Il ressort de ces chiffres que l'augmentation annuelle des coûts dans l'assurance obligatoire  
 des soins, de 7,7 pour cent en moyenne au cours des trois années suivant l'entrée en vigueur

de la LAMal, est supérieure à l'augmentation annuelle des subsides fédéraux (6% en moyenne), eux-mêmes restant encore inférieurs à l'augmentation annuelle des subsides cantonaux et fédéraux (10% en moyenne). Vu l'évolution des coûts et les prévisions, on peut certes partir de l'idée que les coûts dans l'assurance obligatoire des soins continueront d'augmenter. Mais d'un autre côté, les mesures de maîtrise des coûts fixées dans la loi commencent à déployer leurs effets. En outre, les prestations introduites par la nouvelle loi ne contribueront plus à l'augmentation des coûts comme cela a été le cas dans les années d'introduction 1996 et 1997. Sur la base de ces constats, il s'avérerait donc justifié de fixer, pour les années 2000 à 2003, des subsides fédéraux annuels en tenant compte d'une augmentation annuelle des coûts présumée de 3 pour cent. Cette hypothèse de travail correspond à celle faite par le groupe de travail interdépartemental «Perspectives de financement des assurances sociales (IDA FiSo) 2» dans son module de prestations 217. Comme la loi prévoit, pour la fixation des subsides fédéraux, de tenir compte de l'évolution des coûts et de la situation financière de la Confédération, nous proposons de fixer un taux de 1,5 pour cent d'augmentation annuelle. Ce procédé est en accord avec l'objectif budgétaire 2001 approuvé par le peuple. Le gel des subsides fédéraux à leur niveau de 1999, comme l'ont réclamé certains cantons lors de la procédure de consultation, ne peut pas être pris en considération; en effet, la loi arrête que les subsides alloués par les pouvoirs publics doivent être déterminés en tenant compte de l'évolution des coûts dans l'assurance-maladie. Si les subventions des pouvoirs publics restaient constantes sur une période prolongée ou qu'elles n'augmentaient que faiblement par rapport à l'évolution des coûts, le financement de l'assurance serait à nouveau déplacé vers ceux qui payent les primes. Dans un système de primes qui ne tient pas compte des capacités financières des assurés, les problèmes sociaux pourraient s'amplifier. Il ne faudrait pas non plus prendre en considération une augmentation annuelle de 3 pour cent, comme l'ont demandé quelques cantons et certaines organisations, puisque la loi prescrit qu'il faut tenir compte de la situation financière de la Confédération. Jusqu'à la fin 1999, les subsides fédéraux et les pourcentages des montants totaux des cantons et de la Confédération suivent encore une certaine progression. Dès l'an 2000, il faut partir du principe que la progression en question va permettre de tenir suffisamment compte des facteurs extraordinaires liés à l'entrée en vigueur de la loi (élargissement du catalogue de prestations, etc.). Partant, il s'agit de trouver une solution qui donne la possibilité aux cantons de continuer à allouer des réductions de primes, tout en gardant présent à l'esprit le fait, non moins important, que les cantons sont tenus, en vertu de l'article 65, 2e alinéa, LAMal, de fixer les réductions des primes de sorte que les subsides annuels de la Confédération et des cantons soient intégralement versés. Afin de préserver une continuité dans le processus de réduction des primes, il faut prendre comme point de départ pour la fixation des futurs subsides fédéraux, ceux de 1999 (2180 millions de francs.). Sur cette base, et compte tenu d'une augmentation annuelle de 1,5 pour cent, les subsides maximaux de la Confédération et des cantons, pour les années 2000 à 2003, s'élèvent, en millions de francs, à:

IDA FiSo 2;	Analyse des prestations dans l'assurance sociale	751
-------------	--	-----

  

Amice Confédération	Cantons	Confédération	cl cantons	2000	2213	1106	3319	2001	2246
				1123	3369	2002	2280	1140	3420
				2003	2314	1157	3471	Total	9053
									4526
									13579

La solution proposée permet aux cantons de garantir de manière continue l'octroi des réductions des primes au cercle des bénéficiaires. Cette solution revêt une importance toute particulière pour les cantons qui demandent le maximum des subsides fédéraux. En effet, un plafonnement des subsides fédéraux dans ces cantons pourrait conduire à ce que les

montants disponibles pour les réductions des primes soient alloués à un cercle plus restreint d'assurés, si les primes continuent d'augmenter. Ainsi, soit les montants à la charge des assurés augmenteraient puisque les montants des subventions resteraient inchangés, soit le canton devrait fournir une contribution plus importante à la réduction de primes. A ce propos, il faut encore noter que la part de chaque canton aux subsides fédéraux sera répartie en fonction de la prime moyenne de l'assurance obligatoire des soins jusqu'en 2002 seulement. La modification de la clé de répartition, de même qu'un plafonnement des subsides fédéraux, représenterait une trop lourde charge pour les cantons qui connaissent en moyenne des niveaux de primes élevés et qui épuisent 100 pour cent des subsides fédéraux. Avec cette clé de répartition, les subsides qui n'ont pas été entièrement demandés par certains cantons ne pourront pas être réclamés en sus pour la population des cantons qui auraient besoin de plus de subsides fédéraux mais qui ne les ont pas demandés.

## **E. 32**

Grandes lignes de la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie 321

Assurance obligatoire 321.1 Changement d'assureur L'assurance-maladie est devenue obligatoire pour toute personne domiciliée en Suisse. Fin 1996, l'assurance obligatoire des soins comptait 0,4 pour cent d'assurés de plus que l'année précédente. En revanche, nous ne disposons d'aucun chiffre sur la variation des effectifs d'assurés en raison d'un changement d'assureur. L'obligation de s'assurer permet un libre choix de l'assureur (art. 4) par un changement d'assureur sans obstacles (art. 7). Selon le droit actuel, l'assuré peut changer d'assureur moyennant un préavis de trois mois pour la fin d'un semestre d'une année civile (art. 7, 1er al.), n peut également le faire avec un préavis d'un mois lorsque le motif du changement est l'augmentation de prime (art. 7, 2e al.). Avec cette réglementation uniforme le législateur voulait favoriser «une saine concurrence»<sup>18</sup> entre assureurs et permettre aux assurés de changer librement d'assureur 18 FF 1992 I 126 752

en choisissant celui qui leur convient en fonction du niveau des primes ou de la qualité du service offert, par exemple. Or, depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, il se trouve que certains assureurs ont faussé le jeu de la concurrence en empêchant certains assurés d'exercer leur droit au libre changement ou en refusant leur demande d'admission alors que toutes les conditions étaient réalisées. Cette expérience amène le Conseil fédéral à proposer certaines modifications dans le cadre du changement d'assureur qui devraient permettre la réalisation des principes énoncés par la LAMal. La période de l'annonce des nouvelles primes soulève fréquemment des difficultés. Difficultés pour les assurés, mais également pour les assureurs qui doivent gérer les demandes de changement pratiquement en même temps que celles d'adhésion. De manière générale, les assurés décident très souvent de changer d'assureur durant la période de la communication des primes, moment où celles-ci peuvent être comparées. Cependant, même si l'assuré change d'assureur principalement en raison d'une augmentation de sa prime, il peut aussi être amené à changer sans augmentation mais simplement parce qu'un autre assureur a des primes plus basses ou propose des services plus performants. D'autre part, la notion «d'augmentation de primes» contenue au 2e alinéa de l'article 7 LAMal, et permettant aujourd'hui de changer d'assureur dans un délai plus bref (un mois) est source de confusion, elle est interprétée et appliquée différemment selon les assureurs. Non seulement cette pratique divergente crée la confusion parmi les assurés et surcharge les tribunaux, mais elle dessert aussi une saine concurrence entre assureurs. Le Conseil fédéral estime que pour simplifier le processus du changement d'assureur, il faut étendre l'application de l'article 7, 2e alinéa, LAMal à tous les cas dès

l'annonce de la nouvelle prime, qu'elle soit inférieure, égale ou supérieure à la précédente. Lors de la procédure de consultation, le vœu avait été émis de préciser la forme de cette annonce de primes. Le Conseil fédéral estime que ce type d'exigence peut faire l'objet d'instructions par voie de circulaires, par exemple, de la part de l'autorité de surveillance, à savoir l'OFAS, et qu'elle ne nécessite pas de base légale formelle. Le changement ordinaire d'assureur selon l'article 7, 1er alinéa, doit néanmoins rester possible. Les assurés auront toujours la possibilité de démissionner pour la fin d'un semestre avec un préavis de trois mois. Le Conseil fédéral ne pense pas que, comme le craint une partie (minoritaire) de participants à la procédure de consultation, cette facilitation augmenterait le nombre de changements. Le principe du changement d'assureur est déjà ancré dans la LAMal. Par cette modification, il ne s'agit pas de le renforcer mais de le rendre réalisable. D'autre part, il n'est pas rare non plus qu'un assureur refuse la démission de l'assuré alors que toutes les conditions sont remplies. De l'avis du Conseil fédéral, l'assureur contrevenant sera désormais tenu de réparer le dommage causé à l'assuré, à l'instar de ce qui est prévu en cas d'annonce tardive de la nouvelle affiliation (art. 7, 5e al.). D'a par ailleurs été constaté que certains assureurs-LAMal prévoient dans leurs conditions spéciales d'assurance que l'assuré qui désire changer d'assureur pour l'assurance obligatoire des soins est tenu de résilier ses assurances complémentaires. Le législateur n'entendait pas seulement soumettre l'assurance-maladie sociale et les assurances complémentaires à deux droits différents et donc à la surveillance de deux offices différents; il souhaitait également préserver les droits des assurés dans chacune des deux assurances sans que l'une vienne entraver l'autre. Selon le système 753

mis en place par la LAMal, les assurés peuvent, s'ils le désirent, être assurés pour l'assurance-maladie sociale auprès d'un assureur déterminé et conclure des assurances complémentaires auprès d'un autre assureur. Dans le cadre de la LAMal, la protection de l'assuré doit au moins être garantie dans l'assurance obligatoire des soins. Or, par le biais de ce lien obligatoire entre assurances complémentaires et assurance ordinaire des soins, le libre choix de l'assureur et les principes de la solidarité et de la non-sélection des risques ancrés dans la LAMal sont transgressés. En effet, ne pourront dans les faits plus changer d'assureur, pour l'assurance obligatoire des soins, les assurés qui en raison de leur état de santé ou de leur âge risquent de perdre les assurances complémentaires sans pouvoir en conclure de nouvelles. D'ailleurs, contraindre les assurés à résilier leurs assurances complémentaires viendrait de son sens l'article 102, 2e alinéa, LAMal qui protège les «acquis» de l'ancien droit (LAMA) auprès du même assureur. Le lien obligatoire entre assurance ordinaire des soins et assurance(s) complémentaire(s) qui tend également à freiner le changement d'assureur serait donc désormais interdit. La majorité des participants à la procédure de consultation a approuvé cette modification. Certains d'entre eux ont estimé que la séparation entre ces deux assurances devait être encore plus claire. Cette modification vise en outre à protéger les assureurs. En effet, en cas de statu quo, l'effectif d'assurés perdrait de son homogénéité puisque ne resteraient assurés chez les assureurs dotés de telles dispositions que les assurés qui en raison de leur âge ou de leur état de santé ne pourraient conclure ailleurs des assurances complémentaires. Cet effectif influencerait de manière sensible le niveau des primes de l'assurance obligatoire des soins de cet assureur, le rendant ainsi peu attractif. 321.2 Personnes soumises à l'assurance-militaire Jusqu'à la fin 1995, certains assureurs-maladie prévoyaient dans leurs règlements la possibilité de suspendre temporairement l'assurance-maladie pendant une période de service militaire de longue durée. Faute de base légale, cette possibilité n'existe plus depuis l'entrée

en vigueur de la LAMal. L'article 8 LAMal prévoit uniquement la suspension de la couverture des accidents dans l'assurance obligatoire des soins lorsque les assurés sont entièrement couverts pour ce risque, à titre obligatoire, en vertu de la loi sur l'assurance-accidents<sup>19</sup> (LAA). Le Conseil fédéral a donc arrêté, au 1er janvier 1997, l'article 91a, 1er alinéa, de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie<sup>20</sup> (OAMal) qui autorise les assureurs à réduire les primes des personnes temporairement soumises à l'assurance militaire lorsque la durée du service militaire est supérieure à 60 jours consécutifs. Comme cette réglementation a toutefois été critiquée en raison des variations considérables d'un assureur à l'autre des réductions faites sur les primes, le Conseil fédéral a mis en consultation une variante à la réglementation actuelle (article 3, 4e alinéa, du projet) qu'une nette majorité d'organismes consultés a préférée à la simple diminution des primes. Seuls les assureurs ainsi que deux cantons se sont opposés à cette variante. L'article 3, 4e alinéa, LAMal crée donc une base légale formelle pour la suspension de l'obligation de s'assurer à l'assurance-maladie au seul profit de l'assurance militaire pour les personnes soumises pendant plus de 60 jours consécutifs à l'assurance militaire. 19 RS 832.20 20 RS 832.102 754

Cette nouvelle disposition implique que les personnes assurées par l'assurance militaire n'auront plus à payer des primes d'assurance-maladie pendant la durée de la suspension, ce qui entraînera des pertes de primes dans l'assurance obligatoire des soins. Au niveau des assureurs-maladie, ces pertes devraient être compensées par le fait qu'ils n'auront pas à fournir des prestations d'assurance pour ces personnes, généralement jeunes, pendant cette période ni à payer la redevance au titre de la compensation des risques pour ces assurés. Les mois pendant lesquels l'assurance est suspendue seront pris en compte lors de l'évaluation des effectifs d'assurés pour le calcul de la compensation des risques, car il ne serait pas équitable d'interdire aux assureurs de prélever une prime pour les personnes momentanément soumises à l'assurance militaire et de les obliger à payer des redevances de risque pour ces mêmes personnes. L'ordonnance sur la compensation des risques devra donc être adaptée dans ce sens. En utilisant un modèle de calcul basé sur un nombre de recrues d'environ 23 000 par an, une durée d'école de recrue et, partant, une affiliation à l'assurance militaire de 15 semaines ainsi qu'une prime mensuelle moyenne (prime moyenne suisse des adultes en formation d'une région moyenne pour 1998) de 128 francs, on arrive à des pertes (théoriques) correspondant à environ 10,2 millions de francs. Il faudrait toutefois aussi tenir compte des autres personnes soumises momentanément à l'assurance militaire qui, bien qu'en nombre beaucoup moins important (en 1997, environ 7000 officiers et sous-officiers, les personnes astreintes au service civil ou envoyées par la Suisse dans le cadre d'actions à l'étranger), seraient également exemptées, pendant une certaine période, de l'obligation de payer des primes. Dans le cadre de la compensation des risques provisoire pour 1998, la redevance de risque moyenne en Suisse pour les hommes assurés ayant de 19 à 25 ans correspond à 120 francs. Si l'on reprend les chiffres ci-dessus, les montants versés au titre de la compensation des risques seraient réduits d'environ 9,5 millions de francs. 322

Organisation L'assurance-maladie est gérée par une pluralité d'assureurs soumis aux mêmes dispositions: certaines sont énumérées dans l'article 13 LAMal sur les conditions à remplir pour être autorisé à pratiquer l'assurance-maladie sociale, et d'autres sont réparties sur l'ensemble de la loi. Or, la pratique montre clairement que les assureurs ne sont pas toujours prêts à se conformer à ces dispositions, faute de mesures coercitives adéquates. 322.1

Mesures d'ordre En vertu de l'ancien droit (LAMA), dans les cas où l'assureur ne suivait pas les prescriptions légales, les dispositions d'exécution ou les directives de l'OFAS, celui-ci

pouvait, après une sommation écrite demeurée sans effets, bloquer totalement ou en partie les subsides fédéraux destinés à un assureur et, dans les cas graves, les refuser tout à fait (art. 33, 3e al. LAMA). Avec la nouvelle loi, cette sanction efficace n'est plus possible, vu que les subsides fédéraux ne sont plus versés aux assureurs mais directement aux assurés. L'OFAS est chargé de la surveillance de la pratique de l'assurance-maladie sociale (art. 21 LAMal). La loi lui donne, en principe, divers moyens pour effectuer cette

tâche. Toutefois, l'expérience a montré qu'ils ne sont pas adaptés à la situation actuelle. L'OFAS doit donc disposer de plus de possibilités s'il veut mener à bien son mandat de surveillance. Il doit pouvoir agir plus rapidement et être autorisé à effectuer des contrôles sans préavis auprès des assureurs. Selon l'article 2] LAMal, POFAS peut prendre des mesures pour rétablir l'ordre légal aux frais de l'assureur (exécution par substitution) et proposer au département le retrait de l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale. Toutefois, en vertu du principe de la proportionnalité, cette dernière mesure ne peut être prise qu'en cas de faute grave de l'assureur. Il faut donc prévoir des sanctions intermédiaires. La solution la plus adéquate semble l'introduction d'amendes d'ordre. L'avantage de ces sanctions plus proportionnelles réside notamment dans le fait que l'assuré peut effectuer une comparaison entre les assureurs, fondée non seulement sur le niveau des primes, mais également sur l'attitude générale d'un assureur à l'égard de la loi puisque les assureurs punis d'une amende lui seront connus. 322.2 Intérêts moratoires En vertu de la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (TFA), la perception d'intérêts moratoires dans le domaine en question requiert une base légale claire. Actuellement et jusqu'en l'an 2005, une telle base légale fait défaut. Les articles 21 (surveillance) et 105 (disposition transitoire concernant la compensation des risques) ne sauraient être considérés comme des bases légales claires et du côté des assureurs, il n'a pas été possible de trouver un accord sur une réglementation des intérêts moratoires. Comme la réglementation actuelle sur les intérêts moratoires ancrée dans l'ordonnance du 12 avril 1995<sup>21</sup> est indispensable au bon fonctionnement de la compensation des risques prescrite par la loi, il convient donc de créer la base légale formelle. Le complément apporté à l'article 105, 4e alinéa, LAMal, qui va dans le sens de la motion Engler (97.3378), n'est pas contesté dans les milieux spécialisés de l'assurance-maladie, ni dans les cercles politiques. Les assureurs sont tenus, de par la loi, de contribuer au financement des tâches de l'institution commune (art. 18). Les expériences recueillies dans le domaine de la compensation des risques au cours de ces dernières années tendent à montrer que les assureurs ne sont pas toujours prêts à verser les contributions qui leur incombent dans les délais impartis, notamment lorsque les montants dus sont élevés et qu'ils peuvent, faute de sanctions, retirer un profit financier du retard dans les paiements. Comme dans le domaine de la compensation des risques, il se justifie dès lors de prévoir dans la loi une réglementation qui permette de prélever des intérêts moratoires sur les contributions en retard destinées au financement des tâches importantes de l'institution commune. 323 Prestations Dans le message concernant la révision de l'assurance-maladie<sup>22</sup>, on a jugé inutile de spécifier que les prestations en cas de maternité incluaient également des prestations spéciales pour le nouveau-né (contributions aux frais de soins ou de traitement du -' RS 832.112.1 22 FF 1992 I 138 756

nouveau-né, selon art. 14, 2e al., ch. 3, LAMA). Or, comme le révèle la pratique, on ne saurait déduire de la réglementation légale, ni du catalogue général des prestations, ni des dispositions régissant les prestations de prévention et les prestations de maternité une obligation pour l'assureur de la mère ou celui de l'enfant de prendre en charge les

prestations du nouveau-né en bonne santé. Face à cette situation, l'OFAS s'est vu dans l'obligation de préciser, dans une directive aux assureurs du 21 mars 1997, que Passureur-maladie de la mère devait prendre en charge les frais de séjour et de soins relatifs au nouveau-né en bonne santé pendant la convalescence de la mère après l'accouchement. Si l'on s'en tient aux premiers jugements des tribunaux cantonaux rendus dans ce domaine, il faut bien admettre que le texte légal ne permet en aucune façon d'obliger l'assureur-maladie de la mère à prendre en charge des prestations relatives au nouveau-né. Il faut aussi admettre que, selon toute vraisemblance, les tribunaux finiraient par conclure que les dispositions légales actuellement en vigueur excluent la prise en charge des prestations pour nouveau-nés sur la base de l'assurance-maladie sociale, ne s'agissant pas de mesures diagnostiques ou thérapeutiques. Vu la jurisprudence qui semble se dessiner, il paraît nécessaire de prévoir dans la loi des prestations spéciales pour le nouveau-né en bonne santé (art. 29). Nous proposons donc que l'assureur de la mère prenne à sa charge, dans le cadre des prestations de maternité, les frais de séjour et de soins accordés à l'enfant tant que celui-ci séjourne avec sa mère, les soins en question faisant partie intégrante de l'environnement thérapeutique dont a besoin la mère après l'accouchement.

324 Procédure L'article 53 LAMal prévoit que les décisions des gouvernements cantonaux relatives aux listes des hôpitaux et établissements médico-sociaux peuvent faire l'objet d'un recours au Conseil fédéral. Or, la question s'est posée de savoir si la compétence attribuée au Conseil fédéral en vertu de l'article 53 n'était pas contraire à la Convention européenne des droits de l'homme<sup>23</sup> (CEDH). En effet, l'article 6 CEDH exige que les affaires civiles ou pénales puissent être portées devant un juge. Cette réglementation trouve également application dans la procédure administrative puisqu'en vertu de cet article, toutes les décisions de droit administratif ayant un caractère patrimonial sont soumises à l'obligation de passer devant un juge et d'être publiques, n'est pas exclu que les décisions des gouvernements cantonaux relatives à la liste des hôpitaux et des établissements médicaux contiennent un caractère patrimonial; la procédure actuelle ne satisferait donc pas à l'article 6 CEDH. Nous proposons dès lors de déléguer au TFA les décisions portant sur les recours au sens de l'article 39 LAMal. Au vu de cette compétence nouvelle et importante du TFA, il semble opportun de créer une première instance judiciaire. C'est pourquoi nous prévoyons, à l'article 39, 4<sup>e</sup> alinéa LAMal, la possibilité de recourir auprès du tribunal cantonal des assurances contre les décisions des autorités cantonales relatives aux listes des hôpitaux et des établissements médico-sociaux selon l'article 39 LAMal. 23 RS 0.101 757

325 Tarifs et mesures extraordinaires visant à maîtriser les coûts La fixation des tarifs est en principe régie par les règles générales contenues à l'article 43 LAMal. Cette disposition décrit, dans les grandes lignes, la notion de tarif; celui-ci est établi par convention (convention tarifaire) ou est fixé par l'autorité compétente pour les cas spéciaux prévus par la loi. Les partenaires peuvent s'organiser relativement librement et fixer, par exemple, des tarifs forfaitaires. Us peuvent convenir de forfaits se rapportant au traitement d'un patient (forfait par cas ou forfait journalier). On parle alors d'un forfait par patient, par opposition au forfait par groupe d'assurés où sont garantis les soins d'un groupe d'assurés. Le budget global prospectif constitue une variante spéciale du forfait par groupe d'assurés. Dans ce cas, le montant du forfait est fixé sur la base des prestations fournies par le passé et des besoins auxquels on peut s'attendre à l'avenir. Un budget global sert donc à fixer la rémunération des soins d'un groupe d'assurés, indépendamment de la question de savoir si ces assurés ont besoin d'un traitement. Actuellement, dans le domaine ambulatoire, les

cantons ne peuvent fixer un budget global qu'en l'absence de conventions tarifaires (art. 47 LAMal). Si les partenaires tarifaires ont convenu d'une autre forme de tarification, le gouvernement cantonal en tant qu'autorité d'approbation examine la convention qui lui est présentée selon l'article 46, 4e alinéa, LAMal. Dans le domaine des hôpitaux et des établissements médico-sociaux, il existe deux possibilités supplémentaires de fixer un budget global: d'abord en tant qu'instrument ordinaire de gestion, pouvant être adopté par le gouvernement cantonal en application de l'article 51 LAMal, ensuite en tant que mesure extraordinaire, prise par le canton à la demande de l'assureur en vertu l'article 54 LAMal. Bien que la LAMal ne soit en vigueur que depuis près de trois ans, l'absence de moyens de maîtrise des coûts dans le domaine ambulatoire s'est faite sentir; les instruments de maîtrise des coûts des cantons sont limités, contrairement au domaine hospitalier où ils ont, honnis les possibilités d'interventions décrites plus hauts, la compétence de procéder à une planification (art. 39 LAMal). La possibilité d'établir un budget global pour certaines ou pour toutes les catégories de fournisseurs de prestations également dans le domaine ambulatoire avait déjà été proposée dans le message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie<sup>24</sup>. Cette proposition avait alors été vivement critiquée dans le cadre des débats au Parlement. La situation en matière de primes et de coûts nous amène à proposer l'introduction de moyens supplémentaires de maîtrise des coûts. Lors de la procédure de consultation, les points de vue sur l'extension des possibilités d'intervention des cantons dans le sens d'une mesure extraordinaire divergeaient très fortement. Alors qu'une partie des cantons s'en félicitaient, d'autres cantons et de nombreuses organisations s'y sont opposés. Des réserves ont été formulées quant au mode de fonctionnement et au manque de données statistiques. Relevons pour ce dernier point que dans la statistique des données administratives de l'OFAS relatives à l'assurance-maladie, les coûts seront répartis par âge, région de domicile, fournisseurs de prestations et forme d'assurance. Cette statistique ne constitue qu'une partie du programme statistique établi par la LAMal. Le Conseil fédéral reconnaît que les statistiques sont encore lacunaires. Il a d'ailleurs lui-même insisté à plusieurs reprises sur leur urgente nécessité, notamment dans le domaine ambulatoire. 11 en encouragera le développement.

Comme dans tous les domaines de la santé, la collaboration de tous les acteurs est requise. Même si l'on ne dispose pas actuellement de données solides dans tous les domaines, le Conseil fédéral propose d'adopter d'ores et déjà le budget global dans le domaine ambulatoire, aussi bien à titre de mesure ordinaire (par les cantons) qu'à titre de mesure extraordinaire (à la demande des assureurs), susceptibles de maîtriser les coûts. 326 Financement 326.1 Primes Régions de primes Pour la fixation des primes, les assureurs doivent s'en tenir aux principes de l'article 61 LAMal. Les dispositions légales en vigueur permettent aux assureurs de fixer librement les différentes régions de primes au sein des cantons. De ce fait, il est difficile pour les assurés de comparer les primes relatives à leur lieu de domicile et la tâche de l'OFAS, chargé d'approuver les tarifs de primes, s'en trouve compliquée. Un «découpage» uniforme des régions permettra d'augmenter la transparence, tant pour le contrôle et l'approbation des primes par l'OFAS que pour l'information des assurés. Fixation des primes A l'article 61, 3e alinéa, LAMal, il est stipulé que les jeunes en formation de moins de 25 ans peuvent bénéficier de primes plus basses. Cette disposition n'avait été introduite dans la loi qu'au terme de longues discussions au Parlement. Le projet de loi<sup>25</sup> ne prévoyait pas à l'article 53 une prime plus basse pour les jeunes de 18 à 25 ans en formation parce qu'une telle mesure devait être prise en compte dans le cadre de la réduction des primes. C'est à la demande de sa commission chargée de

l'examen préalable de la loi que le Conseil national décida de compléter l'article selon la teneur actuelle, qui a été acceptée par le Conseil des Etats. Mais dans la pratique, la fixation des primes pour les assurés entre 18 et 25 ans en formation s'est révélée très problématique. L'absence de définition du terme «en formation», dans la loi et dans l'ordonnance, a rapidement donné lieu à différentes interprétations parmi les assureurs, débouchant sur une pratique inégale. En outre, il semble que certains assureurs accordent un rabais à tous les assurés de cette catégorie d'âge, afin d'éviter les charges administratives entraînées par la recherche des ayants droit. U apparaît donc sensé et nécessaire de prévoir une solution qui garantisse une pratique uniforme et à des coûts raisonnables pour les assureurs. Ce problème a été abordé au Parlement; il en est résulté la proposition d'accorder un rabais à tous les jeunes adultes (motion Gysin, 97.3255). Pour les différentes raisons évoquées ci-dessus, et par souci de clarté vis-à-vis des assurés, nous proposons de supprimer la distinction entre «jeunes» et «jeunes en formation». Tous les jeunes assurés entre 18 et 25 ans pourraient donc bénéficier d'une prime plus basse, le montant du rabais étant fixé par l'assureur. 25 FF 1992 I I 76 759

326.2 Participation aux coûts Assurance de la participation aux coûts A la fin de l'été 1997, une importante caisse-maladie a présenté sur le marché un nouveau produit qui combinait l'assurance-maladie de base obligatoire avec une franchise plus élevée et une assurance conclue auprès d'une compagnie privée couvrant la différence entre la franchise choisie et la franchise ordinaire. La prime prévue pour cette assurance était échelonnée en fonction du risque, son montant étant plus élevé pour les assurés malades ou sujets à la maladie que pour les personnes en bonne santé, à supposer que la proposition d'assurance soit acceptée et non pas rejetée d'emblée. L'OFAS a sommé cette caisse-maladie de cesser la publicité pour ce produit et de mettre fin à l'envoi de documentation. La caisse a obtempéré dans un premier temps. L'intervention de l'OFAS a été motivée par le fait que ce genre d'assurance ravive le processus de désolidarisation entre personnes malades et en bonne santé, entre jeunes et plus âgés, désolidarisation connue sous l'ancien droit et que la LAMal réproouve. Comme le Conseil fédéral l'a relevé dans son message, l'un des principaux problèmes de l'ancienne législation sur l'assurance-maladie a été l'érosion de la solidarité entre les personnes en bonne santé et celles qui souffrent d'une mauvaise santé. Sous le nouveau régime, toutes les personnes d'une région donnée, affiliées auprès d'un même assureur, doivent payer la même prime, sans égard à leur âge, à leur sexe ou à leur état de santé. Dans une assurance sociale, la diversité des risques (notamment s'ils échappent à la maîtrise des assurés) ne doit jouer aucun rôle pour la fixation de la prime<sup>26</sup>. Le renforcement de la solidarité constitue un objectif essentiel de la LAMal; il se situe au centre des préoccupations du nouveau droit sur l'assurance-maladie. Si l'on permettait d'assurer la participation aux coûts, l'effet d'incitation que vise la participation instituée par la LAMal - mettre l'assuré face à ses responsabilités quant à la décision de toucher des prestations ou d'y renoncer - serait réduit à néant. En autorisant l'assurance d'une franchise à option, on devrait non seulement renoncer à des effets de maîtrise des coûts, mais encore s'attendre à des hausses sensibles des primes de tous les assurés pour compenser la perte d'une part importante de la prime de solidarité. Ces hausses toucheraient en premier lieu les personnes qui ne pourraient pas assurer le risque de participation aux coûts, c'est-à-dire les malades et les personnes âgées. Un tel résultat irait diamétralement à l'encontre de la volonté du législateur. D favoriserait la désolidarisation entre assurés d'un même assureur. Il faut voir en effet que, pour des raisons de concurrence, tous les assureurs seraient amenés à offrir de telles combinaisons d'assurances, ce qui mettrait en danger ce que l'assurance-maladie

sociale a de plus essentiel. L'interdiction d'assurer la participation aux coûts se justifie d'autant plus que, comparativement à la fin de 1995, on assiste à une augmentation marquée du nombre des assurés avec franchise à option; d'un petit 10 pour cent, il est passé à environ un tiers du total de l'effectif (1996: 2,3 millions d'assurés)<sup>27</sup>. A cette augmentation correspond une baisse du nombre d'assurés avec franchise ordinaire. 26 FF 1992 1108, 117 27 OFAS, statistique de Passurance-maladie 1996, p. 7 760

Jf Exemption de la participation aux coûts pour les mesures de prévention Exempter les mesures de prévention de la participation aux coûts était déjà prévu dans le message concernant la révision de l'assurance-maladie. Cette mesure avait été proposée pour encourager les assurés à se soumettre à des mesures de prévention jugées utiles et adéquates pour les protéger contre des maladies. Cependant, lors des délibérations au Parlement, une disposition portant sur la promotion générale de la santé fut introduite dans le projet de loi; en contrepartie, on décida de soumettre les mesures de prévention à la participation aux coûts. Dans sa réponse à la motion Jeanprêtre (97.3486), qui demandait de supprimer la franchise pour les examens de prévention, le Conseil fédéral s'est déclaré prêt à examiner la requête de l'auteur de la motion à l'occasion de la première révision partielle de la LAMal. Le présent projet entend soustraire à toute participation certaines mesures de prévention médicale qui sont énumérées de manière exhaustive » dans les dispositions d'exécution de la LAMal. Cette réglementation trouve sa justification dans les considérations qui ont déjà été exposées dans le message concernant la révision de l'assurance-maladie<sup>28</sup>. Dans le cadre de la procédure de consultation, de nombreux participants ont émis la crainte que la mesure décrite ci-dessus n'induisse une augmentation du volume des prestations. Or d'une part, seules sont prises en considération au titre de mesures de prévention dans le cadre de l'assurance-maladie sociale celles qui figurent dans la liste de l'ordonnance du 29 septembre 1995<sup>29</sup> sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), qui sont environ au nombre de 20, et d'autre part, seules certaines d'entre elles que le Conseil fédéral déterminera seront exemptes de la participation aux coûts. Pour ce qui est des coûts supplémentaires qu'occasionnera la suppression de la participation aux coûts pour ces prestations, il faut savoir que, dans les comptes des assureurs et les statistiques de l'assurance-maladie, les coûts ne sont pas présentés par type de prestations. Pour chiffrer précisément chaque catégorie de prestations, il faudra attendre la nouvelle statistique des données administratives, actuellement en cours d'élaboration. Jusqu'en 1993<sup>30</sup>, les dépenses des caisses au titre des mesures de prévention se sont élevées à 0,4 pour cent de l'ensemble des dépenses; toutefois elles concernent non seulement l'assurance obligatoire des soins mais également les assurances complémentaires. Pour la même année, les statistiques de l'Office fédéral de la statistique faisaient état d'un total des dépenses pour le domaine de la santé publique de 32,7 milliards de francs. Sur ce montant, 657 millions de francs, soit 2 pour cent du total des coûts de santé, concernent la prévention; les caisses-maladie en ont financé 9 pour cent. Le solde a été financé par le biais des services de santé scolaires, des mesures pour la prévention de l'alcoolisme et des toxicomanies, de la prévention des accidents dans le cadre de la loi sur l'assurance-accidents, etc. Considérant que, suite à l'introduction de la LAMal, les prestations des assureurs-maladie pour la prévention ont quelque peu augmenté et qu'une grande partie de ces 28 FF 1992 1 178 29 RS 832.112.31 30 Comme depuis 1994 la rubrique «prévention de la maladie» ne figure plus dans le plan comptable, nous n'avons pas de données plus récentes. La nouvelle statistique des données administratives va cependant y remédier. 761

prestations a été financée par des assurances complémentaires, on peut conclure que la charge pour les assureurs de la prévention dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins devrait demeurer inférieure à 1 pour cent du total de leurs dépenses. 327 La réduction des primes Comme il est ressorti de l'analyse de la réduction des primes pour l'année 1996, les cantons ont des interprétations fort différentes de la notion de «condition économique modeste». Même si l'on tient compte du fait qu'il est difficile de comparer les limites de revenu et de fortune définies selon le droit cantonal, il faut conclure de l'interprétation de l'article 65 LAMal que bon nombre de régimes cantonaux de réductions des primes, de par leur manière de définir les conditions économiques du droit à la réduction, doivent être considérés comme contraires au droit fédéral. Il est dès lors indispensable d'établir un régime conforme au droit fédéral en définissant une norme fédérale minimale, non seulement pour assurer un minimum d'Etat social, mais également parce que la réduction des primes joue un rôle important de correctif social central dans le système actuel des primes individuelles. Afin de réaliser un minimum d'unité au niveau de la politique sociale de l'Etat et d'atteindre les objectifs de politique sociale déclarés du législateur, nous voulons, dans le cadre de la révision partielle de la LAMal, apporter quelques modifications dans le domaine de la réduction des primes. Cependant, considérant les multiples systèmes cantonaux de réduction des primes encore en phase de mise en place, nous renonçons à définir dans le droit fédéral la notion juridique imprécise de «condition économique modeste» ou délimiter le cercle des bénéficiaires. Les modifications proposées facilitent la procédure pour les assurés. Les cantons devront tenir compte de la situation la plus actuelle en termes de revenu et de circonstances familiales lorsqu'ils examinent les conditions d'octroi de la réduction des primes. Il s'agit ici surtout, en cas de détérioration de la situation économique ou de modification des circonstances familiales, de créer la possibilité de donner droit, le cas échéant, à une réduction en fonction des bases de calcul les plus récentes. Une fois établi le droit à une réduction des primes, les subsides correspondants doivent être versés ou portés au crédit des bénéficiaires de sorte que ces derniers n'aient pas à s'acquitter, à titre d'avance, de leur obligation de payer les primes. Pour que les assurés soient informés de leurs droits et obligations en la matière, les cantons seront tenus de leur donner une information régulière et circonstanciée sur la réduction des primes. Le Conseil fédéral aura en outre la compétence d'étendre le cercle des ayants droit à des personnes - en particulier les saisonniers - qui n'ont pas de domicile en Suisse mais qui y séjournent de façon prolongée. Nous avons été amenés à proposer cette disposition en raison d'une décision du Tribunal fédéral<sup>31</sup> selon laquelle l'article 65 LAMal ne saurait être interprété en ce sens que, en vertu du droit fédéral, toutes les personnes obligatoirement assurées entrent dans le cercle des ayants droit à une réduction des primes, quelle que soit la durée de leur séjour en Suisse et l'intensité de leurs relations avec notre pays. En effet, selon le Tribunal fédéral, un traitement différencié des Suisses et des étrangers dans le domaine des assurances sociales n'est pas contraire à la constitution; seule est prohibée une distinction qui ne reposerait pas sur un motif 31 ATF 122 I 343 762

raisonnable, ou dont le motif ne serait pas pertinent ou serait étranger au système légal de l'assurance sociale concernée. Sur la base de ces considérations, le Tribunal fédéral a conclu qu'un canton pouvait parfaitement décréter que les travailleurs saisonniers n'avaient pas droit à des réductions des primes. Il est également important que le Conseil fédéral puisse exiger des cantons les données permettant de contrôler l'usage des subsides de la Confédération de même que les buts de politique sociale qui leur sont associés. En effet, expérience faite et vu la situation actuelle en matière de données, l'effet de la réduction des

primes ne peut être apprécié que de façon incomplète. Il convient donc d'obtenir des indications plus exactes sur les flux financiers à l'intérieur des cantons. En effet, les subsides fédéraux destinés à la réduction des primes ont probablement dégrèvé les finances cantonales, dans certains cas de façon assez considérable, en particulier dans le domaine des prestations complémentaires et de l'assistance sociale (voir ch. 22). Les modifications proposées tiennent compte en partie des expériences et des problèmes d'exécution des cantons. Ainsi, certains points de la présente révision rejoignent les «Recommandations sur la réduction de primes dans l'assurance-maladie» présentées en mai 1998 par la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires. On a veillé à ce que ces modifications entraînent le moins de changements possibles dans les systèmes cantonaux de réductions des primes et que, conformément à la volonté affirmée du Parlement, elles n'aient pas d'influence sur la clé de répartition des subsides fédéraux entre les cantons.

### **E. 33**

Assurance d'indemnités journalières Des interventions parlementaires (Brunner, 96.3283; Borei, 97.1100; Schmid O., 97.3173; Maury-Pasquier, 97.3294) ont soulevé plusieurs problèmes liés à la pratique de l'assurance d'indemnités journalières par les assureurs-maladie. Aujourd'hui, ces assureurs offrent des montants très faibles d'indemnités journalières soumises à la LAMal, auxquels s'ajoutent des assurances complémentaires régies par la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA)<sup>32</sup>. En réponse aux interventions parlementaires, le Conseil fédéral s'est proposé de vérifier que les principes de l'égalité de traitement et de la garantie des droits acquis ont été respectés. Cette solution pragmatique s'est révélée irréalisable au vu de la complexité et du nombre de contrats relatifs à l'indemnité journalière. Une solution législative, dans le cadre de cette révision partielle, n'est pas non plus envisageable. En effet, même si par voie législative les assureurs étaient contraints de pratiquer une assurance d'indemnités journalières individuelle et collective garantissant un montant raisonnable, la pratique parallèle d'une assurance soumise à la LCA reste un obstacle insurmontable puisqu'aucune interdiction ne peut être faite aux institutions d'assurances privées de gérer également une assurance d'indemnités journalières «de base». Tant que les institutions d'assurance privées pratiqueront une assurance d'indemnités journalières soumise à la LCA et donc exempte de toute charge sociale, autorisant la sélection des risques ou l'introduction de réserves illimitées, les assureurs-maladie ne pourront être ni compétitifs ni attractifs; leur assurance d'indemnités journalières selon la LAMal, comprenant une protection sociale, sera, à très court terme déjà, financièrement insupportable pour eux et pour les assurés. 32 RS 221.229.1 763

En l'état actuel, les problèmes de l'assurance d'indemnités journalières ne peuvent être résolus par de simples retouches de la loi en raison des motifs évoqués plus haut. A ce stade, seule l'introduction d'une assurance obligatoire d'indemnités journalières serait en mesure de rétablir une réelle assurance sociale d'indemnités journalières. Quelques participants à la procédure de consultation ont demandé que l'assurance obligatoire d'indemnités journalières, à concurrence de 80 pour cent du salaire, soit introduite dans l'actuelle révision partielle. Cependant, vu les charges financières supplémentaires qu'engendrerait une telle modification, nous proposons, pour l'heure, d'y renoncer. Ce thème pourra éventuellement faire l'objet d'une prochaine révision.

### **E. 34**

Financement des hôpitaux Actuellement, le système de la LAMal implique un cofinancement par les assureurs- maladie et par les cantons des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Les cantons sont tenus de contribuer, à hauteur de 50 pour cent au minimum, aux frais de prise en charge d'un séjour en division commune d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics (art. 49, 1er al., LAMal). Dans deux arrêts des 16 et 19 décembre 1997<sup>33</sup>, le TFA a considéré, sur la base de l'article 41, 3e alinéa LAMal, que, lors d'un séjour effectué en division privée ou semi-privée d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics situé hors du canton de résidence de l'assuré, pour des raisons médicales, le canton devait contribuer à la prise en charge de ce séjour dans la même proportion que s'il avait été effectué en division commune. Ensuite de ces arrêts du TFA, le Conseil fédéral a décidé de traiter également la question du financement des hôpitaux lors de la révision partielle de la LAMal. Ainsi, dans le rapport explicatif mis en consultation, il a précisé que cette question serait examinée. Mais les travaux préliminaires du groupe de travail ad hoc ont mis en évidence la nécessité d'obtenir des informations plus détaillées, notamment sur les répercussions financières d'éventuelles propositions de révision. Les cantons ont également souhaité une consultation ordinaire et non de type confrentiel, en raison des importantes implications de cette matière. En conséquence, il est prévu de présenter la question du financement des hôpitaux dans le cadre d'un projet séparé, par le biais d'une procédure ordinaire, au lieu d'être regroupée avec le présent projet. Le volet «financement des hôpitaux» ne pourra entrer en vigueur qu'à une date ultérieure. Le Conseil fédéral, conscient qu'il convient d'aborder les deux projets dans une perspective globale, est cependant de l'avis qu'une entrée en vigueur échelonnée est envisageable, les deux domaines n'étant pas étroitement liés. Dans l'attente d'une telle révision, il était nécessaire de trouver une solution à court terme. Les assureurs-maladie et les cantons ont des points de vue divergents quant aux suites à donner aux deux arrêts du TFA. Alors que les assureurs-maladie soutenaient que l'arrêt du 16 décembre 1997, traitant d'une contribution cantonale à la prise en charge de traitements hospitaliers hors canton dans un établissement public ou subventionné par les pouvoirs publics, s'applique avec effet rétroactif à tous les ATF123 V 290 et 123 V310 764

cas survenus depuis l'entrée en vigueur de la loi, les cantons étaient de l'avis que ledit arrêt n'était applicable qu'à partir du 16 décembre 1997. Ces derniers ont en plus exigé la promulgation d'un arrêté fédéral urgent visant à éviter les conséquences de l'arrêt. Finalement, par l'entremise du DFI, les délégations des deux parties sont parvenues à un accord réglant la question de la prise en charge des traitements hospitaliers en division privée ou semi-privée. Cet accord prévoit principalement les points suivants: Pour l'hospitalisation à l'intérieur du canton: le statu quo est maintenu. Les cantons ne versent pas de contribution au financement des prestations hospitalières de l'assurance-maladie obligatoire. Pour les hospitalisations hors canton (pour raisons médicales) survenues entre le 1er janvier 1996 et le 16 décembre 1997: les cantons versent une contribution forfaitaire unique. - Pour les hospitalisations hors canton (pour raisons médicales) qui surviennent depuis le 16 décembre 1997: le canton de résidence du patient participe au financement du séjour dans la proportion définie par l'article 41, 3e alinéa, LAMal, c'est-à-dire qu'il prend en charge la différence entre les coûts facturés et les tarifs que l'hôpital applique aux résidents de son canton. Cet accord a été ratifié le 11 septembre 1998 par 22 cantons et par le nombre requis d'assureurs. Il met ainsi fin à l'insécurité juridique créée par les divergences de vue des deux parties, permettant, jusqu'à l'adoption des futures dispositions révisées sur le financement des hôpitaux, l'examen approfondi des questions qui sont encore

pendantes en la matière.

### **E. 34.7**

45.0 20.0

### **E. 35**

RS171.11 766

42 Modification de la LAMal Article 3, alinéa 4 Selon cette disposition, l'obligation de s'assurer est suspendue pour les personnes soumises, pour plus de 60 jours consécutifs, à la loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire (LAM)<sup>36</sup>. Bénéficiaire de cette réglementation en premier lieu les recrues, les personnes accomplissant des services d'avancement de l'armée et les personnes faisant leur service civil. Elle est valable également pour les membres du corps suisse d'aide en cas de catastrophe, les personnes qui participent à des activités de maintien de la paix et autres bons offices de la Confédération, pour autant que ces personnes soient assurées, pendant leur engagement à l'étranger, au titre de l'assurance militaire pendant 60 jours consécutifs au moins. Cette réglementation a pour conséquence que les assurés ne doivent pas payer de primes pendant le temps de la suspension et que les assureurs de leur côté sont dispensés de fournir des prestations. Comme il s'agit ici d'une suspension de l'obligation de s'assurer et non pas d'une suspension de la couverture d'assurance comme pour la couverture des accidents (art. 8 LAMal), le Conseil fédéral réglera la procédure correspondante par voie d'ordonnance, notamment en ce qui concerne la tâche des autorités cantonales chargées de contrôler l'obligation de s'assurer, la communication aux assurés et la marche à suivre administrative (cf. art. 11 OAMal). L'Office fédéral de l'assurance militaire affirme que la palette des prestations de soins couverte par l'assurance militaire est aussi large, sinon plus, que celle de l'assurance-maladie, que la protection offerte couvre également les maladies contractées avant le service militaire et que, en cas de suspension de l'assurance-maladie pendant le service militaire, il n'y a pas lieu de craindre de lacunes dans la couverture d'assurance. L'introduction de la suspension n'a de sens évidemment que pour les personnes soumises à l'obligation de s'assurer. Les agents de la Confédération, en exercice ou retraités, qui sont soumis en permanence à l'assurance militaire en vertu de l'article 1er, 1er alinéa, lettre b et de l'article 2 LAM, sont déjà libérées de l'obligation de s'assurer au titre de l'assurance-maladie en raison de leur statut spécial (art. 3, 2e al., LAMal en relation avec art. 2, 1er al., lettre a, OAMal). Pour ces personnes, il n'y a donc pas lieu de prévoir de suspension temporaire de l'obligation de s'assurer; on s'en tiendra à la réglementation actuelle. Article 7, alinéas 2, 6 et 7 L'alinéa 2 prévoit que l'assuré peut désormais changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, avec un préavis d'un mois. Ce changement est possible que la nouvelle prime approuvée par l'OFAS soit égale, inférieure ou supérieure à la prime précédente. L'assureur devra donc toujours indiquer, lors de l'annonce des primes, le droit au changement d'assureur et les délais dans lesquels ce droit peut être exercé. Cet alinéa a également été reformulé quant aux délais de l'annonce des primes. Selon la formulation actuelle, si la nouvelle prime est annoncée en octobre, par exemple, l'assuré aurait en principe la possibilité de changer d'assureur pour le 1er décembre déjà («pour la fin du mois»). Or, le changement s'effectue en principe pour le 31 décembre. Avec la formulation proposée, la date du changement d'assureur sera désormais uniformisée (si les primes sont valables pour le 1er janvier,

### **E. 35.0**

0.0

## **E. 36**

RS 833.1 767

les assureurs les annoncent pour le 31 octobre au plus tard et les assurés peuvent communiquer leur changement jusqu'au 30 novembre). L'alinéa 6, pendant de l'alinéa 5, règle la situation d'un assureur qui empêche l'assuré de changer d'assureur. Cet assureur devra alors réparer le dommage. Le montant du dommage peut équivaloir à la différence de prime si le nouvel assureur a des primes inférieures, par exemple, ou pourra être évalué en fonction du dommage. L'alinéa 7, nouveau, interdit à l'assureur de faire en sorte que l'assuré désireux de changer d'assureur pour l'assurance obligatoire des soins doive également résilier les assurances complémentaires conclues auprès de cet assureur. L'interdiction vaut également pour les petites assurances complémentaires (frais de lunettes, hospitalisation pour toute la Suisse en chambre commune, etc.). La distinction entre les «petites» assurances complémentaires et les autres assurances complémentaires n'est pas toujours aisée; de même, la diversité de ces assurances compliquerait la tâche des assureurs, et ce au détriment des assurés. Article 18, alinéa 5 La perception d'intérêts moratoires nécessite une base légale formelle. L'alinéa 5 de l'article 18 est donc complété par une deuxième phrase qui prévoit la possibilité de percevoir des intérêts moratoires lorsque les paiements destinés à certaines tâches d'intérêt commun ne sont pas effectués à temps. La perception d'intérêts moratoires devrait inciter les assureurs à payer leurs contributions à temps. A l'instar des montants des contributions, ceux des intérêts moratoires seront fixés dans les règlements de l'institution commune. Article 21, alinéas 4, 5 et 5bis Alinéa 4: l'article 21 confie à l'OFAS la surveillance directe des assureurs en leur qualité d'organes d'exécution de la loi<sup>37</sup>. Pour diverses raisons qui tiennent notamment à la forte concurrence régnant entre les assureurs organisés selon les normes du droit privé et au financement basé sur la répartition des dépenses, il est important que l'autorité de surveillance puisse intervenir rapidement et directement. C'est pourquoi le 4<sup>e</sup> alinéa, 2<sup>e</sup> phrase (nouvelle), prévoit que l'OFAS peut procéder à des inspections sans prévenir l'assureur et doit avoir accès à tous les renseignements qu'il juge nécessaires. Il est vrai que la 1<sup>re</sup> phrase du 4<sup>e</sup> alinéa le permettait déjà. Mais comme l'OFAS doit pouvoir intervenir rapidement dans certains cas, cette précision apporte la clarté nécessaire sur les droits d'accès de l'office. Alinéa 5: selon l'article 21, l'OFAS peut prendre, aux frais de l'assureur, les mesures propres à rétablir l'ordre légal (exécution par substitution) ou proposer au département de retirer l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie. Mais contrairement à ce qui existe dans d'autres branches des assurances sociales ( voir p. ex. art. 79 LPP et 91 LAVS) ou dans la législation régissant l'assurance privée (49 LSA), la LAMal ne prévoit pas de véritables sanctions en cas d'inobservation des prescriptions d'ordre, abstraction faite des cas qui relèvent des articles 92 et 93 LAMal. C'est pourquoi le projet règle de façon plus précise à l'article 93a les sanctions qui pourront être prises en cas d'inobservation des prescriptions d'ordre. La compétence de l'OFAS de donner des avertissements et d'infliger des amendes d'ordre doit être expressément introduite dans le catalogue de l'article 21 avec un renvoi à l'article 930. L'OFAS disposerait ainsi d'un éventail de mesures plus conforme au principe

## **E. 37**

RAMA 1997 KV 7 768

de la proportionnalité que la proposition de retrait de l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie, qui peut être excessive dans de nombreux cas. La limite maximale de l'amende d'ordre fixée à 5000 francs à l'article 93<sup>u</sup> découle du cadre législatif existant (loi fédérale du 22 mars 1974 sur le droit pénal administratif). En l'occurrence, ce n'est pas l'importance de la sanction et, partant, le montant de l'amende qui est déterminant. Il s'agit plutôt de donner à l'OFAS la possibilité de sanctionner non seulement une infraction grave aux prescriptions de la LAMal par le retrait de l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie, mais aussi les infractions de moindre importance, mais répétées, qui nuisent à la bonne application de l'assurance-maladie sociale ou qui apportent à l'assureur des avantages concurrentiels illicites. Alinéa 5bis: il semble nécessaire que le public puisse être informé sur les sanctions prises. Comme il s'agit de données personnelles, la communication de cette information nécessite une base légale dans la LAMal. Grâce à ces informations, les assurés pourront se faire une idée de l'attitude générale des assureurs vis-à-vis de la loi et savoir aussi quel assureur a déjà été sanctionné. Article 29, alinéa 2, lettre d Le catalogue des prestations de maternité énumérées à l'article 29 est complété par une lettre d concernant les soins accordés à un nouveau-né en bonne santé. Ces frais doivent être pris en charge par l'assureur de la mère tant que le nouveau-né séjourne à l'hôpital avec elle. Par soins, il faut entendre les soins usuels pour un nouveau-né, des traitements n'entrant pas en ligne de compte puisqu'il s'agit d'un enfant en bonne santé. Les examens au titre de mesures de prévention prévus dans l'OPAS, aujourd'hui au nombre de huit, sont à la charge de l'assureur de l'enfant obligatoirement assuré en vertu de l'article 3, 1er alinéa, LAMal en relation avec l'article 5, 1er alinéa, LAMal. Article 35, alinéa 2, lettres m et n, article 36a et article 38 L'article 25, 2e alinéa, lettre g, prévoit que les prestations de l'assurance obligatoire des soins comprennent également une contribution aux frais de transport et de sauvetage médicalement nécessaires. Si la loi actuelle est explicite en ce qui concerne les prestations, elle ne dit rien au sujet des fournisseurs de ces prestations; il convient donc de prévoir une base légale à l'article 35 réglant leur admission. Cela est d'autant plus nécessaire que les entreprises de transport et de sauvetage ne peuvent être considérées comme des organisations agissant sur prescription ou mandat médical au sens de l'article 35, 3e alinéa, lettre e. Nous proposons donc de créer une base légale pour l'admission des entreprises de transport et de sauvetage, en confirmation de l'article 56 OAMal. D'autre part, l'expérience a mis en évidence que les centres HMO et les institutions analogues rencontrent les mêmes problèmes car, selon la LAMal, seules sont prises en charge par principe les prestations des médecins salariés qui sont liés par contrat à des hôpitaux ou à d'autres institutions au sens de l'article 39 LAMal, y compris aux institutions de soins semi-hospitaliers. Ainsi qu'il ressort du message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie<sup>38</sup> il s'est agi de reprendre en principe la réglementation de l'ancien droit (LAMA). C'est ainsi que l'admission d'un médecin demeure liée à l'obtention du diplôme fédéral. Les nouveautés essen-

tielles concernent la formation postgraduée et la possibilité pour le Conseil fédéral de reconnaître les certificats scientifiques équivalents. Pas plus qu'aujourd'hui, la LAMA n'exigeait que les médecins exercent une activité indépendante. Mais, dans la pratique, on est parti du principe qu'en vertu des réglementations cantonales relatives à la police de la santé, le médecin doit être titulaire d'une autorisation de pratiquer, ne serait-ce que pour protéger la population de traitements non professionnels. L'évolution actuelle dans le domaine des formes particulières d'assurance et le grand nombre d'institutions qui les pratiquent nous amènent à penser que, en ce qui concerne les médecins qui travaillent dans

un HMO ou un centre de soins ambulatoires en vertu d'un contrat d'engagement, il n'est pas absolument nécessaire qu'ils aient un statut d'indépendants. Dans ce domaine également, il faut donc créer la base légale pour l'admission des centres en question afin de dissiper toute insécurité juridique. Pour assurer une égalité de traitement quant aux conditions d'admission et garantir ainsi la qualité, il importe toutefois que les critères définis à l'article 36 (diplôme fédéral ou certificat équivalent, ainsi que formation postgraduée) soient remplis. Article 39, alinéa 4 Dans un échange d'opinions avec le Conseil fédéral, le TFA avait exprimé ses doutes quant à la question de savoir si les listes des hôpitaux constituaient des décisions au sens de l'article 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ou devaient être considérées comme des actes législatifs cantonaux ou des décisions se fondant sur le droit cantonal indépendant. Dans la seconde hypothèse, seul le recours de droit public au Tribunal fédéral à Lausanne serait admissible en dernière instance contre les décisions cantonales. Or, la procédure de recours de droit public ne satisfait en principe pas aux conditions de l'article 6 CEDH. Au vu de la nouvelle compétence, importante, du TFA (voir commentaire de l'article 53), il est nécessaire de créer une première instance judiciaire. La constitution d'une commission fédérale de recours ne serait pas conforme au système auquel tend la révision totale de la loi fédérale sur l'organisation judiciaire. Les décisions cantonales doivent au contraire, avant d'être portées devant le Tribunal fédéral, ou devant le TFA, être examinées par les tribunaux cantonaux (voir rapport final de juin 1997, p. 42). Nous proposons donc que les recours contre les décisions des autorités cantonales relatives aux listes des hôpitaux et des établissements médico-sociaux d'après l'article 39 LAMal puissent être portés devant le tribunal cantonal des assurances du canton en question. Article 51a Budget global des prestations ambulatoires et semi-hospitalières A côté de leurs compétences en tant qu'autorité d'approbation et de fixation des tarifs, les cantons devraient être investis d'autres compétences encore leur permettant d'influer sur l'évolution des coûts (voir ch. 325). En raison des divergences entre les partenaires tarifaires, le gouvernement cantonal est de plus en plus souvent appelé à fixer un tarif en application de l'article 47. Actuellement, dans le domaine ambulatoire, les cantons ne peuvent fixer un budget global qu'en l'absence de conventions tarifaires (art. 47 LAMal). Si les partenaires tarifaires ont convenu d'une autre forme de tarification, le gouvernement cantonal en tant qu'autorité d'approbation examine la convention qui lui est présentée selon l'article 46, 4e alinéa, LAMal. 770

Afin de compléter l'éventail de mesures visant à maîtriser les coûts dans le secteur ambulatoire, secteur où, comme l'indiquent les prévisions 199939, la hausse des coûts est la plus forte, nous proposons d'introduire une nouvelle disposition qui prévoit pour ce secteur une compétence des cantons similaire à celle de l'article 51 LAMal pour le secteur hospitalier. Grâce à cette compétence supplémentaire, les cantons seront mieux en mesure d'assumer leurs tâches dans le domaine de la santé. Le fait de pouvoir établir un budget global dans le secteur ambulatoire constitue un réel instrument de planification économique permettant de fournir des prestations données avec davantage d'efficacité grâce à un budget prospectif. Il faut inciter les fournisseurs de prestations à adopter une attitude conforme aux règles d'une saine gestion économique. Le budget détaillé actuel fera place à une enveloppe budgétaire à laquelle seront tenus les fournisseurs de prestations. Cette enveloppe budgétaire sera calculée soit en fonction des prestations fournies dans le passé, soit en fonction d'une estimation des besoins. Ce budget, une fois établi, ne sera pas adapté durant la période budgétaire en cours. Celui qui offre des prestations données prend l'engagement de les fournir, à lui de définir de quelle manière. En cas de dépassement de budget, il

supporte le déficit, mais engrange des bénéfices si le budget n'est pas épuisé. Il est donc indispensable de pouvoir tabler sur des données fiables pour définir un budget adéquat. Il ne s'agit pas de porter préjudice à l'autonomie des partenaires tarifaires et au principe contractuel fondamental. Selon toute vraisemblance, les gouvernements cantonaux ne recourront au budget global que s'il s'avère, à la lumière des données dont ils disposent, que l'action sera ciblée et efficace. Article 52a Jusqu'ici, il manquait dans la LAMal une base légale permettant l'exercice d'un droit de substitution lors de la remise de médicaments par le pharmacien. Par droit de substitution, on entend le droit du pharmacien de remplacer, à la charge de l'assurance-maladie sociale, une préparation originale (plus chère) figurant sur la liste des spécialités (LS) et prescrite par le médecin par un générique (meilleur marché). Le médecin laisserait donc au pharmacien le soin de choisir la préparation la plus appropriée pour l'assuré et donc de lui remettre le médicament générique le plus avantageux et le mieux indiqué, compte tenu du prix, de la «compliance», du confort de l'assuré, des dosages disponibles et des formes galéniques, ainsi que de la qualité de la documentation et de l'étendue de l'information spécialisée. C'est uniquement dans les cas où le médecin demanderait expressément sur sa prescription la remise du médicament original que le pharmacien doit, comme c'est le cas actuellement, s'en tenir strictement à la prescription. Le droit de substitution du pharmacien n'implique pas une obligation pour le pharmacien de remettre dans tous les cas le générique le moins cher. Le médecin qui a des raisons de prescrire un médicament donné pourra continuer à le faire. Dans tous les cas où il n'aurait pas de raison d'opter pour telle préparation, le choix reviendrait au pharmacien. C'est à ce dernier qu'incomberait la responsabilité en matière de remise des médicaments, vis-à-vis de l'assuré et de son assureur-maladie. La délégation d'une partie de la compétence de prescrire du médecin au pharmacien ne porte nullement préjudice au droit de l'assuré au remboursement du médicament LS par l'assurance obligatoire des soins.

### **E. 39**

Prévisions des coûts pour l'assurance-maladie en 1999, résumé des données envoyées, OFAS, juillet 1998 771

Article 53, alinéa 1 En vertu de l'article 53, 1er alinéa, LAMal, en relation avec l'article 129, lettres a et b de la loi fédérale du 16 décembre 1943 d'organisation judiciaire (OJ)<sup>40</sup> et avec l'article 73, 1er alinéa, lettre c, de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA)<sup>41</sup>, il est possible de recourir au Conseil fédéral contre les décisions des gouvernements cantonaux et contre les actes législatifs cantonaux pris en application des articles 39, 45, 46, 4e alinéa, 47, 48, 1er à 3e alinéas, 49, 7e alinéa, 51, 54 et 55, LAMal. Or, pour ce qui est des procédures de recours contre les listes des hôpitaux et des établissements médico-sociaux, la compétence du Conseil fédéral a été remise en question. La question se pose, en effet, de savoir si la compétence attribuée au Conseil fédéral en vertu de l'article 53 LAMal n'est pas contraire à l'article 6 CEDH (droit de faire trancher les litiges de droit civil par un juge indépendant). Le Conseil fédéral a entamé un échange de vues avec le TFA en ce qui concerne sa compétence, au cours duquel le TFA a répondu à différentes questions concernant le fondement juridique et le caractère décisionnel des jugements<sup>42</sup>. Le Conseil fédéral s'est par la suite prononcé sur les recours qui lui avaient été adressés. Mais, dans la quasi-totalité des cas, il a renvoyé la cause à l'autorité cantonale en vue d'un nouveau jugement, de sorte que ses prononcés n'avaient qu'un caractère provisoire. Et de fait, fin 1997, aucun des recourants ne s'était adressé à la Cour européenne des droits de l'homme. Ces clarifications n'en ont pas moins montré que la réglementation des compétences de

l'article 53 LAMal pourrait violer la CEDH. C'est pourquoi nous proposons un transfert des compétences en question au Tribunal fédéral des assurances par la suppression de la mention de l'article 39 LAMal dans l'article 53 LAMal. Par ailleurs, l'introduction de l'article 51a LAMal exige une adaptation de la possibilité de recourir contre les décisions des gouvernements cantonaux. Nous proposons que, comme pour les décisions relatives au budget global dans le domaine hospitalier, les décisions relatives au budget global dans le domaine ambulatoire puissent faire l'objet d'un recours auprès du Conseil fédéral. Article 54 L'article 46 du projet de 1991/43 confiait au Conseil fédéral la compétence de limiter dans certains cantons ou pour toute la Suisse, pour une période déterminée, par des montants globaux (budgétisation globale) le volume de la rémunération de certaines ou pour toutes les catégories de fournisseurs de prestations. Le Conseil fédéral entendait utiliser cette compétence uniquement dans les cas où les autres mesures seraient sans effet. L'article était formulé de telle sorte que l'instrument de la fixation d'un budget global ne pouvait être employé que dans les domaines enregistrant une augmentation des coûts supérieure à la moyenne. Pour fixer le montant global, il était prévu de tenir compte en particulier de l'évolution des salaires et des prix, et donc de planifier une augmentation. On pouvait également prendre en considération d'autres aspects selon les domaines (p. ex. nouvelles possibilités thérapeutiques). Lors des débats parlementaires, cette compétence a été attribuée aux cantons, en tant que mesure extraordinaire, limitée au seul financement des hôpitaux et des établissements médico-sociaux (art. 54 actuel). 4° RS 173.110

#### **E. 41**

RS 172.021

#### **E. 42**

Voir sur ce point la réponse du Conseil fédéral à la question ordinaire Suter, 96.1134 « FF 1992 I I 70 772

A côté de celle prévue à l'actuel article 54, la deuxième mesure extraordinaire de maîtrise des coûts est, selon l'article 55, la possibilité pour l'autorité d'approbation de geler le tarif des prestations. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, rares sont les conventions tarifaires qui prévoient une augmentation des tarifs. A une époque où la hausse des coûts est dans une large mesure à mettre sur le compte de l'augmentation du volume des prestations, un gel des tarifs pur et simple, comme le prévoit l'article 55, ne suffit pas à atteindre l'effet désiré. Cela est clairement apparu pendant la durée de validité des arrêtés fédéraux urgents qui prévoyaient un gel des tarifs: ils n'ont pas pu empêcher une augmentation du volume des prestations, qui a induit une hausse moyenne des coûts de 7 pour cent par année, alors que le renchérissement général était de 2 pour cent. Pour toutes ces raisons (voir également ch. 325), nous proposons, à l'instar de la mesure ordinaire nouvelle prévue à l'article 51a, d'étendre la possibilité de fixer un budget global à toutes les catégories de fournisseurs de prestations. Cette mesure peut servir à accroître les possibilités d'intervention des cantons et, partant, à prévenir des développements dans le domaine des coûts qui, même en cas d'examen approfondi au moment de l'approbation d'une convention tarifaire, n'étaient pas prévisibles (p. ex. augmentation du volume des prestations suite à l'augmentation du nombre des fournisseurs de prestations). D se justifie dès lors d'accorder aux cantons d'autres possibilités que le simple gel des tarifs. L'article 54 a été reformulé à cet effet: il confère aux cantons l'entière compétence de fixer, à la demande des assureurs, un montant global (établissement d'un budget global) pour la rémunération des prestations de certaines

ou de toutes les catégories de fournisseurs de prestations. Les cantons sont libres d'aménager le budget global à leur convenance; cette marge de manoeuvre est à utiliser en concertation avec les assureurs et les fournisseurs de prestations. Article 61, alinéas 2, 3 et 3bis Alinéa 2: en vertu des dispositions légales en vigueur, les assureurs peuvent déterminer librement les régions de primes à l'intérieur d'un canton. Il est de ce fait difficile d'informer les assurés qui souhaitent comparer les primes des assureurs-maladie dans leur lieu de domicile, et la tâche de l'OFAS, chargé d'approuver les tarifs de primes, s'en trouve compliquée. Une uniformisation des régions déterminantes pour la fixation des primes est susceptible de remédier à ces difficultés. Du moment que l'OFAS est compétent pour approuver les tarifs des primes, il paraît judicieux de lui confier également la compétence de délimiter les régions valables pour tous les assureurs, car il dispose des données nécessaires à cet effet. Pour autant que cela s'avère utile et approprié, il s'en tiendra à trois régions de primes au maximum, comme c'est le cas actuellement, et il entendra préalablement les cantons et les assureurs. Alinéa 3: cet alinéa permet aux assureurs d'accorder une prime plus basse à tous les assurés n'ayant pas encore 25 ans révolus. En effet, dans la pratique, la réduction des primes pour les assurés entre 19 et 25 ans a présenté de grandes difficultés, le terme «en formation» n'ayant été défini précisément ni dans la loi ni dans l'ordonnance. Les interprétations divergentes des assureurs ont débouché sur une pratique non uniforme. Il importe de prévoir une solution qui garantisse une pratique uniforme à des coûts administratifs tolérables pour les assureurs. Comme c'est le cas aujourd'hui pour les primes des enfants, et dans le sens d'une saine concurrence, les assureurs seraient libres de décider de l'ampleur des rabais 773

accordés aux différentes catégories de bénéficiaires. C-,... dit, les rabais accordés par les assureurs au groupe d'assurés en question devraient être valables dans toute la Suisse; le calcul des tranches d'âge doit se faire comme aujourd'hui. Alinéa 3bis: le Conseil fédéral a aussi la compétence de fixer un taux de réduction unique pour tous les assureurs en faveur de certains groupes d'assurés. C'est pour les 19-25 ans qu'il apparaît le plus utile de faire usage de cette compétence afin d'uniformiser la pratique des assureurs. En effet, pour cette catégorie d'assurés, les assureurs doivent verser le total de la contribution de compensation au titre de la compensation des risques; ils n'ont donc qu'une marge de manoeuvre limitée pour diminuer les primes sans mettre en péril la solidarité entre jeunes et plus âgés. S'il devait s'avérer que les assureurs accordent des rabais trop élevés à ce groupe d'assurés, le Conseil fédéral ferait usage de cette compétence. Article 62, alinéa 2b!s Comme il a déjà été dit (voir ch. 326.2), le risque est grand, avec la possibilité d'assurer la participation aux coûts, de voir réapparaître un processus de désolidarisation entre assurés malades et assurés en bonne santé, entre jeunes assurés et assurés âgés, et, partant, de voir remettre en question le principe de solidarité. C'est pourquoi il y a lieu d'interdire d'assurer la participation aux coûts (franchise et quote-part, art. 64) et les participations aux coûts plus élevées admises dans les formes particulières d'assurance (art. 62, 2e al., let. a). Il faut également empêcher de manière tout à fait générale que puissent être assurés les coûts éventuels que les assurés doivent prendre à leur charge dans des formes particulières d'assurance, à savoir principalement la perte de la diminution des primes prévue dans l'assurance avec bonus (art. 62, 2e al., let. b). En effet, dans l'assurance-maladie sociale, les assurés ne doivent pas avoir la possibilité de profiter d'une diminution de leurs primes (fondée sur une responsabilité personnelle volontaire) sans avoir aussi réellement un comportement plus conscient des coûts et sans assumer eux-mêmes les coûts occasionnés. Cependant, il ne s'agit pas uniquement d'interdire les procédés d'assurance com-

plémentaires des caisses-maladie ainsi que les produits d'assurance offerts par les assureurs privés. Il faut aussi empêcher les institutions (p. ex. associations, fondations) d'inscrire dans leurs statuts, règlements, ou autre, la prise en charge de la participation aux coûts pour leurs membres ou leurs bénéficiaires. Cette réglementation est nécessaire pour que l'interdiction d'assurer les participations aux coûts ne puisse pas être contournée par ces institutions. Ne sont pas concernées par cette interdiction de prise en charge de la participation aux coûts les réglementations de droit public relatives à la prise en charge de la participation aux coûts dans les domaines de l'aide sociale ou des prestations complémentaires. De même de la prise en charge des coûts par un membre de la famille, par exemple. En vertu d'une disposition transitoire spéciale, les contrats, accords ou droits statutaires sont rendus caducs par l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions dans la mesure où ils sont contraires à celles-ci. Article 64, alinéa 6, lettre d et alinéa 8 Alinéa 6: compétence est donnée au Conseil fédéral d'exempter de la participation aux coûts certaines mesures de prévention. Cette réglementation, proposée dans le message concernant la révision de l'assurance-maladie, l'est en partie à nouveau 774

aujourd'hui, afin que les assurés soient encouragés à prendre les mesures utiles pour prévenir les maladies. Ces mesures de prévention ne comprendront que certaines prestations figurant sur la liste exhaustive de l'ordonnance du 29 septembre 1995<sup>44</sup> sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins (OPAS). Alinéa 8: voir commentaire de l'article 62, alinéa 2bis. Article 65 Alinéa 1: dans un arrêt<sup>45</sup>, le Tribunal fédéral a statué qu'un traitement différencié des Suisses et des étrangers dans le domaine des assurances sociales n'était pas contraire à la constitution. Seule serait prohibée une distinction qui ne reposerait pas sur un motif raisonnable, ou dont le motif ne serait pas pertinent ou serait étranger au système légal de l'assurance sociale. Sur la base de ces considérations, le Tribunal fédéral a conclu qu'un canton pouvait parfaitement décréter que les travailleurs saisonniers n'avaient pas droit à des réductions des primes. Si l'on souhaite dès lors que des personnes qui n'ont pas de domicile en Suisse, mais qui y séjournent de façon prolongée, tenues de s'assurer et de payer des impôts, puissent bénéficier de réductions des primes, il faut que leur droit à de telles réductions soit prévu dans la loi. Le Conseil fédéral se voit donc attribuer la compétence, comme pour l'obligation de s'assurer, d'étendre le cercle des ayants droit à ces personnes, en particulier aux travailleurs saisonniers. Alinéa 3: pour identifier les assurés ayant droit à une réduction de prime, les cantons se fondent en principe sur les données fiscales. Le premier bilan qui a été dressé à propos de la réduction des primes a permis de constater que les données fiscales ne sont pas suffisamment actuelles dans un grand nombre de cas et ne présentent donc, en tant que bases de calcul, qu'une utilité provisoire. C'est le cas plus spécialement pour les cantons qui connaissent la période de taxation biennale. Les modifications sensibles de l'assiette fiscale ne peuvent être prises en compte suffisamment tôt. D'une manière générale, les bases de calcul manquent de flexibilité et d'actualité. Dans certains cas particuliers (modification de l'état civil, naissance d'un enfant, chômage, etc.), ce manque de flexibilité peut avoir des conséquences préjudiciables pour les personnes concernées. Les cantons doivent donc être tenus de prendre en considération, lors de l'examen des conditions d'octroi, les circonstances économiques et familiales les plus récentes. Il ne s'agit pas de renoncer aux données fiscales comme base de calcul, mais de créer des possibilités d'accorder, le cas échéant, le droit aux prestations en fonction des données les plus actuelles, notamment en cas de détérioration de la situation économique ou familiale. La teneur actuelle de l'article 65, 1er alinéa, fait uniquement obligation aux cantons d'accorder des réductions des primes aux

assurés de condition économique modeste. Parallèlement, la loi prescrit que les assurés sont tenus en principe de s'acquitter de leurs primes tous les mois. Dans certains cantons, les subsides destinés à réduire les primes ne sont versés que tous les trimestres ou semestres. Autrement dit, les assurés concernés doivent d'abord payer leurs primes aux assureurs, qui ne leur versent que des mois plus tard, rétroactivement, la réduction des primes. Cette situation met un grand nombre d'assurés dans de sérieuses difficultés financières. Pour y remédier, les cantons devront désormais veiller, une fois qu'ils auront examiné les conditions d'octroi et établi le cercle des bénéficiaires des réductions des primes, à ce que ces bénéficiaires n'aient pas à avancer le montant de leur prime.

#### **E. 44**

RS 832.112.31 « ATF 122 I 343 775

Alinéa 4: les expériences réalisées jusqu'ici ont révélé que la population de certains cantons n'était pas du tout ou pas suffisamment au courant des droits et obligations en rapport avec la réduction des primes. Ce manque d'information a souvent pour effet que, dans les cantons qui procèdent selon le système de la demande à présenter, des assurés ignorent qu'ils doivent présenter une demande ou quel est le délai prévu à cet effet et qu'ils ne bénéficient par conséquent pas d'une réduction des primes à laquelle ils auraient pourtant droit. D est donc nécessaire d'obliger les cantons à informer correctement et régulièrement les assurés sur la réduction des primes. Alinéa 6: pour que la Confédération vérifie et juge si les cantons réalisent effectivement les objectifs de politique sociale grâce aux subsides fédéraux et cantonaux fixés par le Conseil fédéral, il faut qu'elle dispose des informations nécessaires sur le cercle des bénéficiaires. Les expériences qui ont été faites jusqu'ici dans ce domaine ont montré qu'un contrôle judicieux et efficace et une appréciation correcte des systèmes cantonaux de réduction des primes impliquaient un relevé plus sûr et plus complet des données cantonales. Le nouvel alinéa 6 confère au Conseil fédéral la compétence d'édicter les dispositions lui permettant d'obtenir les informations nécessaires pour se prononcer valablement sur l'efficacité de la réduction des primes. Il s'agit aussi de savoir dans quelle mesure les finances cantonales ont été dégrevées dans le domaine des prestations complémentaires et de l'aide sociale grâce aux réductions des primes. Article 90 Dans un récent arrêt<sup>46</sup>, le TFA a estimé que le renvoi à la loi fédérale d'organisation judiciaire dans l'article 90, 2<sup>e</sup> alinéa constituait manifestement une erreur du législateur. Malgré l'énoncé de cette disposition, la procédure de recours devant la Commission fédérale de recours en matière de listes des spécialités doit être régie par la loi fédérale sur la procédure administrative (PA) et par l'ordonnance du 3 février 1993<sup>47</sup> concernant l'organisation et la procédure des commissions fédérales de recours et d'arbitrage. L'applicabilité de la PA découlant clairement de l'article lia PA, le 2<sup>e</sup> alinéa de l'article 90 peut être purement et simplement abrogé. Article 93, lettre d En vertu de la nouvelle lettre d, l'assurance de la participation aux coûts ou de la perte de la réduction de prime prévue dans les formes particulières d'assurance est interdite aux caisses-maladie ainsi qu'aux institutions d'assurance privées. Des associations, des fondations ou d'autres institutions ne sont pas non plus autorisées à prendre en charge les coûts en question découlant de la conclusion de formes particulières d'assurance. Article 93a Inobservation des prescriptions d'ordre Pour que l'OFAS puisse assumer au mieux sa fonction d'autorité de surveillance, il faut lui donner la possibilité de prononcer des amendes contre les assureurs, les réassureurs et l'institution commune. L'OFAS pourra désormais prendre des sanctions plus conformes au principe de la proportionnalité (voir ch. 322.1). Alinéa 1: y sont énumérées les

infractions pouvant entraîner des amendes de 5000 francs au maximum. Ces infractions comprennent aussi l'inobservation de certaines dispositions d'ordonnance découlant de la loi.

#### **E. 46**

ATF 123 V 122

#### **E. 47**

RS 173.31 776

Alinéa 2: la poursuite et le jugement des infractions mentionnées au 1er alinéa sont du ressort de l'OFAS qui applique le droit pénal administratif. Article 99, alinéa 3 Selon la teneur actuelle de cette disposition, un excédent de fortune éventuel constaté dans les caisses-maladie organisées selon le droit privé revient au fonds couvrant les cas d'insolvabilité de l'institution commune (art. 18 LAMal), si la fortune d'une caisse-maladie dissoute n'est pas transférée, lors d'une fusion, à un autre assureur au sens de l'article 11 LAMal. Or, il arrive souvent que la fortune des caisses dissoutes, en raison de la diversité de leurs formes juridiques, soit transférée à un autre assureur non pas par fusion au sens strictement juridique du terme, mais en application de l'article 181 du code des obligations<sup>48</sup> (CO). Le terme de fusion est donc trop étroit. Certes, même dans sa formulation actuelle, personne ne conteste que ce terme de fusion ne doit pas être compris dans son sens juridique strict, mais aussi dans son acception plus large de regroupement économique. L'institution commune ne s'est d'ailleurs jamais opposée à des transferts de fortune à des caisses-maladie, qui ne résultaient pas d'une fusion au sens juridique strict. Cependant, il serait utile d'opter pour une formulation plus souple en lieu et place du terme de «fusion» plus spécialement dans l'optique de la loi sur les fusions en voie d'élaboration. C'est pourquoi nous proposons l'expression «convention». Mais comme ce terme est très général, il faut préciser que non seulement la fortune est transférée à une autre caisse mais aussi l'effectif des assurés. C'est pourquoi la disposition mentionne expressément aussi le transfert de l'effectif des assurés. Article 104a Prise en charge des coûts des soins ambulatoires, des soins à domicile et des soins dans les établissements médico-sociaux Dans le domaine d'application de la LAMal, la fixation des tarifs est en premier lieu l'affaire des partenaires conventionnels. En l'absence de telles conventions, cette compétence revient aux gouvernements cantonaux. En automne 1997, une norme de délégation a été introduite dans l'ordonnance sur Passurance-maladie (art. 59a). Elle se fonde sur l'article 43, 7e alinéa, LAMal, selon lequel 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. Lorsque les coûts dans le secteur des soins à domicile et des EMS manquent de transparence, le DFI est habilité, sur la base de cette norme de délégation, à fixer des tarifs-cadre qui ne peuvent pas être dépassés. Ces derniers constituent des garde-fous garantissant l'adéquation et le caractère économique des prestations. Cette disposition s'était révélée nécessaire parce que, durant la phase d'introduction de la LAMal, une transparence insuffisante des coûts avait été constatée dans ce secteur de prestations. Comme il s'agit d'une problématique liée à la phase d'introduction de la loi, nous proposons d'adopter une disposition transitoire supplémentaire qui souligne de façon explicite la compétence de la Confédération d'édicter des règles. Article 105, alinéa 5 II s'agit de créer, par ce nouvel alinéa, la base légale de la perception d'intérêts moratoires dans le cadre de la compensation des risques, vu la

jurisprudence très claire du TFA. Auront ainsi une base légale formelle l'article 12, 5e alinéa (teneur 18 RS 220 777

valable jusqu'à la fin 1998) de l'ordonnance<sup>49</sup> du 12 avril 1995 sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (acquittement des intérêts en fonction des délais de versement et de réception) ainsi que l'article 16, 1er alinéa de la même ordonnance (indemnisation des dommages subis par l'institution commune lorsque les assureurs violent l'obligation qui leur est faite de remettre les données nécessaires ou de payer ce qu'ils doivent). Relevons à ce propos qu'il est arrivé à maintes reprises que les assureurs fournissent des données incorrectes à l'institution commune, données qui ont été visées par les organes de révision des assureurs et dont les erreurs n'ont été décelées qu'après remise du décompte final, ou plus tard encore, par les assureurs que ces erreurs défavorisaient. Dans ces cas, la question se pose de savoir si la compensation des risques (pour tous les assureurs) doit être recalculée et s'il faut procéder au versement de la différence. Pour remédier à la situation, le DFI a envoyé en consultation, au printemps 1998, une modification de l'ordonnance (art. 11, 1er al., 2e phrase), selon laquelle les assureurs auraient un délai de trente jours pour communiquer a posteriori (après obtention des décomptes de soldes) les données incorrectes, délai à partir duquel l'institution commune pourrait refuser de procéder à un nouveau calcul de la compensation des risques sur la base des données corrigées. Cette disposition fut généralement bien accueillie, mais l'Office fédéral de la justice releva que ce délai pouvait être interprété comme un délai de péremption. Or, la déchéance d'un droit est une mesure très radicale qui nécessite une base légale. Elle doit être prévue dans la loi, ou la loi doit contenir une norme de délégation relativement concrète qui permette d'édicter d'une telle disposition par voie d'ordonnance. La lettre c crée une telle base légale. Dispositions transitoires En vertu des dispositions transitoires proposées, et comme nous l'avons dit dans le commentaire de l'article 62 alinéa 2bis, les accords, les contrats et les droits statutaires existants au moment de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales deviennent caducs dans la mesure où ils ne sont pas conformes à celles-ci. Comme nous proposons une nouvelle disposition concernant la compétence de statuer sur des recours contre les décisions prises par les autorités cantonales en matière de listes des hôpitaux et des établissements médico-sociaux (art. 53, 1er al. et art. 39, 4e al., LAMal), il est nécessaire d'introduire une disposition analogue à l'article 81 de la loi fédérale sur la procédure administrative<sup>50</sup>, prévoyant que le Conseil fédéral, autorité actuellement compétente, reste compétent pour connaître des recours contre des décisions rendues avant l'entrée en vigueur de la modification de la loi. L'exécution de la réduction des primes est du ressort des cantons qui doivent édicter des dispositions cantonales correspondantes. Les modifications proposées dans l'article 65 se répercuteront sur les dispositions d'exécution cantonales; les gouvernements cantonaux devront donc avoir la possibilité d'arrêter des réglementations provisoires au cas où la procédure législative ordinaire ne pourrait être achevée à temps.

## **E. 47.0**

0.0

## **E. 49**

RS 832.112.1

## **E. 50**

800 1200 - 37 000 - 51 000 - 56 228 - 73 900 - 52 000 - 47 199 - Le montant n'a pas été déterminé ou n'entre pas en ligne de compte. Correspond à un agrégat de revenu défini au plan cantonal (généralement le «revenu imposable», mais aussi le «revenu net», le «revenu effectif», etc.) auquel s'ajoute une part déterminée d'un agrégat de fortune défini par le canton (en général la «fortune imposable», mais également la «fortune nette», etc.). 40228 787

Arrêté fédéral Projet sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie du L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse, vu l'article 66, alinéa 2, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie<sup>1</sup>; vu le message du Conseil fédéral du 21 septembre 19982, arrête: Art. 1 Pour les années 2000 à 2003, les subsides fédéraux s'élèvent à: a. 2213 millions de francs pour l'année 2000; b. 2246 millions de francs pour l'année 2001 ; c. 2280 millions de francs pour l'année 2002; d. 2314 millions de francs pour l'année 2003. Art. 2 Le présent arrêté, qui n'est pas de portée générale, n'est pas sujet au référendum. 40228 1 RS 832.10 2 FF 1999 727 788

Loi fédérale Projet sur l'assurance-maladie (LAMal) Modification du L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse, vu le message du Conseil fédéral du 21 septembre 19981, arrête: I La loi fédérale sur l'assurance-maladie<sup>2</sup> est modifiée comme suit: Art. 3, 4e al. (nouveau) 4 L'obligation de s'assurer est suspendue pour les personnes soumises à la loi fédérale du 19 juin 19923 sur l'assurance militaire (LAM) pour plus de 60 jours consécutifs. Le Conseil fédéral règle la procédure. Art. 7, 2e al, 6e et 7e al. (nouveaux) 2 Lors de la communication de la nouvelle prime, il peut changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois. Les assureurs doivent annoncer les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral des assurances sociales au moins deux mois à l'avance et signaler le droit de changer d'assureur. 6Lorsque le changement d'assureur est impossible du fait de l'ancien assureur, celui-ci doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime. 7Lorsque l'assuré change d'assureur, l'ancien assureur ne peut le contraindre à résilier également les assurances complémentaires au sens de l'article 12 conclues auprès de lui. Art. 18, 5' al. 5 Pour financer les tâches de l'institution visées aux 2e et 4e alinéas, les assureurs doivent lui verser des contributions à la charge de l'assurance-maladie sociale. L'institution réclame ces contributions et perçoit un intérêt moratoire en cas de retard dans le paiement. Le montant des contributions et de l'intérêt moratoire est fixé par les règlements de l'institution. 1 FF 1999 727 2 RS 832.10 3 RS 833.1 789

Assurance-maladie. LF Art. 21, al. 4, 5 et 5b's (nouveau) ••L'Office fédéral des assurances sociales peut adresser aux assureurs des instructions pour l'application uniforme du droit fédéral, requérir tous les renseignements et les documents nécessaires et procéder à des inspections. Ces dernières peuvent être effectuées sans annonce préalable. Les assureurs doivent donner à l'office libre accès à toutes les informations qu'il juge importantes dans le cadre de l'inspection. Ils doivent lui communiquer leurs rapports et leurs comptes annuels. 5Si un assureur enfreint les prescriptions légales, l'Office fédéral des assurances sociales prend, selon la nature et la gravité des manquements, les mesures suivantes: a. il veille, aux frais de l'assureur, au rétablissement de l'ordre légal; b. il donne à l'assureur un avertissement et lui inflige une amende d'ordre; c. il propose au département de retirer l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale. 5bis II peut informer le public sur les mesures prises en vertu du 5e alinéa. Art. 29, 2\* al., let. d (nouvelle) 2 Ces prestations comprennent: d. les soins accordés au nouveau-né en bonne santé et son séjour, tant qu'il

de- meure à l'hôpital avec sa mère. Art. 35, 2e ai, let. m et n (nouvelles) 2 Ces fournisseurs de prestations sont: m. les entreprises de transport et de sauvetage; n. les institutions de soins ambulatoires effectués par des médecins. Art. 36a (nouveau) Institutions de soins ambulatoires effectués par des médecins Les institutions qui offrent des soins ambulatoires effectués par des médecins sont admises, lorsque ces médecins remplissent les conditions de l'article 36. Art. 38 Autres fournisseurs de prestations Le Conseil fédéral règle l'admission des fournisseurs de prestations énumérés à l'article 35, 2e alinéa, lettres c à g et m. Il consulte au préalable les cantons et les organisations intéressées. Art. 39, 4e al. (nouveau) 4 Les décisions des autorités cantonales prises sur la base de la présente disposition peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal cantonal des assurances. Les jugements rendus par le tribunal cantonal des assurances peuvent faire l'objet d'un recours de droit administratif devant le Tribunal fédéral des assurances. 790

Assurance-maladie. LF Art. Sia (nouveau) Budget global des prestations ambulatoires et semi-hospitalières 1 Le canton peut fixer un montant global pour la rémunération des prestations ambulatoires et semi-hospitalières de certaines ou de toutes les catégories de fournisseurs de prestations. 2 Le canton consulte au préalable les fournisseurs de prestations et les assureurs. Art. 52a (nouveau) Droit de substitution Le pharmacien peut remplacer des préparations originales de la liste des spécialités par des génériques meilleur marché de cette liste, à moins que le médecin ou le chiropraticien n'exige expressément la délivrance d'une préparation originale. Art. 53,1" al. 1 Les décisions des gouvernements cantonaux au sens des articles 45, 46, 4e alinéa, 47, 48, 1er à 3« alinéas, 49, 7e alinéa, 51, 51a, 54 et 55 peuvent faire l'objet d'un recours au Conseil fédéral. Art. 54 Etablissement d'un budget global par les autorités d'approbation 1 Les assureurs peuvent demander au canton, en tant que mesure extraordinaire et temporaire pour limiter une augmentation des coûts au-dessus de la moyenne, de fixer un montant global (établissement d'un budget global) pour la rémunération des prestations de certaines ou de toutes les catégories de fournisseurs de prestations. 2 Le canton doit se prononcer sur l'entrée en matière dans un délai de trois mois à partir du dépôt de la requête. D consulte au préalable les fournisseurs de prestations et les assureurs. Art. 61, al. 2, 3 et 3b's (nouveau) 2 L'assureur peut échelonner les montants des primes s'il est prouvé que les coûts diffèrent selon les cantons et les régions. Le lieu de résidence de l'assuré est déterminant. L'Office fédéral des assurances sociales délimite les régions uniformément pour tous les assureurs. 3 Pour les assurés de moins de 18 ans révolus (enfants), l'assureur doit fixer une prime plus basse que celle des assurés plus âgés (adultes). D. est autorisé à le faire pour les assurés de moins de 25 ans révolus. 3bis Le Conseil fédéral peut fixer les réductions de primes visées au 3e alinéa. Art. 62, al. 2b>s (nouveau) 2bis La participation aux coûts, de même que la perte de la réduction de prime selon les autres formes d'assurance désignées au 2e alinéa ne peuvent être assurées ni par une caisse-maladie ni par une institution d'assurance privée. D est également interdit aux associations, aux fondations ou à d'autres institutions de prévoir la prise en charge des coûts découlant de ces formes d'assurance. Les dispositions de droit public de la Confédération et des cantons sont exceptées de cette interdiction. 791

Assurance-maladie. LF Art. 64, 6e al., let. d, et 8e al. (nouveaux) 6 Le Conseil fédéral peut: d. exempter certaines mesures de prévention de la participation aux coûts. 8 La participation aux coûts ne peut être assurée ni par une caisse-maladie, ni par une institution d'assurance privée. Il est également interdit aux associations, aux fondations ou à d'autres institutions de prévoir la prise en charge de ces coûts. Les dispositions de droit public de la

Confédération et des cantons sont exceptées de cette interdiction. Art. 65 Réduction des primes par les cantons 1 Les cantons accordent des réductions des primes aux assurés de condition économique modeste. Le Conseil fédéral peut étendre le cercle des ayants droit à des personnes tenues de s'assurer qui n'ont pas de domicile en Suisse mais qui y séjournent de façon prolongée. 2 Les réductions des primes sont fixées de telle manière que les subsides annuels de la Confédération et des cantons au sens de l'article 66 sont en principe versés intégralement. 3 Les cantons veillent, lors de l'examen des conditions d'octroi, à ce que les circonstances économiques et familiales les plus récentes soient prises en considération. Après fixation du cercle des bénéficiaires, les cantons veillent également à ce que le versement de la réduction des primes intervienne de sorte que les bénéficiaires n'aient pas à satisfaire, à titre d'avance, à leur obligation de payer les primes. 4 Les cantons informent régulièrement les assurés sur la réduction des primes. 5 Ils ne peuvent contraindre les assureurs à une collaboration qui s'étende au-delà de la disposition prévue à l'article 82, 3e alinéa. 6 Ils donnent à la Confédération des informations rendues anonymes relatives aux assurés bénéficiaires, afin qu'elle puisse examiner si les buts de politique sociale ont été atteints. Le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires. Art. 90, 2\* al. Abrogé Art. 93, let. d (nouvelle) Sera puni des arrêts ou de l'amende, quiconque, intentionnellement: d. aura violé l'interdiction posée à l'article 62, alinéa 2bis ou 64, 8e alinéa. Art. 93a (nouveau) Inobservation de prescriptions d'ordre 1 Les assureurs, les réassureurs et l'institution commune seront punis d'une amende de 5000 francs au plus lorsque, intentionnellement ou par négligence, ils auront: a. entravé l'exécution de l'obligation de s'assurer (art. 4 à 7); b. contrevenu aux obligations et aux instructions visées aux articles 21 à 23; c. violé les dispositions relatives au système financier et à la présentation des comptes (art. 60); 792

Assurance-maladie. LF d. violé les dispositions relatives aux primes des assurés (art. 61 à 63); e. violé les dispositions relatives à la participation aux coûts (art. 64); f. entravé l'application des conventions internationales de sécurité sociale. 2 L'Office fédéral des assurances sociales poursuit et juge ces infractions en vertu de la loi fédérale sur le droit pénal administratif. An. 99, i' al. 3 Si la fortune et l'effectif des assurés d'une caisse dissoute ne sont pas transférés par convention à un autre assureur au sens de l'article 11, l'excédent de fortune éventuel constaté dans les caisses organisées selon le droit privé revient au fonds couvrant les cas d'insolvabilité de l'institution commune (art. 18). Art. 104a (nouveau) Prise en charge des coûts des soins ambulatoires, des soins à domicile et des soins dans les établissements médico-sociaux 1 Tant que, pour les prestations de soins ambulatoires ou à domicile fournies par des infirmiers ainsi que par des organisations de soins et d'aide à domicile, aucune base de calcul des tarifs n'est établie en commun par les fournisseurs de prestations et les assureurs, le département peut déterminer, par voie d'ordonnance, dans quelles proportions ces prestations doivent être prises en charge. 2 Tant que les coûts des prestations des établissements médico-sociaux ne sont pas calculés selon une méthode uniforme (art. 49, 6e al., et art. 50), le département peut déterminer, par voie d'ordonnance, dans quelles proportions ces prestations doivent être prises en charge. Art. 105, 5e al. (nouveau) 5 Le Conseil fédéral règle en outre: a. la perception d'intérêts moratoires et l'acquittement des intérêts rémunérateurs; b. le paiement de dommages-intérêts; c. le délai au terme duquel l'institution commune peut refuser de procéder à un nouveau calcul de la compensation des risques. II Dispositions transitoires 1 Les contrats, accords ou droits statutaires mentionnés aux articles 7, 7e alinéa, 62, alinéa 2bis et 64, 8e alinéa, et touchés par la présente modification sont caducs dès l'entrée en vigueur de celle-ci. 2 Les recours contre des décisions rendues avant l'entrée en vigueur de

la présente modification sont régis par les anciennes règles de procédure et de compétence.  
3 Les cantons édictent les dispositions d'exécution de l'article 65 avant l'entrée en vigueur de la présente modification. Lorsqu'il ne peut édicter à temps les dis- 4 RS 313.0 793

Assurance-maladie. LF positions définitives pour l'article 65, le gouvernement cantonal peut arrêter une réglementation provisoire. III 1 La présente loi est sujette au référendum facultatif. -Elle entre en vigueur le 1er janvier 2000. 40228 794

Schweizerisches Bundesarchiv, Digitale Amtsdrukschriften Archives fédérales suisses, Publications officielles numérisées Archivio federale svizzero, Pubblicazioni ufficiali digitali Message concernant l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 21 septembre 1998 In Bundesblatt Dans Feuille fédérale In Foglio federale Jahr 1999 Année Anno Band 1 Volume Volume Heft 05 Cahier Numero Geschäftsnummer 98.058 Numéro d'affaire Numero dell'oggetto Datum 09.02.1999 Date Data Seite 727-794 Page Pagina Ref. No 10 109 715 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.

#### **E. 50.0**

0.0 0.0 0.0 0.0 0.0 0.0 0.0

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.