

Projets de révisions dans l'assurance-maladie pour la procédure de consultation

| Objets | Documents |
|---|---|
| <i>Projet 1A</i> Stratégie globale Compensation des risques, Tarifs des soins Financement des hôpitaux | - Rapport explicatif - Propositions législatives - Projet de loi fédérale urgente |
| <i>Projet 1B</i> liberté de contracter | - Rapport explicatif - Propositions législatives |
| <i>Projet 1C</i> Réduction des primes | - Rapport explicatif - Propositions législatives - Projet d'arrêté fédéral |
| <i>Projet 1D</i> Participation aux coûts | - Rapport explicatif - Propositions législatives - Propositions de modifications de l'OAMal |

Projets de révisions dans l'assurance-maladie pour la procédure de consultation

Projet 1A Stratégie globale, à la compensation des risques, aux tarifs des soins et au financement des hôpitaux

- Rapport explicatif
- Propositions législatives
- Projet de loi fédérale urgente

**Révision partielle de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur
l'assurance-maladie**

**Partie Stratégie globale, à la compensation des risques, aux
tarifs des soins et au financement des hôpitaux**

Rapport explicatif

1 **Partie générale**

1.1 **La nécessité d'une réforme de l'assurance-maladie sociale**

Lors de son introduction, la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (loi sur l'assurance-maladie [LAMal], RS 832.10), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996, visait à garantir à l'ensemble de la population, grâce à une assurance obligatoire des soins, l'accès à des soins médicaux de haute qualité (objectif concernant les soins de santé, objectif partiel de solidarité). Les autres objectifs visés étaient une diminution de la charge financière liée au paiement des primes pour les personnes de condition économique modeste (objectif de solidarité) ainsi qu'une maîtrise de l'évolution des coûts de la santé et de l'assurance-maladie (objectif de maîtrise des coûts). Afin d'évaluer dans quelle mesure les objectifs de la LAMal seraient atteints, le Conseil fédéral avait déjà demandé à l'administration, avant l'entrée en vigueur de la loi, de réaliser une large évaluation de celle-ci, en collaboration avec les assureurs, les fournisseurs de prestations, les cantons et les instituts de recherche scientifique, pour faire la lumière sur la qualité et la rentabilité des soins de base ainsi que sur la politique sociale et la concurrence. Par la suite, au cours de la période de 1996 à 2000, quelque 25 études scientifiques ont été rédigées sur certains aspects spécifiques de la LAMal, dont les conclusions ont été reprises dans un rapport de synthèse publié fin 2001 (Office fédéral des assurances sociales, Aspects de la sécurité sociale, Analyse des effets de la LAMal: Rapport de synthèse, Berne 2001). S'agissant de la conformité de la LAMal aux objectifs visés, les conclusions de ce rapport sont les suivantes:

- objectif concernant les soins de santé: l'analyse des effets montre que la LAMal a comblé les principales lacunes en matière de prestations, permettant ainsi à l'ensemble de la population d'accéder à ces dernières. Les soins médicaux couverts par l'assurance de base soutiennent une comparaison internationale malgré certaines lacunes (p. ex. dans le domaine de la prévention et des traitements de médecine dentaire).
- objectif de solidarité: la solidarité entre les assurés a été renforcée. Le caractère obligatoire de l'assurance, la prime unique, le libre passage intégral ainsi que la compensation des risques, mais aussi la réduction individuelle de primes (en tout cas pour les bas revenus, moins pour les revenus moyens) ont contribué à contrer de manière durable la désolidarisation progressive. En effet, sous l'ancienne loi, les assurés âgés payaient une prime équivalant à plusieurs fois celle des assurés jeunes, les femmes payaient plus que les hommes et, en cas de changement de caisse, le nouvel assureur pouvait exclure pendant une certaine période la couverture de maladies existantes ou chroniques, voire refuser l'admission de l'assuré.
- objectif de maîtrise des coûts: l'analyse des effets révèle que le troisième objectif de la LAMal – la maîtrise des coûts – n'a en revanche pas pu être atteint de manière satisfaisante. Même si ce résultat, à l'intérieur du système de santé, est lié du moins en partie à certains facteurs qui n'ont pas de rapport direct avec la LAMal (tels que les progrès médicaux et techniques ou certains effets de la prospérité), il a fallu se rendre à l'évidence que la concurrence entre les assu-

reurs n'est pas encore suffisante, que les organisations de type managed care ne se sont pas beaucoup développées et que la planification hospitalière n'a pas encore généré les économies de coûts souhaitées.

Par conséquent, la réforme du système de l'assurance-maladie sociale qui s'avère nécessaire est principalement axée sur la maîtrise des coûts.

1.2 Stratégie de réforme adoptée jusqu'ici

La 1^{re} révision de la LAMal (modification du 24 mars 2000, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2001, RO 2000 2305 ss.) ayant apporté des correctifs techniques importants, le Conseil fédéral, dans son message du 18 septembre 2000 relatif à la 2^e révision de la LAMal (FF 2001 693ss.), a placé au premier plan l'*optimisation du système*, en se fondant sur les résultats partiels de l'analyse des effets: il estime qu'il faut appliquer les principes inscrits dans la LAMal de manière conséquente sans toutefois remettre le système en question. En toute logique, ses propositions se sont donc principalement limitées à appliquer de manière stricte les lignes directrices concernant le financement dans le secteur hospitalier.

Depuis, le Conseil fédéral a entériné cette stratégie de consolidation du système: il a notamment débattu du système de l'assurance-maladie sociale lors de sa séance spéciale du 22 mai 2002. Dans son analyse, il a largement adopté les résultats de l'analyse des effets de la LAMal et a considéré que la loi sur l'assurance-maladie en vigueur avait atteint les objectifs visés par le législateur en ce qui concernait les prestations (catalogue complet des prestations) et le système (assurance obligatoire avec une pluralité d'assureurs et une prime unique), mais que ses instruments de maîtrise des coûts présentaient encore des lacunes manifestes. Le Conseil fédéral a estimé que le problème des coûts dans l'assurance-maladie – qui n'est toujours pas résolu – s'explique avant tout par le fait que le contrôle de la quantité de prestations est insuffisant; c'est pourquoi, dans les solutions qu'il a proposées, il a mis l'accent sur des corrections visant à agir sur le volume.

Cette évaluation différenciée des effets de la LAMal a conduit le Conseil fédéral à définir, au printemps 2002, une stratégie double:

- *consolidation du système dans la 2^e révision de la LAMal*: la consolidation du système devait être l'élément principal de la 2^e révision de la LAMal, déjà en discussion à cette époque au Parlement. Pour que le projet de révision ne soit pas surchargé, il ne doit être complété que de manière marginale par des éléments visant à maîtriser les coûts (p. ex. l'introduction d'une carte d'assuré).
- *optimisation du système dans une 3^e révision de la LAMal*: parallèlement, le Conseil fédéral a mis en route de vastes travaux préparatoires qui devaient déboucher à plus long terme sur une 3^e révision de la LAMal, avec pour objectif principal une meilleure maîtrise des coûts par des incitations économiques et, si nécessaire, la suppression des incitations économiques pernicieuses. A cet effet, il a donné mandat au DFI en août 2002 de réaliser, en collaboration avec des experts, une étude approfondie de quatre aspects essentiels (l'obligation de contracter, le financement moniste des hôpitaux, les modèles de managed care et la modification de la participation aux coûts; ces aspects ont par la suite encore

été complétés par des rapports d'experts sur la compensation des risques et le financement des soins).

1.3 Stratégie de réforme future après l'échec de la 2e révision de la LAMal

Après l'échec de la 2^e révision de la LAMal au cours de la session d'hiver 2003, la nécessité d'une réforme subsiste toujours, notamment dans le domaine de la maîtrise des coûts, de sorte que se pose la question de la teneur des prochaines étapes législatives et du calendrier selon lequel il y a lieu de les introduire.

1.3.1 Principe

La teneur des débats parlementaires concernant la 2^e révision de la LAMal a confirmé le principe de la stratégie du Conseil fédéral visant à consolider le système et à l'optimiser dans le domaine de la maîtrise des coûts en renforçant les incitations économiques. Il semble donc indiqué de reprendre les propositions de la 2^e révision formulées pour les différents domaines, qui peuvent être complétées par certains nouveaux éléments résultant des travaux préparatoires de la 3^e révision. La conclusion que l'on peut toutefois tirer de l'échec du projet est que les étapes de la réforme doivent être intégrées dans une stratégie globale et réalisées de manière coordonnée, mais séparément et non sous la forme d'un projet global.

S'agissant du catalogue des prestations, qui revient toujours dans le débat politique en tant que facteur augmentant les coûts, il y a lieu de renforcer la stratégie adoptée jusqu'ici: l'élément déterminant pour l'évolution des coûts n'étant pas le remboursement obligatoire d'une prestation médicale en lui-même mais plutôt la multiplication d'utilisations uniques inadéquates, il faut donc intensifier les efforts entrepris jusqu'à ce jour visant à réduire le volume des prestations non indiquées médicalement, et de ce fait inutiles (p.ex. élaboration de directives pour l'application appropriée de certaines prestations). Fait également partie de ces efforts la suppression de l'obligation de contracter qui est également proposée dans le cadre du premier paquet législatif présent et qui donne la possibilité contractuelle d'influencer le volume des prestations médicales.

1.3.2 Mise en œuvre

Dans l'optique d'une consolidation et d'une optimisation du système existant, il y a lieu d'introduire des réformes légales dans les domaines suivants:

Compensation des risques (voir let. [a] du graphique sous chiffre 1.3.3)

La compensation des risques, introduite dans la LAMal pour une durée limitée à fin 2005, est un élément pratiquement incontesté de concurrence entre les assureurs. L'obligation légale de proposer une prime uniforme indépendamment de l'âge et du sexe constitue une intervention de l'Etat dans le marché, qui est néanmoins atténuée par la compensation des risques (compensation des risques liés à l'âge et au sexe). La compensation des risques a pour effet de contrer la sélection des risques par les

assureurs. Bien qu'elle fonctionne efficacement avec les critères actuels d'âge et de sexe, une extension du catalogue des critères a été examinée dans le cadre des travaux préparatoires relatifs à la 3^e révision de la LAMal parce que, de l'avis des experts notamment, une compensation insuffisante des risques peut constituer un frein à une diffusion des modèles de managed care. Il ressort de cette analyse qu'à l'heure actuelle, il est indiqué de ne proposer qu'une prolongation de cinq ans de la compensation des risques et d'intégrer, le moment venu, la question concernant la reconduction de ce système dans la discussion portant sur l'introduction d'un système de financement moniste.

Financement des soins (voir let. [b] et [i] du graphique sous chiffre 1.3.3)

Avec la LAMal, on a également introduit une nouvelle réglementation de la prise en charge des coûts dans le domaine des soins: alors que, sous l'ancien régime de l'assurance-maladie, il n'y avait qu'une obligation limitée de prise en charge des prestations dans le domaine des soins, l'assurance obligatoire des soins prend en principe en charge, selon l'art. 25 LAMal, l'ensemble des coûts découlant des « soins dispensés » en raison d'une maladie; ceux-ci, selon l'ordonnance en vigueur, comprennent également les prestations liées aux soins de base (faire le lit du patient, l'installer, le mobiliser, etc.), prestations dont les patients ont besoin, notamment lorsqu'ils avancent en âge. La limite entre les soins rendus nécessaires par une maladie et ceux rendus nécessaires par l'âge étant pratiquement impossible à tracer dans la pratique, l'assurance-maladie a eu tendance à prendre en charge de plus en plus de coûts liés à des besoins en soins. Pour mieux maîtriser cette évolution des coûts dans le domaine Spitex et celui des établissements médico-sociaux, des tarifs-cadre pour les prestations de soins ont été introduits dans l'ordonnance d'exécution avec effet au 1^{er} janvier 1998; ils devaient être appliqués jusqu'à ce que les fournisseurs de prestations satisfassent aux prescriptions légales en matière de transparence des coûts. Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2003, de l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP; RS 832.104), il ne s'agit maintenant que d'une question de temps pour que les établissements médico-sociaux soient en mesure de satisfaire à ces prescriptions en matière de transparence et qu'ils puissent demander le plein remboursement des prestations dont les coûts sont supérieurs à ceux prévus par les tarifs-cadre.

Afin de freiner l'augmentation des coûts qui accompagnera la suppression des tarifs-cadre, le Parlement avait prévu, dans le contexte de la 2^e révision de la LAMal, de reconduire les tarifs-cadre jusqu'à l'entrée en vigueur d'une révision de loi visant à redéfinir le financement des soins et à réaménager la répartition de celui-ci entre les assurances sociales, puis de les geler, après une adaptation des deux niveaux de soins requis les plus élevés. Une motion déposée durant la session d'hiver 2003, qui n'a pas encore été approuvée par le Conseil des Etats (03.3597 Mo CSSS-CN/Réforme du financement des soins), prie le Conseil fédéral de présenter, au plus tard fin 2004, un message relatif à la réorganisation du financement des soins; elle insiste sur ce mode opératoire en deux étapes (gel des tarifs-cadre indépendamment que la transparence des coûts soit atteinte dans un premier temps et nouvelle réglementation différenciée du financement des soins dans un second temps), qui présente en outre l'avantage de décharger les étapes suivantes de la révision de

l'assurance-maladie d'un thème sensible du point de vue politique. Ce mode opératoire initié lors de la 2^e révision de la LAMal devrait donc être pris en considération lors des prochaines étapes législatives.

Liberté de contracter (voir let. [d] du graphique sous chiffre 1.3.3)

Selon le droit en vigueur, les assureurs-maladie sont de fait contraints de conclure une convention tarifaire avec la totalité des fournisseurs de prestations autorisés dans le système AMal (obligation de contracter). Ces dernières années, le Conseil fédéral s'est prononcé à maintes reprises – la dernière fois, le 3 juillet 2002, lors de l'adoption de l'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire – en faveur d'une intégration de la discussion concernant la suppression de l'obligation de contracter dans le contexte global du développement ultérieur de l'assurance-maladie.

C'est pourquoi le gel des admissions qui est limité, doit être remplacé par une réglementation, par laquelle l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge des caisses-maladie est liée à la conclusion d'un contrat avec un ou plusieurs assureurs. Par cette réglementation, l'admission automatique lorsque toutes les conditions d'admission fixées par la loi sont remplies est supprimée. Ce changement de système doit être appliqué dans le domaine des soins ambulatoires, conformément à ce qui a été discuté au Parlement dans le cadre de la 2^e révision de la LAMal. Les cantons doivent, selon la Constitution, garantir à leur population de pouvoir bénéficier de soins médicaux, de fixer le nombre minimum de fournisseurs de prestations avec lesquels les assureurs doivent conclure un contrat. Dans le cadre de la discussion concernant le financement moniste il y aura lieu d'examiner dans quelle mesure on pourrait éventuellement introduire des éléments de la liberté de contracter dans le domaine des soins hospitaliers.

Réduction de primes (voir let. [e] du graphique sous chiffre 1.3.3)

Le problème que pose le système de financement en vigueur de l'assurance-maladie par des primes individuelles (primes par tête), qui doit être conservé, est que les charges sont lourdes pour les ménages comptant plusieurs personnes. C'est pourquoi il avait été proposé, dans le cadre de la 2^e révision de la LAMal, d'aménager le système actuel de réduction de primes de façon à alléger de manière ciblée les charges des familles. Les cantons devaient prévoir au moins quatre catégories de revenus pour les familles avec enfants et pour les autres assurés et fixer, en outre, un revenu maximal pour le droit à une réduction de primes. En fonction du revenu net soumis à l'impôt fédéral, corrigé d'un facteur de fortune correspondant à 10 % de la fortune imposable selon le droit cantonal, les assurés auraient assumé eux-mêmes en règle générale, selon ce modèle, une partie de leurs primes d'assurance-maladie. Les cantons auraient toutefois aussi pu verser des contributions couvrant l'intégralité du montant des primes d'assurance-maladie. Pour tous les ayants droit, le montant maximum qu'ils auraient à assumer eux-mêmes aurait été échelonné en fonction du revenu net soumis à l'impôt fédéral. Des limites plus basses avaient été prévues pour les ménages avec enfants (au maximum 2 % du revenu net soumis à l'impôt fédéral pour les familles ayant un revenu situé dans la tranche des revenus les plus bas et 10 % pour la tranche des revenus les plus élevés donnant droit à une réduction ;

pour les autres ayants droit, au maximum 4 % pour la tranche des revenus les plus bas et 12 % pour la tranche des revenus les plus élevés). Ce modèle introduisant un but social différencié, susceptible de rallier une majorité, doit être repris et associé à une augmentation de 200 millions de francs des subsides fédéraux pour la réduction de primes.

Participation aux coûts (voir let. [f] du graphique sous chiffre 1.3.3)

Selon le droit en vigueur, les assurés doivent assumer une participation ordinaire aux coûts, qui comprend une franchise (actuellement de 300 francs par an pour les adultes) et une quote-part de 10 % des coûts au-delà de la franchise (actuellement plafonnée à 700 francs par an). Une participation différenciée aux coûts a été discutée dans le cadre de la 2^e révision de la LAMal; elle était liée à une intégration dans un réseau de soins avec coresponsabilité budgétaire. Pour finir, le Parlement a renoncé à cette réglementation et a accordé au Conseil fédéral la compétence d'augmenter la quote-part à 20 % au maximum.

L'élément déterminant pour l'évolution des coûts n'étant pas le remboursement obligatoire d'une prestation médicale en lui-même mais plutôt la multiplication des utilisations uniques inappropriées, une des démarches possibles pour résoudre ce problème est de renforcer la responsabilité individuelle des assurés dans le système de l'assurance-maladie. Il faut donc augmenter la quote-part en pourcentage (la faire passer à 20 %), comme cela a aussi été discuté dans le cadre de la 2^e révision de la LAMal, sans toutefois toucher au montant maximum autorisé (qui resterait à 700 francs par an). C'est là une façon de décharger l'assurance-maladie sans mettre en péril les impératifs sociaux de la participation aux coûts, une mesure de ce type ne constituant pas une charge supplémentaire, notamment pour des patients atteints de maladies chroniques.

Financement des hôpitaux (voir let. [c] et [g] du graphique sous chiffre 1.3.3)

Pratiquement dès l'entrée en vigueur de la LAMal, l'obligation de participation des cantons au traitement hospitalier de patients bénéficiant d'une assurance complémentaire avait fait l'objet de discussions politiques, malgré que le texte de loi et sa logique étaient claires. Par un arrêt rendu le 30 novembre 2001, le Tribunal fédéral des assurances (TFA; ATF 127 V 422) a fixé que les cantons devaient apporter leur contribution aux frais d'hospitalisation d'une personne au bénéfice d'une assurance complémentaire non seulement en cas de séjour hospitalier hors du canton, mais également en cas de séjour hospitalier dans les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics sur le territoire du canton. Cette précision de l'instance judiciaire suprême d'une volonté au fond claire du législateur a entraîné deux mesures au niveau législatif, l'une à court terme, l'autre à moyen terme:

- une application immédiate et totale de la décision du TFA aurait posé d'importants problèmes financiers aux cantons. Aussi le Parlement a-t-il atténué ce problème avec une loi fédérale déclarée urgente (loi fédérale du 21 juin 2002 sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie/RS 832.14) et décidé que la décision du TFA serait appliquée par étapes entre 2002

et 2004. Cette loi fédérale urgente constitue une solution transitoire jusqu'à l'entrée en vigueur de la 2^e révision de LAMal.

- à moyen terme, la 2^e révision de la LAMal, que le Conseil fédéral avait déjà entamée avant la décision du TFA de 2001, proposait un passage du système actuel de financement des établissements à un système de financement des prestations, les coûts des prestations – ainsi que des investissements – des hôpitaux publics et privés pris en compte dans la planification cantonale devant être assumés pour moitié par les cantons et pour moitié par les assureurs-maladie (financement dual fixe). Ce changement en faveur d'un système de financement dual des prestations, qui établit une plus grande égalité de traitement entre les différents fournisseurs de prestations hospitalières, favorise la concurrence; il était donc susceptible de rallier une majorité dans le débat politique. Il s'agit d'un modèle concurrentiel – si l'on excepte les financements différents des prestations ambulatoires et hospitalières – qui est construit sur le rapport prix-prestation et qui présente la transparence nécessaire.

Cette démarche en deux temps devrait être reprise pour les prochaines étapes de la révision: à court terme, il s'agit pour de raisons de sécurité juridique de prolonger la loi fédérale sur les participations cantonales jusqu'à l'entrée en vigueur de la révision de la loi relative au financement des hôpitaux. En effet, la détermination de la participation du canton aux frais du traitement hospitalier d'une personne au bénéfice d'une assurance complémentaire dispensé dans le canton est à nouveau susceptible d'être contestée. Cette révision de la loi doit à nouveau proposer le modèle de financement dual fixe, car le financement moniste des hôpitaux, considéré dans le rapport d'experts relatif à la 3^e LAMal comme une solution pour l'avenir, soulève encore de nombreuses questions et ne peut pas être mis en œuvre à partir de la situation actuelle sans une étape intermédiaire.

Managed care (voir let. [h] du graphique sous chiffre 1.3.3)

Ces dernières années, on a pris conscience au niveau international que, si l'on veut des soins médicaux de grande qualité et économiques, il faut proposer des offres intégrées impliquant aussi bien le patient, qui est accompagné et suivi pendant tout le processus diagnostique et thérapeutique, que l'assureur et le fournisseur de prestations financièrement responsables de l'ensemble du traitement (modèles de managed care pour les soins médicaux). Avec la 2^e révision de la LAMal, les assureurs auraient été obligés de proposer, seuls ou à plusieurs, des formes particulières d'assurance avec un choix limité de fournisseurs de prestations, ce qui les aurait incités à promouvoir ces modèles. Le Parlement a prévu que les assureurs devaient proposer des modèles dans lesquels les fournisseurs de prestations doivent être co-responsables du budget convenu. Ceci revenait de fait à les contraindre à proposer un réseau intégré de soins, qui était considéré comme une alternative à la liberté de contracter. Nous sommes d'avis qu'il faut renoncer à établir un lien de ce type. Les réseaux devraient plutôt être définis clairement comme des formes d'assurance particulières et être inscrits dans la loi indépendamment de la question concernant la liberté de contracter.

Une des principales raisons de l'échec de la 2^e révision de la LAMal est probablement le nombre important de thèmes les plus divers que l'on a ajoutés au projet de révision au cours des débats parlementaires. Les oppositions à des sujets isolés traités dans la révision se sont ainsi cumulées pour aboutir à une opposition majoritaire au projet. Ce constat indique qu'il faut intégrer les différents points non contestés de la révision dans une stratégie d'ensemble, mais non dans un projet global. C'est la raison pour laquelle deux paquets législatifs relativement importants sont soumis au Parlement, qui contiennent chacun plusieurs messages. Les critères utilisés pour la composition des différents trains de mesures ou messages sont soit le contenu (regroupement de domaines liés du point de vue thématique) soit les impératifs du calendrier (priorité donnée aux domaines dont la réglementation actuelle est limitée dans le temps). En appliquant ces critères, on obtient pour les trains de mesures et les prochaines étapes de la révision de l'assurance-maladie la composition et le calendrier suivants.

Premier train de mesures

Le premier train de mesures doit entrer en vigueur, du moins en partie, le 1^{er} janvier 2005, notamment les dispositions relatives à la réduction de primes. Le premier paquet législatif se compose de quatre messages:

- *Message 1A*: le premier message règle les aspects thématiques suivants:
 - la prolongation de la compensation des risques: ce système arrive à échéance à la fin de l'année 2005; la compensation des risques étant liée à d'autres thèmes sur lesquels porte la révision, il est impératif d'adopter la prolongation le plus rapidement possible;
 - la reconduction et le gel des tarifs des soins: les tarifs doivent être gelés avant que la réalisation des directives relatives à la transparence entraînent une prise en charge de la totalité des coûts par les assureurs et, de ce fait, une augmentation des primes;
 - la loi fédérale urgente sur le financement des hôpitaux doit être prolongée jusqu'à l'entrée en vigueur du modèle de financement dual fixe, la loi actuelle n'étant valable que jusqu'au 31 décembre 2004.

Autres sujets soumis à la discussion: les directives relatives au rapport de gestion et à la présentation des comptes des assureurs (art. 60, al. 4 à 6 de la 2^e révision de la LAMal) et l'introduction d'une carte d'assuré (art. 42a de la 2^e révision de la LAMal).

- *Message 1B*: la liberté de contracter doit remplacer le gel des admissions des fournisseurs de prestations qui arrive à échéance en juillet 2005 et doit donc être discutée dans le cadre du premier paquet législatif. Un autre thème à discuter en rapport avec celui-ci est le renforcement des sanctions possibles contre les fournisseurs de prestations (art. 59 de la 2^e révision de la LAMal).
- *Message 1C*: la réduction de primes est l'élément correcteur social central de la prime par tête; pour des raisons de politique sociale, sa modification devrait donc être soumise et adoptée rapidement, notamment dans l'optique des améliorations pour les ménages avec enfants discutées dans le cadre de la 2^e révision de la LAMal. De par le lien thématique étroit qu'elles présentent avec cet aspect,

les questions de la suspension des prestations et de l'interdiction de changer d'assureur en cas de non-paiement des primes doivent également être reprises (art. 61a de la 2^e révision de la LAMal).

- *Message 1D*: les règles de la participation aux coûts ont une incidence importante sur le calcul des primes et devront donc être adoptées au plus tard au milieu de cette année afin que les assureurs puissent calculer à temps les primes pour l'année prochaine. Même si l'entrée en vigueur, au 1^{er} janvier 2005, de nouveaux paramètres pour la participation aux coûts semble peu réaliste, il faut néanmoins clarifier cette question au plus vite.

Second train de mesures

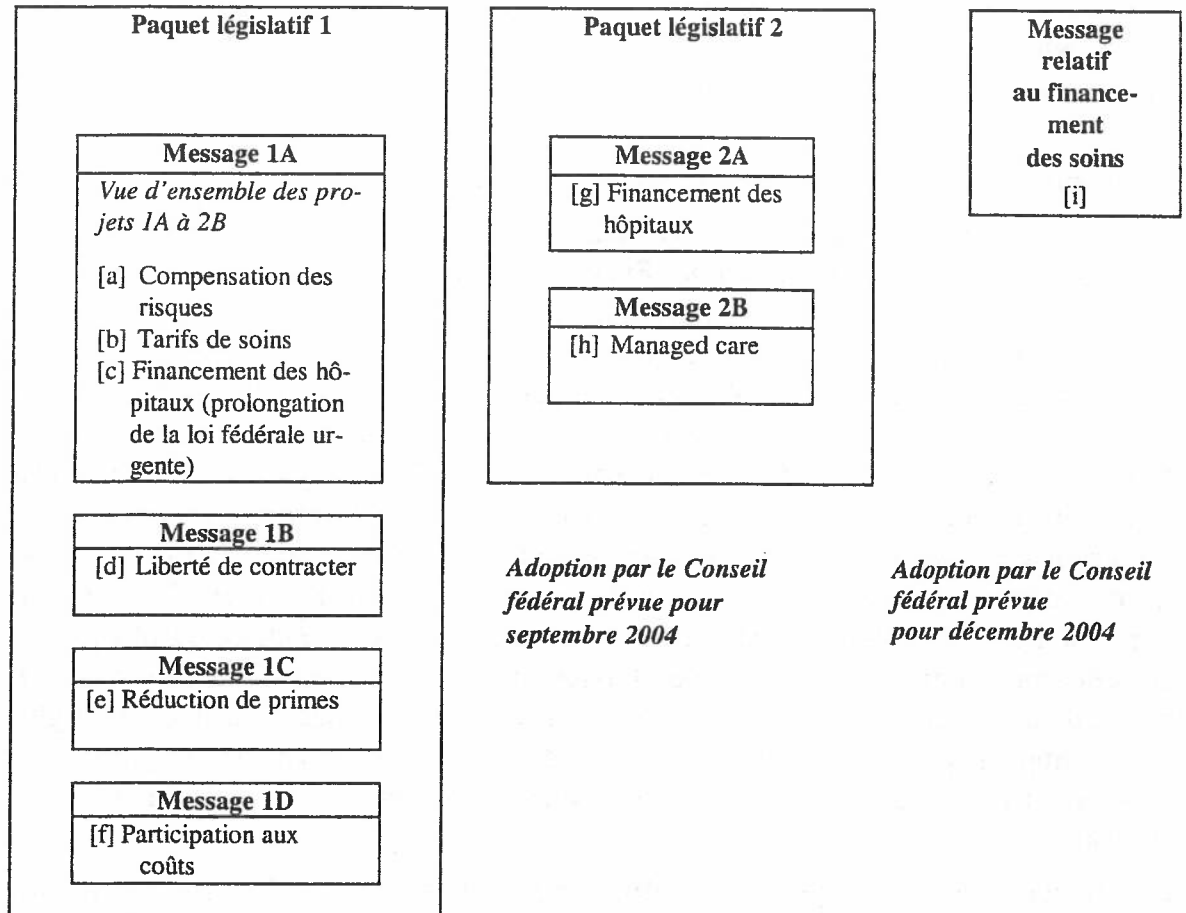
Le second paquet législatif sera soumis au Parlement avant la session d'automne 2004. Là aussi, une procédure accélérée sera demandée, de façon à ce que l'approbation des modifications soit possible durant la session d'hiver 2004. Le second train de mesures est subdivisé comme suit du point de vue thématique:

- *Message 2A*: l'élément essentiel du premier message de la deuxième étape est le financement des hôpitaux, pour lequel un financement dual fixe est proposé. Ce nouveau mode de financement des hôpitaux peut et doit être introduit durant cette étape, notamment pour deux raisons: d'une part, l'application du financement des prestations nécessite une certaine période d'anticipation de sorte qu'une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2005 ne serait pas possible; d'autre part, les dispositions de la loi devront encore une fois être soumises à une procédure de consultation écrite ordinaire en raison de leur complexité technique.
- *Message 2B*: la présence du managed care dans le second train de mesures s'explique également par le temps et la préparation matérielle nécessaires à la mise en œuvre. De plus, dans le cadre de ce message, il sera examiné comment les mesures déjà prises ces dernières années dans le domaine des médicaments pour la maîtrise des coûts pourront être complétées par d'autres mesures en la matière.

Financement des soins

Le message concernant la réforme du financement des soins, traité indépendamment des deux trains de mesures mentionnés ci-dessus, sera approuvé au plus tard fin 2004 par le Conseil fédéral, conformément au mandat que lui a confié le Parlement.

Vue d'ensemble des projets de loi relatifs à l'assurance-maladie prévus pour l'année 2004



2 Grandes lignes du projet

Sont présentées ci-après principalement les propositions législatives concernant les domaines qui devront être traités en priorité pour des raisons de temps (notamment l'expiration de la réglementation en vigueur).

2.1 Compensation des risques

2.1.1 Réglementation en vigueur

Genèse de la réglementation en vigueur

Sous le régime de la loi du 13 juin 1911 sur l'assurance-maladie et accidents (LAMA), la liberté de changer de caisse dont disposaient les assurés était fortement entravée par les primes variables selon l'âge d'entrée de l'assuré dans une caisse, la limitation de l'âge d'entrée et la possibilité, pour les assureurs, de formuler des réserves. Avec ce système, ceux qui pouvaient changer d'assureur étaient principalement des assurés jeunes (surtout des hommes), donc des assurés dont les coûts de maladie étaient inférieurs à la moyenne. Cette évolution a entraîné une concentration accrue de « mauvais risques » chez certains assureurs, ayant pour effet une désolidarisation croissante dans l'assurance-maladie. Pour contrer cet effet, une compensation des risques entre les assureurs-maladie a été introduite au 1^{er} janvier 1993 par

voie d'arrêté fédéral (arrêté fédéral du 13 décembre sur des mesures temporaires contre la désolidarisation dans l'assurance-maladie). Avec l'introduction de la LAMal au 1^{er} janvier 1996, la compensation des risques a été intégrée au droit ordinaire. Selon l'art. 105, al. 4, LAMal, ce système est limité à une durée de dix ans après l'entrée en vigueur la LAMal – c'est-à-dire à partir du 1^{er} janvier 1996.

Conception de la compensation des risques en vigueur

Sous le régime de la LAMA, la disparité dans la structure des risques des différentes caisses-maladie était très importante. Etant donné que les assurés jeunes et bien portants continueraient à utiliser la possibilité de changer de caisse, il était prévisible, si l'on introduisait le libre passage intégral sans facteur de correction, que les assureurs ayant une structure de risques défavorable allaient présenter de mauvaises conditions de départ qu'ils ne seraient pas à même de compenser malgré une bonne organisation et une administration efficace. En effet, dès le début, le système de la compensation des risques ne dépendait pas des coûts effectifs des différents assureurs, mais de facteurs de risque objectifs, à savoir l'âge et le sexe des assurés. C'est la comparaison de la composition, selon l'âge et le sexe, de l'effectif d'assurés d'un assureur avec celui de l'ensemble des assureurs – donc en fait avec la population résidente – qui détermine, dans ce système, si ledit assureur doit s'acquitter d'une redevance ou recevoir une contribution. Les assureurs qui, comparativement à la moyenne globale, comptent plus de personnes âgées et de femmes reçoivent des contributions versées par les assureurs qui assurent moins de personnes âgées et de femmes que la moyenne.

La compensation des risques a été limitée à dix ans parce que l'on croyait que les disparités entre les assureurs en ce qui concerne l'âge et le sexe des assurés diminueraient grâce au libre passage – même si ce processus était lent – et que le nouveau système n'entraînerait pas le maintien d'une structure non souhaitée dans l'assurance-maladie.

2.1.2 Analyse et nécessité d'une révision de la réglementation en vigueur

L'hypothèse selon laquelle le libre passage intégral permettrait de compenser les disparités importantes existant dans la structure de risques des assureurs sous l'ancienne loi ne s'est pas confirmée dans les faits. Le montant des compensations a, au contraire, continué de progresser ces dernières années et l'on peut dire que les divergences dans la structure des risques des grandes caisses qui s'acquittent de redevances ou qui reçoivent des contributions sont toujours très importantes. En revanche, l'hypothèse selon laquelle ce seraient plutôt les assurés jeunes et en bonne santé qui se tourneraient vers un assureur pratiquant une prime plus avantageuse s'est confirmée.

La compensation des risques s'avère néanmoins toujours nécessaire, notamment parce que dans un système de libre passage intégral, de prime unique, de concurrence entre les assureurs et de prestations définies par la loi, ce sont surtout les assureurs disposant d'une bonne structure de risques qui présentent un avantage sur le marché. Cette analyse a été largement confirmée par un rapport d'experts élaboré en

vue de la 3^e révision de la LAMal. Ce rapport souligne, parallèlement à la nécessité d'une compensation des risques dans le système suisse, les avantages de la compensation des risques en vigueur (organisation simple et transparente, déroulement administratif rodé, large acceptation politique); toutefois, il relève également que son efficacité pourrait encore être augmentée, les différences dans l'état de santé des assurés n'étant pas suffisamment prises en compte par le biais des facteurs que sont l'âge, le sexe et le canton. La nécessité d'une compensation des risques n'est dans l'ensemble pas non plus contestée dans le reste du débat sur l'économie de la santé, où le système est considéré comme une condition nécessaire pour qu'il puisse y avoir une concurrence entre les caisses.

2.1.3 Grandes lignes de la réglementation proposée

Le fait que la compensation des risques ne soit dans l'ensemble pas contestée parle en faveur d'une prolongation de ce système. Son organisation devant également être reconsidérée dans le cadre d'étapes de la réforme portant sur d'autres domaines de l'assurance-maladie (p. ex. les modèles de managed care), une prolongation de cinq ans sans ajout d'autres critères de compensation semble judicieuse après le rejet de la 2^e révision de la LAMal.

2.2 Financement des hôpitaux: prolongation de la loi fédérale du 21 juin 2002 sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie

2.2.1 Réglementation en vigueur

Conception de la couverture des coûts dans le domaine hospitalier selon la LAMal

Trois parties participent à la couverture des coûts du séjour hospitalier d'une personne au bénéfice d'une assurance complémentaire: l'assurance obligatoire des soins (« assurance de base »), l'assurance complémentaire et le canton de domicile. Le canton de domicile finance les hôpitaux sis sur son territoire par des contributions aux frais d'exploitation ou par une couverture du déficit de l'établissement concerné; de leur côté, les hôpitaux présentent à l'assuré ou à l'assureur, conformément à l'art. 42 LAMal, une facture comprenant tous les frais qui doivent être remboursés par l'assurance obligatoire des soins et par l'assurance complémentaire.

La contribution de l'assurance obligatoire des soins aux frais du séjour hospitalier est déterminée à l'art. 49, al. 1, LAMal. Les forfaits versés par cette assurance sont définis lors de négociations entre les hôpitaux et les assureurs ou leurs associations faitières; si ceux-ci ne parviennent pas à un accord, le tarif est fixé par le gouvernement cantonal. Dans le cas de patients résidant dans le canton, le forfait versé par l'assurance obligatoire des soins couvre au maximum 50 % des coûts d'exploitation imputables de la division commune (« contribution de base »). Bien que cela ne soit pas indiqué explicitement dans la LAMal, le canton assume les frais d'exploitation imputables restants (dans certains cas avec la participation des communes). L'assu-

rance complémentaire couvre les coûts des prestations qui ne sont pas comprises dans le catalogue des prestations de la LAMal, telles que le confort accru que représente une chambre à un ou à deux lits et le libre choix du médecin à l'hôpital. La plupart des hôpitaux ne disposant pas d'un calcul des coûts et des prestations qui correspond aux exigences de l'OCP, il est difficile de déterminer le montant qui correspond à 100 % des coûts d'exploitation imputables. Les partenaires à la convention fixent donc, dans le cadre des négociations tarifaires, les coûts d'exploitation applicables pour chaque cas particulier. Les coûts des prestations à la charge de l'assurance complémentaire ne peuvent pas non plus être délimités de manière claire.

Genèse et teneur de la loi fédérale urgente

Après l'entrée en vigueur de la LAMal, l'obligation, pour les cantons, de contribuer aux frais du traitement hospitalier des personnes soignées en division privée ou semi-privée a été contestée. Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a clarifié la situation dans trois arrêts de principe et confirmé l'obligation de contribution des cantons lorsque la personne assurée est soignée dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics (ATF 123 V 290 ss., 310 ss. et ATF 127 V 422 ss.). L'application immédiate et totale du dernier arrêt cité aurait entraîné pour les cantons des coûts supplémentaires très importants, dont la plupart n'avaient pas été budgétisés; aussi le Parlement a-t-il décidé que l'adaptation des participations cantonales serait échelonnée.

2.2.2 Analyse et nécessité d'une révision de la réglementation en vigueur

Les Chambres fédérales sont parties du principe que la loi fédérale urgente constitue une réglementation transitoire valable jusqu'à l'entrée en vigueur de la 2^e révision de la LAMal. La 2^e révision de la LAMal ayant été rejetée au cours de la session d'hiver 2003, une nouvelle réglementation du financement des hôpitaux ne peut pas entrer en vigueur après l'expiration au 31 décembre 2004 du délai de validité de la loi fédérale urgente.

2.2.3 Grandes lignes de la réglementation proposée

Afin de garantir une réglementation applicable de la prise en charge, par les cantons, des coûts de traitements hospitaliers en division privée ou semi-privée, le Conseil fédéral propose de prolonger la réglementation fixée pour l'année 2004 dans la loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales jusqu'à l'entrée en vigueur de nouvelles règles pour le financement hospitalier. La réglementation proposée se limite en premier lieu au financement des coûts d'exploitation et, en second lieu, au domaine des hôpitaux publics et subventionnés par les pouvoirs publics. Dans son message du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie (FF 1992 I 166s.), le Conseil fédéral était d'avis que les investissements ne devaient pas être pris en compte dans les coûts imputables utilisés pour la détermination des forfaits. Ce principe doit continuer à être appliqué jusqu'à la réforme du financement hospitalier dans la loi sur l'assurance-maladie, bien qu'il faille constater

qu'aujourd'hui déjà, certains amortissements des investissements sont comptabilisés dans les frais d'exploitation imputables. Le TFA ayant fixé, sur la base de l'interprétation de l'art. 41, al. 3, LAMal, que l'obligation de contribution du canton était supprimée si la personne assurée était traitée dans un hôpital privé non subventionné (ATF 123 V 310 ss.), il y a également lieu de prendre en considération l'extension de la réglementation du financement aux hôpitaux privés dans le cadre de la réforme du financement hospitalier dans la LAMal.

2.3 Tarifs des soins

2.3.1 Réglementation en vigueur

La LAMal a introduit une nouvelle réglementation pour la prise en charge des coûts dans le domaine des soins. Alors que, sous le régime de la LAMA, l'assurance participait aux soins uniquement sous forme d'une contribution, l'assurance-maladie obligatoire prend en charge, selon l'art. 25, al. 2, let. a, LAMal, les « soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile (...) ou dans un établissement médico-social par (1) des médecins, (2) des chiropraticiens et (3) des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical ». Dans le message du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie (FF 1992 I 93ss.), les coûts de cette extension des prestations dans le domaine des établissements médico-sociaux avaient été estimés à 560 millions de francs. Ces coûts supplémentaires ont été déterminés à partir de 1995 sur la base des dépenses relatives à ces prestations et il s'avère que les estimations ont été dépassées pour la première fois en 1999. Depuis lors, ces coûts supplémentaires continuent de progresser, même si la courbe s'aplatit et qu'elle tend à s'approcher de l'évolution moyenne des coûts dans l'assurance obligatoire des soins.

Etant donné l'absence de transparence en ce qui concerne les coûts des établissements médico-sociaux et afin de mieux maîtriser l'évolution des coûts dans le domaine Spitex et dans celui des EMS, des tarifs-cadre ont été introduits (art. 9a l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins [OPAS] ; RS 832.112.31) au 1^{er} janvier 1998 pour les prestations de soins au sens de l'art. 7 OPAS. Ces tarifs-cadre devaient s'appliquer tant que les fournisseurs de prestations n'auraient pas satisfait aux exigences de transparence.

Le Conseil fédéral a complété ces mesures visant à maîtriser les coûts dans l'assurance-maladie obligatoire par une lettre adressée en septembre 1997 aux gouvernements cantonaux, qui donnait des recommandations à l'attention des partenaires financiers – donc des cantons, des communes et des assureurs. Il portait du principe que les cantons continueraient à cofinancer les prestations de soins et que, par ailleurs, ils couvriraient les éventuelles lacunes de financement résultant de l'application des tarifs-cadre.

2.3.2 Analyse et nécessité d'une révision de la réglementation en vigueur

L'OCP est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003. Si les établissements médicaux-sociaux satisfont aux exigences de transparence au sens de l'OCP, le tarif peut être négocié indépendamment des tarifs-cadre. La perspective d'une transparence complète

des coûts dans le domaine des soins est réaliste et il est probable que les exigences de l'OCP pourront être remplies dans un délai raisonnable. Si l'on considère l'évolution démographique, médicale et de la société en général, il faut s'attendre, même indépendamment de l'OCP, à ce que le besoin en soins et les coûts qu'ils induisent augmentent. Il faut dès lors envisager d'autres possibilités de financement en tenant compte de la coordination nécessaire entre les assurances sociales, d'une part, et les prestations cantonales et l'aide sociale, d'autre part. Le Conseil fédéral s'est donc déclaré prêt à soumettre une révision visant à redéfinir le financement des soins et à le répartir différemment entre les assurances sociales. Jusqu'à l'entrée en vigueur de cette révision, qui doit être soumise au Parlement à la fin de l'année 2004, il y a lieu de trouver une réglementation transitoire qui ait un effet modérateur sur l'évolution des coûts.

2.3.3 Grandes lignes de la réglementation proposée

Pour freiner l'augmentation des coûts que l'on pouvait redouter en raison de la suppression des tarifs-cadre, les Chambres fédérales avaient prévu, dans le contexte de la 2^e révision de la LAMal, de maintenir ces tarifs jusqu'à l'entrée en vigueur de la révision sus-mentionnée de la loi et de les geler ensuite après une adaptation des deux niveaux de soins requis les plus élevés. Le Conseil fédéral reprend dans ce projet la démarche amorcée au cours de 2^e révision de la LAMal. Il semble toutefois raisonnable, surtout dans l'optique d'une prolongation de ces tarifs maintenant gelés depuis six ans, de les augmenter pour les deux niveaux de soins requis les plus élevés, où ils sont sans conteste trop bas; ces nouveaux tarifs adoptés au niveau de l'ordonnance seront valables jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation du financement des soins et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2006.

2.4 Présentation des comptes

2.4.1 Réglementation en vigueur

L'art. 60, al. 4, LAMal stipule que le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires concernant la tenue de la comptabilité et la présentation des comptes. Celles-ci comprennent notamment des directives relatives à la tenue de la comptabilité (tenue des livres, etc.), à la présentation des comptes (classification des comptes, etc.), au contrôle des comptes (autorités de contrôle des assureurs, contrôles par l'autorité de surveillance), à la constitution des réserves (montant, principe d'évaluation) et aux placements de capitaux autorisés.

Dans le domaine de la présentation des comptes, le Conseil fédéral a utilisé les compétences qui lui sont attribuées par les art. 81 à 85 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (ordonnance sur l'assurance-maladie [OAMal], RS 832.102) pour définir la présentation des comptes dans le domaine du plan comptable uniforme (art. 82 OAMal) et de la communication à l'OFSP (art. 85 OAMal). Actuellement déjà, en vertu de l'art. 85, al. 1, OAMal, les assureurs ont l'obligation de remettre à l'OFSP, dans le cadre de la présentation des comptes, jusqu'au 30 avril, un rapport de gestion portant sur l'exercice écoulé.

S'agissant de la forme et du contenu du rapport des gestion, l'Office fédéral des assurances sociales¹ a, en tant qu'autorité de surveillance, édicté des directives obligatoires, la directive 00/6 du 28 décembre 2000 (« Structure du rapport de gestion ») et la directive 03/1 du 28 janvier 2003 (« Transparence face au public, devoir de renseigner et de conseiller les personnes intéressées, et exigences minimales pour le rapport de gestion »). Elles obligent notamment les assureurs à présenter, sur demande des personnes intéressées, leur rapport de gestion (organisation, rapport d'activité, bilan, compte d'exploitation général, compte d'exploitation des différentes formes d'assurance et différents chiffres). Les comptes annuels sont publiés dans le rapport de gestion des assureurs selon la classification définie par l'OFSP de manière obligatoire pour tous les assureurs pour le plan comptable, qui est également utilisé dans le cadre des statistiques et des données de surveillance. Cette démarche garantit une transparence pour toutes les publications de l'OFSP et des assureurs et permet au final d'établir des comparaisons entre les assureurs.

2.4.2 Analyse et nécessité d'une révision de la réglementation en vigueur

Il est important que les rapports de gestion (rapport annuel et comptes annuels) des assureurs-maladie soient établis de manière transparente et accessibles au public. Avec la définition du rapport de gestion et de sa publication, cet élément, fixé par le Conseil fédéral dans le cadre de l'OAMal et par l'OFAS, autorité de surveillance, dans le cadre des directives, a en partie été pris en compte dans la réglementation relative à la présentation des comptes de l'art. 60, al. 4. Il n'existe toutefois aucune réglementation concernant l'élaboration, le contenu et la publication du rapport de gestion des assureurs au niveau de la loi. Dans la 2^e révision de la LAMal les Chambres voulaient prendre cet aspect en considération en étendant l'art. 60, al. 4.

2.4.3 Grandes lignes de la réglementation proposée

Après l'échec de la 2^e révision de la LAMal, la disposition légale relative à la présentation des comptes doit être étendue conformément à ce qui avait été prévu. L'obligation d'établir un rapport de gestion est réglée au niveau de la loi. L'art. 60 LAMal est étendu à cet effet, l'al. 4 étant remplacé par les al. 4 à 6 qui élargissent les compétences du Conseil fédéral en ce qui concerne le rapport de gestion. Le Conseil fédéral fixe notamment les cas dans lesquels un compte de groupe doit être établi et de quelle manière le rapport de gestion doit être rendu accessible au public.

Ainsi, la transparence dans la présentation des comptes des assureurs-maladie est accrue et les dispositions qui s'appliquent sont celles relatives aux sociétés anonymes du code des obligations. Cette approche garantit une plus grande clarté et une meilleure vue d'ensemble tant pour les assureurs que pour les autorités.

¹ Le domaine assurance-maladie a été transféré le 1^{er} janvier 2004 de l'Office fédéral des assurances sociales à l'Office fédéral de la santé publique.

2.5 Carte d'assuré

2.5.1 Réglementation en vigueur

Le droit fédéral en vigueur ne renferme pas de base légale pour l'introduction, pour tous les assurés, d'un dossier de santé contenant les données relatives à leur état de santé. L'examen d'une telle base légale a toutefois été mis en route en 1997 avec un postulat du conseiller national Guisan (96.3578). Le Conseil fédéral s'était alors déclaré prêt à accepter cette proposition et à examiner l'introduction d'un carnet de santé en Suisse.

2.5.2 Analyse et nécessité d'une révision de la réglementation en vigueur

Etant donné qu'il n'existe aucune réglementation dans le droit fédéral et que le secteur de la santé est en principe de la compétence des cantons, plusieurs projets cantonaux sont actuellement réalisés indépendamment les uns des autres, avec le risque qu'ils ne soient pas compatibles entre eux. Par ailleurs, plus de 4 millions d'assurés de 35 assurances-maladie utilisent actuellement déjà une carte électronique pour les prestations fournies par quelque 2000 pharmaciens. Cette hétérogénéité pourrait avoir des répercussions négatives sur le développement des systèmes. En effet, ceux-ci ne pouvant pas lire toutes les cartes, l'utilité des instruments introduits ainsi que la motivation des partenaires à se doter de l'infrastructure nécessaire sont très limitées. La nécessité de disposer de systèmes compatibles et interopérables est dictée par la taille du pays et la mobilité croissante de la population.

Dans le cadre de l'accord du 21 juin 1999 entre la Suisse et la Communauté européenne (CE) et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes (Accord sur la libre circulation des personnes RS 0142.11.681) la Suisse a également repris la réglementation de la CE sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (Règlement (CEE) no 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté ; RS 0.831.109.268.1) qui prévoit la coordination, mais pas l'harmonisation des systèmes nationaux de sécurité sociale. L'entraide internationale en matière de prestations dans l'assurance-maladie, qui octroie un droit à des prestations médicales en nature en cas de maladie ou d'accident lors d'un séjour dans un Etat signataire fait partie de cet accord. La CE introduit, au 1^{er} juin 2004, la carte européenne d'assurance maladie qui remplace les formulaires E utilisés jusqu'ici pour bénéficier de prestations médicales en nature dans un autre Etat membre. De ce fait, les formulaires sur papier utilisés jusqu'à présent seront remplacés par une preuve d'assurance en format de carte de crédit. Les différents Etats membres de la CE et la Suisse disposent d'une période transitoire d'un an et demi, jusqu'au 1^{er} janvier 2006, pour introduire la carte d'assurance maladie. Formellement cette adaptation d'ordre purement technique est faite par une modification de l'annexe II de l'accord sur la libre circulation des personnes.

2.5.3

Grandes lignes de la réglementation proposée

Sur la base des travaux préparatoires concernant le postulat Guisan, le Conseil fédéral était arrivé à la conclusion, lors de sa séance spéciale du 22 mai 2002, que le DFI pouvait introduire l'élaboration d'une base légale dans le catalogue des modifications à court terme afin de permettre l'introduction d'un instrument de ce type dans l'assurance obligatoire des soins. Cette carte d'assuré pourra être développée progressivement en une carte de santé plus complète. Le Conseil fédéral a ensuite approuvé, en août 2002, un nouvel art. 42a, LAMal, qui a été introduit en cours de route dans les travaux parlementaires relatifs à la 2^e révision de la LAMal. La norme de délégation du Conseil fédéral pour l'introduction d'une carte d'assuré était donc déjà contenue dans le projet de la 2^e révision de la LAMal et elle avait été approuvée par les deux Chambres. La présente proposition de modification de la loi reprend le même libellé pour l'art. 42a LAMal. Cet article crée la base légale nécessaire pour autoriser le Conseil fédéral à introduire une carte avec un numéro d'identification attribué par la Confédération. La carte facilite les tâches administratives liées au traitement des factures entre le fournisseur de prestations et l'assureur, et contribue donc à réduire les frais administratifs. Elle ne peut être utilisée à d'autres fins, par exemple pour avoir accès aux données personnelles en cas d'urgence, que si la personne assurée a donné son accord, les informations qu'elle contient étant des données personnelles particulièrement dignes de protection au sens de la loi sur la protection des données.

3

Partie spéciale: commentaires des différents articles

3.1

Dispositions de la LAMal

Art. 42a, al. 1 (nouveau)

L'introduction d'une carte d'assuré peut représenter une atteinte aux droits fondamentaux des personnes assurées, c'est pourquoi elle doit avoir une base légale. La compétence pour l'introduction d'une carte d'assuré doit être déléguée au Conseil fédéral. L'al. 1 porte sur la délégation législative nécessaire à cet effet.

Le but visé par la carte d'assuré est une simplification des procédures administratives entre les assureurs, les assurés et les fournisseurs de prestations. Elle contribue aux efforts de rationalisation entrepris par ces derniers et améliore l'information tout en augmentant le confort du patient/de l'assuré. Pour le numéro d'identification de la carte, on utiliserait le nouveau concept de numéro de sécurité sociale, un numéro d'assuré « non parlant » et identifiant sans ambiguïté la personne, qui remplacera les numéros AVS en vigueur jusqu'ici. L'avantage serait d'avoir un seul et même numéro d'assuré pour toutes les assurances sociales, qui resterait inchangé quel que soit l'assureur ou le canton de résidence. On peut cependant aussi envisager la création d'un numéro propre à l'assurance-maladie.

Art. 42a, al. 2 (nouveau)

L'alinéa définit l'objectif principal de l'utilisation de la carte. Il se limite aux aspects administratifs visant à simplifier la facturation des prestations remboursées par

l'assurance obligatoire des soins. Dès que tous les assurés seront en possession de cette carte et qu'une grande partie des fournisseurs de prestations seront équipés des systèmes nécessaires, les prestations ne pourront plus être facturées et remboursées autrement que par ce biais. Les fournisseurs de prestations, tout comme les personnes assurées, seraient donc obligés d'utiliser la carte pour faire valoir leur droit au remboursement d'une prestation. L'expression « interaction du porteur » indique que l'utilisateur doit pouvoir accéder aux données au moyen d'une interface (clavier, souris, etc.).

Le principe du tiers-garant au sens de l'art. 42, al. 1, LAMal, ne doit pas être supprimé de fait avec l'introduction de la carte d'assuré, les deux systèmes pouvant sans autre continuer à coexister en parallèle.

Art. 42a, al. 3 (nouveau)

L'al. 3 porte sur la délégation de compétences au Conseil fédéral afin qu'il puisse édicter la réglementation relative aux modalités. Comme exposé sous le chiffre 2.5.2 des dispositions sont prises dans l'espace européen afin d'introduire une carte d'assuré. Le revers de la carte d'assuré suisse pourrait donc être utilisé pour la carte européenne d'assurance maladie.

Art. 42a, al. 4 (nouveau)

Le droit à l'autodétermination en matière d'information concernant des données médicales fait partie du droit fondamental garanti par la Constitution à l'art. 13 (protection de la sphère privée). Les données médicales sont des données personnelles particulièrement dignes de protection au sens de la loi sur la protection des données. Le droit à l'autodétermination de l'assuré concernant ses données médicales serait restreint si l'enregistrement et la consultation des données en cas d'urgence devenaient obligatoires. C'est pourquoi ceux-ci ne sont possibles qu'avec le consentement de la personne assurée. Le Conseil fédéral déterminera quelles sont ces données après avoir entendu les milieux intéressés.

Art. 60, al. 4

L'établissement du rapport de gestion par les assureurs, jusqu'ici réglé au niveau de l'ordonnance, doit désormais être réglé au niveau de la loi. Le Conseil fédéral doit en outre déterminer les cas dans lesquels il y a lieu d'élaborer un compte de groupe.

Art. 60, al. 5 (nouveau)

La référence aux règles du code des obligations relatives aux sociétés anonymes garantit que les rapports de gestion sont établis sous une forme appropriée à l'activité des assurances, ceci indépendamment de la forme juridique choisie par les assureurs; les dispositions de la présente loi s'appliquent également.

Art. 60, al. 6 (nouveau)

L'al. 6 reprend l'al. 4 en vigueur en ajoutant le rapport de gestion à la liste des compétences du Conseil fédéral. Ce dernier doit pouvoir régler au niveau de

l'ordonnance les prescriptions concernant le rapport de gestion des assureurs existant dans le cadre des directives édictées par l'autorité de surveillance. Le Conseil fédéral fixe en outre la manière dont le rapport de gestion (rapport annuel et comptes annuels) doit être publié ou rendu accessible au public. Plusieurs formes de publication peuvent être prévues si cela s'avère nécessaire pour des motifs de transparence.

Art. 105, al. 4

L'entrée en vigueur de la prolongation de cinq ans de la compensation des risques est déterminée *de facto* par l'expiration, au 31 décembre 2005, de la réglementation en vigueur.

Disposition transitoire, al 1

En vertu de l'art. 104a LAMal, le Conseil fédéral peut édicter des dispositions relatives à la prise en charge des coûts des soins. C'est pour cette raison que le DFI a introduit de tarifs-cadre au 1^{er} janvier 1998. Ces forfaits, fixés par jour pour quatre niveaux de soins requis pour les établissements médico-sociaux et par heure pour trois niveaux de prestations pour les autres fournisseurs de prestations, couvrent les coûts des prestations au sens de l'art. 7, al. 2, OPAS, alors que les autres prestations à la charge de l'assurance peuvent être facturées à part.

La démarche proposée limite la prise en charge des coûts des prestations de soins par l'assurance-maladie indépendamment de la réalisation de la transparence des coûts. Elle implique, conformément à la réglementation en vigueur, de renoncer à une différenciation entre les établissements médico-sociaux et les autres fournisseurs de prestations dans le domaine des soins, ainsi qu'à une distinction entre traitement aigu et traitement de longue durée, ceci afin de ne pas devancer une nouvelle réglementation du financement des soins et de ne pas engendrer des inégalités de traitement. Dans les cas où l'on applique déjà aujourd'hui des tarifs dépassant les tarifs-cadre parce que les fournisseurs de prestation satisfont aux exigences en matière de transparence, un retour en arrière semble difficilement conciliable avec les principes de la proportionnalité et de la bonne foi; nous proposons donc de limiter ces tarifs à la hauteur des montants en vigueur au 1^{er} janvier 2004.

3.2 Dispositions de la loi fédérale urgente du 21 juin 2002

Le projet reprend la réglementation de la loi fédérale relative à l'adaptation des contributions cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie valable pour l'année 2004, et prévoit qu'elle devra rester valable jusqu'à l'entrée en vigueur d'un nouveau système de financement hospitalier. La réglementation stipule que le canton doit contribuer aux coûts de l'hospitalisation en division privée ou semi-privée d'une personne au bénéfice d'une assurance complémentaire qui séjourne dans un hôpital public ou subventionné à raison de 100 % du tarif que l'assureur doit payer pour le traitement d'une personne résidant dans le canton qui séjourne dans la division commune de l'hôpital concerné. Toutefois, si la loi ou l'arrêt du TFA du 30 novembre 2001 étaient appliqués de manière stricte, les cantons devraient prendre en

charge 100 % des coûts d'exploitation imputables et non 100 % du tarif remboursé par les assurances, ce qui signifie que les cantons ne doivent pas verser le montant total effectivement dû au sens de la LAMal. La réglementation présente néanmoins l'avantage que les tarifs de la division commune des différents hôpitaux sont en principe connus, ce qui évite des calculs supplémentaires.

4 Conséquences

4.1 Conséquences financières

Les thèmes repris dans le présent projet n'ont que des conséquences financières relativement faibles. Ceci vaut également pour le domaine des soins, puisque le volume de financement des assureurs ainsi que la répartition des coûts entre les différents partenaires financiers ne sont pas modifiés par la réglementation proposée. Ce n'est que dans le domaine du financement des hôpitaux que l'on peut s'attendre à des répercussions financières pour les cantons dans les cas où les tarifs hospitaliers seraient modifiés en raison de nouvelles conventions tarifaires ou de fixation de nouveaux tarifs. Pour le reste, la réglementation introduite en 2002 et en vigueur depuis 2004 continue de s'appliquer. En revanche, si l'on ne reconduisait pas la réglementation du financement des hôpitaux, les conséquences financières seraient importantes: les cantons devraient prendre en charge la totalité des coûts d'exploitation imputables non couverts par les tarifs remboursés par l'assurance obligatoire des soins, montant de l'ordre de 50 à 100 millions de francs selon les estimations. Il faudrait en outre trouver un consensus sur le montant correspondant à 100 % des coûts d'exploitation imputables.

4.2 Conséquences économiques

En ce qui concerne la disposition transitoire qui propose de fixer les tarifs cadres pour les soins la situation actuelle est maintenue; il ne faut donc pas s'attendre à des conséquences pour l'économie publique. La prolongation de la compensation des risques entre les assureurs, ainsi que la continuation de la réglementation transitoire sur les participations cantonales aux coûts en cas de séjour hospitalier dans les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics pour les personnes bénéficiant d'une assurance complémentaire, maintiennent le statu quo et n'ont pas de conséquences sur un marché en particulier ou sur l'économie publique.

L'introduction d'une carte d'assuré engendre des coûts aussi bien pour les assureurs que pour les prestataires de soins. D'autre part des moyens seront investis dans l'industrie informatique avec les conséquences correspondantes. Si l'on part du principe que l'ensemble des données actuelles est rendu lisible, qu'une carte est remise à chaque assuré et qu'un lecteur de cartes doit être acquis par chaque cabinet médical, les coûts d'introduction doivent être estimés, selon le système de protection des données intégré, à une valeur entre 500'000 et 5 millions de francs. Ceci est d'une importance marginale pour l'économie publique.

5 Lien avec le programme de la législature

Le projet figure dans le rapport sur le programme de la législature 2003-2007 du 25 février 2004 en tant qu'objet des Grandes lignes (FF 2004....).

6 Bases juridiques

6.1 Conformité à la Constitution et à la législation

La loi fédérale se fonde sur l'art. 117 de la Constitution fédérale, qui laisse à la Confédération de larges compétences pour aménager l'assurance-maladie.

6.2 Forme de l'acte à adopter

La forme à adopter ne doit être mentionnée que pour le financement des hôpitaux, car la réglementation transitoire proposée doit être édictée sous la forme d'une loi fédérale urgente limitée dans le temps. L'art. 165, al. 1, de la Constitution fédérale stipule que de telles lois fédérales peuvent être déclarées urgentes lorsque leur entrée en vigueur ne souffre aucun retard. L'urgence découle du fait que la loi fédérale urgente actuelle n'est valable que jusqu'à fin 2004, sans qu'un autre système de financement des hôpitaux n'entre en vigueur.

6.3 Délégation de compétences législatives

L'art. 96 LAMal délègue au Conseil fédéral les compétences de réglementation nécessaires en matière d'application de l'assurance-maladie sociale (pouvoir d'édicter les dispositions d'exécution). Le présent projet autorise en outre le Conseil fédéral à arrêter des dispositions dans les domaines suivants:

introduction d'une carte d'assuré (art. 42a, al. 1), réglementation des standards techniques de la carte d'assuré (art. 42a, al. 3), définition des données personnelles devant figurer sur la carte d'assuré (art. 42a, al. 4), établissement d'un compte de groupe en plus du rapport de gestion (art. 60, al. 4, 2^e phrase), présentation des comptes et sécurité financière des assureurs (art. 60, al. 6, 1^{re} phrase), publication du rapport de gestion (art. 60, al. 6, 2^e phrase).

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

Modification du

L'assemblée fédérale de la Confédération suisse,
vu le message du Conseil fédéral du ¹,
arrête:

I

La loi fédérale du 18 mars 1994² sur l'assurance-maladie est modifiée comme suit:

Art. 42 titre

Principe

Art. 42a (nouveau) Carte d'assuré

¹ Le Conseil fédéral peut décider que, pour la durée de son assujettissement à l'assurance obligatoire des soins, chaque assuré reçoive une carte d'assuré qui porte le numéro défini par la Confédération.

² Cette carte comporte une interface utilisateur ; elle est utilisée pour la facturation des prestations selon la présente loi.

³ Le Conseil fédéral règle les modalités d'introduction de la carte par les assureurs, ainsi que les standards techniques qui doivent être appliqués.

⁴ Moyennant le consentement de l'assuré, la carte peut contenir des données personnelles auxquelles elle donne accès en cas d'urgence. Le Conseil fédéral peut définir, après avoir entendu les milieux concernés, l'étendue des données pouvant être enregistrées sur la carte.

Art. 60, al. 4, 5 et 6 (nouveau)

⁴ Les assureurs établissent pour chaque exercice un rapport de gestion qui se compose des comptes annuels et du rapport annuel. Le Conseil fédéral détermine les cas dans lesquels un compte du groupe doit également être établi.

⁵ Le rapport de gestion doit être établi d'après les règles du code des obligations relatives aux sociétés anonymes et selon les dispositions de la présente loi.

¹ FF 2004 ...

²RS 832.10

⁶ Le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires, notamment sur la tenue de la comptabilité, la présentation et le contrôle des comptes, le rapport de gestion, la constitution des réserves et les placements des capitaux. Il fixe notamment de quelle manière le rapport de gestion doit être publié ou rendu accessible au public.

Art. 105, al. 4, 1^{ère} phrase

⁴ La compensation des risques est limitée à une durée de cinq ans dès l'entrée en vigueur de la modification du ...

II

Dispositions transitoires de la modification du

En dérogation à l'art. 25, al. 2, let. a, les tarifs-cadre fixés par le département en vertu de l'art. 104a ne peuvent pas être dépassés jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation relative à la prise en charge des coûts des prestations de soins à domicile, sous forme ambulatoire ou dans un établissement médico-social et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2006. Sont réservés les tarifs et les conventions tarifaires qui ont déjà dépassé les tarifs-cadre au 1^{er} janvier 2004. Ces tarifs sont limités au niveau du tarif valable au 1^{er} janvier 2004.

III

¹ La présente loi est sujette au référendum.

² Elle entre en vigueur, sous réserve de l'al. 3, en l'absence de référendum, le 1^{er} janvier 2005 ou le 1^{er} janvier de l'année qui suit son acceptation par le peuple.

³ L'art. 105, al. 4, entre en vigueur le 1^{er} janvier 2006.

Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie

Modification du

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,

vu le message du Conseil fédéral du ... ¹,

arrête:

I

La loi fédérale du 21 juin 2002² sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie est modifiée comme suit :

Art. 1, al. 1

¹ En dérogation à l'art. 49, al. 1 et 2, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie³, les cantons participent aux coûts des traitements hospitaliers dispensés sur leur territoire, en division semi-privée ou privée des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics, à concurrence des tarifs payés par les assureurs pour les résidents du canton pour la division commune de l'hôpital concerné.

Art. 3, al. 3 (nouveau)

³ La validité de la présente loi est prolongée jusqu'à l'entrée en vigueur d'une révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie dans le domaine du financement hospitalier, mais au plus tard jusqu'au 31 décembre 2006.

II

Disposition finale

¹ La présente loi est déclarée urgente conformément à l'art. 165, al. 1, de la Constitution. Elle est sujette au référendum en vertu de l'art. 141, al. 1, let. b, de la Constitution.

² Elle entre en vigueur le 1^{er} janvier 2005 et a effet jusqu'au 31 décembre 2006.

¹ FF 2004 ...

² RS 832.14

³ RS 832.10

Projets de révisions dans l'assurance-maladie pour la procédure de consultation

Projet 1B liberté de contracter

- Rapport explicatif
- Propositions législatives

**Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie
du 18 mars 1994**

Partie liberté de contracter

Rapport explicatif

Introduction

La loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) prévoit plusieurs instruments de maîtrise des coûts dans le domaine hospitalier qui ont commencé à porter leurs fruits, comme la compétence pour les cantons d'introduire un budget global (art. 51) ainsi que la planification des hôpitaux et des EMS par les cantons (art. 39). Dans le domaine ambulatoire par contre, les assureurs-maladie sont tenus de conclure des conventions tarifaires avec tous les fournisseurs de prestations admis selon la loi et partant de prendre en charge les prestations fournies par ces derniers. Autrement dit, un fournisseur de prestations qui remplit les conditions d'admission de la loi (art. 35 à 40) peut pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins sans que les assureurs-maladie aient la possibilité de l'exclure de ce marché. En ce sens, il y a obligation de contracter. Les assureurs n'ont de ce fait en principe aucun moyen de s'opposer à l'accroissement du volume des prestations provoqué par l'augmentation constante du nombre de fournisseurs de prestations.

Le Parlement a adopté, le 24 mars 2000, dans le cadre de la 1ère révision de la LAMal, un article 55a qui confère au Conseil fédéral la compétence, pour une durée limitée à trois ans au maximum, de faire dépendre de la preuve d'un besoin l'admission de certains fournisseurs de prestations à pratiquer dans le secteur ambulatoire à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Selon cette disposition, il incombe au Conseil fédéral de fixer les critères correspondants et aux cantons de désigner les fournisseurs de prestations. Cette mesure a été adoptée d'une part, dans la perspective de l'entrée en vigueur des accords bilatéraux avec la Communauté européenne et ses Etats membres, et notamment de l'accord sur la libre circulation des personnes, et d'autre part, en tant que mesure extraordinaire à court terme afin de donner un coup de frein à l'augmentation des coûts de la santé dans le secteur ambulatoire résultant de l'augmentation constante du nombre de fournisseurs de prestations.

Le 3 juillet 2002, faisant usage de la délégation de compétence que lui confère l'art. 55a LAMal, le Conseil fédéral a décidé de limiter l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Il a fixé les modalités de cette limitation dans une ordonnance édictée spécialement à cet effet (Ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins ; RS 832.103). Cette ordonnance est entrée en vigueur le 4 juillet 2002. Le Conseil fédéral a souligné d'emblée que cette limitation de l'admission devait constituer une mesure extraordinaire, limitée dans le temps, qui doit courir jusqu'à l'entrée en vigueur d'une nouvelle réglementation visant à limiter l'admission des fournisseurs de prestations, mais au plus tard jusqu'au 3 juillet 2005, date où l'ordonnance arrive à échéance. L'objectif affirmé par le Conseil fédéral était que soit élaboré par le Parlement dans l'intervalle un modèle réaliste de suppression de l'obligation de contracter.

Des discussions à ce sujet ont précisément eu lieu lors des débats sur la 2ème révision de la LAMal. La conférence de conciliation est parvenu à trouver un accord sur un modèle de suppression partielle de l'obligation de contracter. Toutefois, le Conseil national a rejeté le projet de révision de la LAMal lors du vote final d'ensemble intervenu lors de la session d'hiver 2003. Cette situation comme l'échéance au 3 juillet 2005 de l'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de

prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins obligent le Conseil fédéral à proposer au Parlement, dans des délais très brefs, une nouvelle réglementation en matière d'admission des fournisseurs de prestations.

1 **Partie générale**

1.1 **Genèse**

C'est lors des délibérations sur la 1ère révision de la LAMal qu'a été abordée pour la première fois par le Parlement la question de la suppression de l'obligation de contracter. Dans son message du 21 septembre 1998 relatif à cette révision (FF 1999 727), le Conseil fédéral a proposé d'introduire l'établissement de budgets globaux dans le secteur ambulatoire afin de maîtriser les coûts. Lors des débats, les deux Chambres ont estimé que cet instrument, notamment son mode de fonctionnement, n'était pas encore au point. Le Parlement et le Conseil fédéral se sont cependant accordés sur le fait qu'il était nécessaire de poursuivre les efforts dans le domaine de la maîtrise des coûts et qu'il fallait pour cela développer de nouveaux instruments. Lors de ses délibérations, le Parlement s'est donc opposé à l'introduction du budget global dans le domaine ambulatoire mais a décidé en revanche d'ouvrir le débat sur la suppression de l'obligation de contracter. A cet occasion en effet, le Conseil national a approuvé une proposition qui prévoyait que le Conseil fédéral devait fixer les critères de qualité et d'économicité des prestations auxquels doivent répondre les fournisseurs de prestations pour pouvoir adhérer à une convention tarifaire. Toutefois, lors de la procédure d'élimination des divergences, cette proposition du Conseil national a été rejetée au profit de la solution retenue à l'art. 55a LAMal.

La commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national a par la suite déposé une motion (00.3003) qui demandait au Conseil fédéral d'examiner la question de la suppression de l'obligation de contracter dans les secteurs ambulatoire, semi-hospitalier et hospitalier et de présenter des modifications législatives y relatives dans le cadre de la 2ème révision de la LAMal. Début 2000, le Conseil fédéral a reçu des deux chambres le mandat d'examiner cette question.

La proposition mise en consultation par le Conseil fédéral en juin 2000 prévoyait un modèle qui limitait la suppression de l'obligation de contracter au seul domaine ambulatoire, la loi prévoyant déjà, dans le domaine hospitalier, divers instruments pour réguler le volume des prestations fournies et maîtriser les coûts. Selon ce modèle, les assurés ne pouvaient plus choisir, dans le secteur ambulatoire, que parmi les fournisseurs de prestations avec qui leur assureur avait conclu un contrat d'admission et qui par conséquent étaient habilités à pratiquer l'assurance-maladie pour ce dernier. Les résultats de la procédure de consultation ont mis en évidence que si de nombreux milieux étaient en principe favorables à un renforcement de la notion de concurrence dans la LAMal et donc aussi à l'idée de supprimer l'obligation de contracter, ils étaient par contre sceptiques envers le modèle proposé; ils le jugeaient inadapté, impossible à mettre en pratique voire lui déniaient une quelconque efficacité au niveau des coûts. Ils lui reprochaient également un trop gros transfert de pouvoir au profit des assureurs et l'absence d'indicateurs pour juger du respect des conditions du caractère économique et de la garantie de la qualité des prestations. Après analyse, le Conseil fédéral est arrivé à la même conclusion et a renoncé à proposer au Parlement, dans le cadre de son Message du 18 septembre 2000 sur la 2ème révision de la LAMal (FF 2001 693), une suppression de

l'obligation de contracter concernant tous les fournisseurs de prestations actifs dans le secteur ambulatoire. Il s'est pas contre prononcé pour une suppression limitée aux fournisseurs âgés de plus de 65 ans révolus. Pour diverses raisons, le Conseil fédéral a toutefois renoncé à soutenir sa proposition durant les débats parlementaires.

1.2 Deuxième révision de la LAMal

Lors des délibérations sur la 2ème révision de la LAMal, la Conférence de conciliation a adopté un modèle de suppression partielle de l'obligation de contracter qui a toutefois été rejeté lors du vote final devant le Conseil national au même titre que l'ensemble du projet de révision. Ce modèle contenait notamment les propositions suivantes :

- pour être admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins, les fournisseurs de prestations doivent soit, s'ils sont actifs dans le secteur ambulatoire, conclure un contrat d'admission avec un ou plusieurs assureurs, soit fournir toutes leurs prestations dans le cadre d'un réseau de soins coordonnés qui est une forme particulière d'assurance reposant sur un contrat conclu entre un ou plusieurs assureurs et un groupe de fournisseurs de prestations.
- Les fournisseurs de prestations et les assureurs sont libres de choisir leur partenaires contractuels. Cette liberté est subordonnée au respect d'un certain nombre de conditions (caractère économique et qualité des prestations, garantie d'une couverture en soins suffisante, respect de la loi sur les cartels) et est exclue dans un cas particulier (patients âgés souffrant de maladies chroniques et ayant une relation thérapeutique durable avec le fournisseur de prestations en cause).
- Les cantons sont tenus de déterminer, dans le domaine ambulatoire, le nombre de fournisseurs de prestations nécessaire pour garantir la couverture en soins et la liberté de choix dans le rapport d'assurance. Les assureurs-maladie sont tenus de conclure un contrat d'admission avec au moins autant de fournisseurs de prestations que le nombre fixé par le canton. Le Conseil fédéral détermine la date à laquelle les cantons doivent avoir déterminé ce nombre. Jusque-là, les chiffres relatifs à la couverture en soins fixés sur la base de l'art. 55a LAMal valent comme nombres minimaux.
- Les fournisseurs de prestations et les assureurs peuvent porter le refus de conclure un contrat d'admission devant une commission arbitrale cantonale, statuant à titre définitif, composée de deux représentants de leurs organisations respectives et d'un représentant du canton qui la préside.
- Les contrats d'admission sont conclus pour une durée minimale de 4 ans. Il est possible de les résilier pour la fin d'une année civile moyennant un délai de résiliation de 18 mois. La résiliation doit être motivée si le fournisseur de prestations le demande.
- Les assureurs sont tenus de conclure un contrat d'admission d'une durée transitoire de 4 ans avec tous les fournisseurs de prestations actifs dans le secteur ambulatoire qui, le 1^{er} janvier 2003, étaient autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

1.3

Propositions de réforme par des experts

1.3.1

Bases d'une 3^{ème} révision de la LAMal : projet partiel « obligation de contracter »

Lors d'une séance spéciale du 22 mai 2002 portant sur l'assurance-maladie sociale, le Conseil fédéral est arrivé à la conclusion que la LAMal a donné globalement de bons résultats, mais qu'il faut renforcer les mesures de maîtrise des coûts et réformer l'assurance-maladie par étapes en ce sens. Le Conseil fédéral a chargé le Département fédéral de l'intérieur (DFI) d'examiner de manière approfondie des étapes de réformes à long terme dans différents domaines, dont celui de l'admission des fournisseurs de prestations, et de faire des propositions pour la mi-juin 2003. Dans ce cadre, mandat a notamment été donné au DFI d'élaborer des modèles réalisables de suppression de l'obligation pour les assureurs-maladie de contracter avec les médecins et éventuellement les hôpitaux, les soins de base devant toutefois rester garantis. Pour réaliser cette tâche, le DFI a mis sur pied un groupe de travail dirigé par un expert en économie de la santé (Dr. oec. HSG W.Oggier, Gesundheitsökonomische Beratungen AG).

En résumé et compte tenu des conditions formulées dans le mandat, l'expert consulté a considéré que les éléments suivants jouent en particulier un rôle capital dans l'optique d'une suppression de l'obligation de contracter :

- La suppression de l'obligation de contracter doit être mise en œuvre tant dans le domaine ambulatoire que dans le domaine hospitalier.
- Les fournisseurs de prestations ne doivent pas pouvoir avoir d'intérêts financiers dans les assureurs, ni les assureurs dans les fournisseurs de prestations. Une réglementation analogue doit être prévue pour les « sous-traitants » (firmes pharmaceutiques, entreprises spécialisées en technique médicale, etc.).
- Les prix doivent être fixés dans le cadre de négociations contractuelles entre les fournisseurs de prestations et les assureurs, avec pour effet une libéralisation des prix, des solutions de remplacement étant formulées pour le cas où les négociations n'aboutiraient pas. Une libéralisation des prix impliquerait la suppression de l'art. 43, al. 5, LAMal. De ce fait, les prestations individuelles ne doivent plus impérativement être remboursées sur la base du nouveau tarif médical TARMED. Tant les assureurs-maladie que les fournisseurs de prestations doivent pouvoir négocier plus souvent des formes et des niveaux différents de rémunération ou des combinaisons de formes de rémunération pour des groupes d'assurés ou des traitements différents.
- En cas d'échec des négociations tarifaires, il faut prévoir une voie de recours : Commission de la concurrence, Commission de recours, puis Tribunal fédéral ou Conseil fédéral.

Si l'objectif principal de la suppression de l'obligation de contracter est la maîtrise des coûts, il y a lieu de retenir au moins les points supplémentaires suivants :

- Les chiffres relatifs à la planification des besoins cantonaux doivent être fixés à un niveau aussi bas que possible. Ces valeurs ne doivent pas être partout les mêmes, pour tenir compte du fait que les besoins varient selon les régions. Les différences entre ville et campagne, ainsi que les disparités démographiques doivent en particulier être prises en considération.

- L'offre extracantonale doit être prise en compte. Le critère décisif doit être dans ce cas l'accessibilité.
- Si les cantons prévoient une offre en soins dépassant celle minimale fixée par la Confédération, on pourrait imaginer une participation cantonale proportionnelle au remboursement incombant à l'assureur. Dans ce cas, les assureurs ne sont plus tenus de payer la part correspondante des coûts. Si par contre les assureurs concluent davantage de contrats que ne le prévoit le canton en respectant les dispositions fédérales, ils doivent prendre en charge l'intégralité des coûts.

Sur la base de ce qui précède, le rapport d'expert préconise un modèle de suppression de l'obligation de contracter présentant les caractéristiques suivantes :

- La suppression s'applique tant dans le domaine ambulatoire que dans le domaine hospitalier.
- Tous les fournisseurs de prestations sont concernés.
- La suppression s'applique à tous les traitements, donc aussi aux urgences. Les réseaux disposent impérativement d'un service d'urgences et d'une permanence, auxquels les assurés doivent d'abord s'adresser. En cas d'urgence, ce service exerce une fonction de triage.
- La couverture en soins est définie par des normes minimales formulées par les offices fédéraux compétents, qui doivent être respectées par les cantons et les partenaires contractuels. Les cantons qui fixent des valeurs supérieures sont tenus d'en assumer les coûts, et non pas les assureurs.
- La loi sur les cartels s'applique :
 - Il n'y a pas de conventions conclues par des associations faîtières.
 - Les hôpitaux deviennent autonomes sur les plans économique et organisationnel.

1.3.2 Etude sur la « Sécurité de l'approvisionnement en médecine de ville dans le cadre de la suppression de l'obligation de contracter »

En juin 2001, santésuisse, l'association faîtière des assureurs-maladie, a mandaté deux éminents économistes de la santé, les professeurs Gianfranco Dominighetti et Luca Crivelli, pour élaborer un concept pour la promotion de la sécurité de l'approvisionnement en soins en tant qu'outil d'appui à la suppression de l'obligation de contracter dans le cadre de la 2ème révision de la LAMal. Le résultat de leur travail figure dans une étude intitulée « Sécurité de l'approvisionnement en médecine de ville dans le cadre de la suppression de l'obligation de contracter » qui date du mois d'août 2001. Les auteurs sont arrivés à la conclusion que les différentes densités médicales constatées en Suisse ne paraissent pas avoir d'influence sur la qualité et la sécurité de l'approvisionnement en soins en comparant différents indicateurs sanitaires subjectifs et objectifs de satisfaction, de mortalité, d'activité et de coût. Selon cette étude, la Suisse comptait fin 2000 un peu plus de 19 médecins en pratique privée pour 10'000 habitants; pour le canton de Bâle-ville ce chiffre était presque de 36, pour le canton de Genève de 32, alors que différents cantons de Suisse orientale et de Suisse centrale en recensaient moins de 13. Les auteurs de l'étude constatent cependant que le degré de satisfaction de la population envers les soins reçus, ainsi

que le degré de perception de signes de rationnement tout comme les résultats sanitaires mesurés en terme de mortalité évitable grâce aux interventions médicales sont pratiquement identiques en dépit de différences très importantes en termes de densité médicale. Par contre, ces dernières ont une influence claire et nette sur l'activité (visites et consultations) et sur les coûts par assuré à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Afin d'étayer leur thèse, les auteurs ont comparé, sur la base des indicateurs susmentionnés, cinq groupes de cantons à densité médicale croissante (de 11 à plus de 30 médecins pour 10'000 habitants) ainsi qu'une zone relativement homogène de la Suisse orientale (St Gall et les deux cantons d'Appenzell). La comparaison a laissé apparaître qu'en présence d'une densité médicale d'environ 15 médecins par 10'000 habitants, comme celle qui existe dans la région de Suisse orientale (région de référence), les indicateurs de satisfaction, de perception de rationnement et de mortalité sont pratiquement identiques à la valeur de la moyenne suisse et à ceux des cantons ayant des densités médicales doubles. En revanche, les indicateurs d'activité et notamment de coûts montrent des dépenses par assuré pour la médecine ambulatoire dispensées en cabinet et à l'hôpital significativement inférieures pour cette région de référence. Une densité médicale moindre permet donc de garantir un approvisionnement médical adéquat et d'atteindre le même taux de satisfaction de la population, tout en ayant un effet réducteur de coûts. Les auteurs de l'étude se déclarent persuadés que la suppression de l'obligation de contracter et le renforcement de la concurrence qui s'en suit, constituent des instruments adéquats pour parvenir à maîtriser le nombre croissant des fournisseurs de prestations qui a conduit dans plusieurs régions à une surmédicalisation. Cependant, ils font remarquer que le marché à lui seul ne saurait garantir automatiquement la sécurité de l'approvisionnement en soins; de ce fait, l'Etat devrait exercer une fonction régulatrice dans le but de garantir à l'ensemble de la population un accès aux soins à des conditions financières supportables. L'étude propose que le nombre de médecins libres praticiens nécessaire pour garantir la sécurité de l'approvisionnement soit décidé sur la base d'un paramètre établi pour la Suisse entière ainsi que la proportion de "médecins de base". Les cantons doivent ensuite pouvoir modifier le paramètre national en fonction de conditions locales.

1.4 Objectifs politiques

La LAMal répond à trois objectifs majeurs qui sont l'accès de l'ensemble de la population à une offre de soins de haute qualité, le renforcement de la solidarité entre assurés et la maîtrise des coûts. Si des évaluations des effets de la loi effectuées par des experts indépendants ont mis en évidence que les deux premiers buts ont pour l'essentiel été réalisés, force est de constater que l'objectif de la maîtrise des coûts n'a pas pu être atteint dans la mesure souhaitée par le Conseil fédéral. En effet, la hausse des coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins a été constante. Or selon les experts, une des causes essentielles de cette évolution des coûts est l'augmentation régulière du nombre de fournisseurs de prestations pratiquant à la charge de l'assurance obligatoire des soins, notamment dans le secteur ambulatoire. C'est précisément sur cet aspect que le Conseil fédéral entend mettre l'accent à l'avenir, avec comme objectif de parvenir à maîtriser l'évolution des coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Il existe trois moyens de freiner l'accroissement du volume des prestations et des coûts provoqué par une augmentation du nombre de fournisseurs de prestations. Il s'agit d'une part du budget global, d'autre part de la clause du besoin et enfin de la liberté de contracter.

S'agissant de l'établissement de budgets globaux dans le secteur ambulatoire, nous avons déjà relevé sous ch.1.1 que les deux Chambres sont parvenues à la conclusion, lors des débats parlementaires sur la 1ère révision de la LAMal, que cet instrument n'était pas encore au point. Force est aujourd'hui de constater que la situation n'a guère évolué. L'établissement de tels budgets, mais surtout leur gestion ne sont pas sans poser problème comme le prouvent les expériences faites en Allemagne. Pour ces raisons, le Conseil fédéral n'entend pas proposer ce moyen dans le cadre de la présente révision.

Pour ce qui est de la clause du besoin, le Parlement a retenu cette mesure dans le cadre de la 1^{ère} révision de la LAMal. Le Conseil fédéral n'entend toutefois pas la reprendre dans le cadre du présent projet en la prolongeant dans le temps. Il était en effet clair dès le départ que la clause du besoin constituait une mesure extraordinaire qui devait être limitée dans le temps. Avec cet instrument, la pression qui devrait normalement être exercée par la concurrence de nouveaux fournisseurs de prestations désireux de s'installer et qui devrait pousser les fournisseurs de prestations actifs sur le marché à travailler de manière qualitative et économique fait défaut.

La suppression de l'obligation de contracter ou liberté de contracter a quant à elle été proposée par les deux chambres dans le cadre de leurs délibérations sur la 2ème révision de la LAMal. Contrairement aux deux moyens évoqués ci-dessus, cette mesure présente non seulement l'avantage de conduire à une limitation du nombre de fournisseurs de prestations, mais aussi de constituer une incitation pour les fournisseurs de prestations placés dans une situation de concurrence sur le marché de l'assurance à fournir des prestations de qualité tout en veillant à leur caractère économique précisément pour avoir une chance d'accéder à ce marché ou d'y rester. Avec l'introduction de la LAMal, des éléments de concurrence ont certes été introduits dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins, mais les assureurs ne disposent aujourd'hui toujours pas de l'instrument classique de concurrence à savoir la possibilité de choisir entre plusieurs fournisseurs de prestations. Par ailleurs, pour être partie à une convention tarifaire, il est actuellement presque sans importance de savoir si la couverture en soins dans un canton ou dans une région est excessive ou non, ou encore si la fourniture de prestations intervient de manière efficiente ou non. Dans un tel contexte juridique, il est quasi impossible d'enrayer l'expansion quantitative des fournisseurs de prestations et des prestations ainsi que l'augmentation des coûts qui en découle. La suppression de l'obligation de contracter paraît aujourd'hui être la seule mesure qui permet de freiner cette spirale infernale de manière efficace. C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral, après mûres réflexions, se prononce pour cette mesure dans le cadre de la présente révision ; il entend toutefois l'assortir d'un certain nombre de garde-fous sur lesquels il reviendra plus loin.

Le Conseil fédéral poursuit avant tout deux objectifs avec le modèle de suppression de l'obligation de contracter qu'il entend proposer dans le cadre de la présente révision.

Le premier objectif est le renforcement de la concurrence entre les fournisseurs de prestations d'une même profession dans le secteur ambulatoire et la mise à l'écart du

marché de l'assurance obligatoire des « moutons noirs », soit les fournisseurs qui dispensent des prestations non économique ou qui ne sont pas de qualité. Pour ce faire, le Conseil fédéral entend laisser aux assureurs-maladie la liberté de choisir leurs partenaires contractuels et partant les responsabiliser à ce sujet. La concurrence peut seulement jouer si les assureurs peuvent négocier avec les fournisseurs de prestations en disposant d'une certaine marge de manœuvre. Les assureurs ou les groupes d'assureurs doivent pouvoir acquérir leur profil propre de manière à offrir à leurs assurés différentes possibilités de choix. Or il faut bien convenir que le profil de l'assureur se forge avant tout à partir du choix du fournisseur de prestations qu'il fait. En effet, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, les assureurs ne peuvent pas se faire concurrence sur les prestations qu'ils prennent en charge puisque le catalogue des prestations remboursées par cette assurance s'impose à tous les assureurs de la même manière.

Le second objectif que poursuit le Conseil fédéral avec son modèle est la diminution de la couverture excédentaire des besoins en soins ambulatoires dans les cantons, lorsqu'elle existe. Pour ce faire, il entend responsabiliser les cantons en les contraignant à déterminer un nombre minimal de fournisseurs de prestations nécessaire pour garantir la couverture des besoins en soins de leur population pour chacune des catégories de fournisseurs de prestations actifs dans le secteur ambulatoire. La volonté du Conseil fédéral de renforcer le rôle des cantons en matière d'approvisionnement en soins et de les placer devant leurs responsabilités résulte en premier lieu de la répartition constitutionnelle des compétences entre cantons et Confédération. En effet, faute de compétence expresse de la Confédération en la matière dans la Constitution fédérale, il incombe aux cantons de garantir la couverture des besoins en soins de leur population. La volonté du Conseil fédéral d'impliquer plus fortement les cantons sur ce point dépasse toutefois le simple cadre de la répartition des compétence entre cantons et Confédération. En effet, le Conseil fédéral considère que le marché de l'assurance obligatoire des soins ne saurait à lui seul garantir automatiquement la sécurité de l'approvisionnement en soins ambulatoires de la totalité de la population. Si le principe contractuel fondé sur la concurrence devait être introduit en dehors de toute contrainte étatique en la matière, il ouvrirait des horizons aux assureurs-maladie pour procéder à une sélection des risques sur le marché de l'assurance dans la mesure où la liberté contractuelle pleine et entière dont il jouirait leur permettrait de sélectionner les patients en choisissant les fournisseurs de prestations en fonction du degré de risque de leur clientèle. Les assureurs pourraient ainsi être tentés, notamment pour faire baisser leurs primes, de ne pas conclure de contrat avec des fournisseurs de prestations dont la clientèle se compose pour l'essentiel de maladies chroniques ou de personnes âgées, le but final étant de pousser ces catégorie d'assurés à changer d'assureur pour pouvoir poursuivre la relation thérapeutique auprès leur fournisseur de prestations actuel. Le risque existe ensuite que par crainte de se voir refuser l'accès au marché de l'assurance-maladie, les fournisseurs de prestations soient eux-même incités à sélectionner leur clientèle en fonction des risques qu'elles présentent et à se débarrasser des patients qui génèrent des coûts particulièrement élevés.

Le modèle de suppression de l'obligation de contracter préconisé par le Conseil fédéral devrait conduire à une limitation, voire à une réduction du nombre global de fournisseurs de prestations dispensant des prestations sous forme ambulatoire en Suisse. A moyen terme, cette mesure devrait constituer un frein à l'augmentation constante des coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins et à l'augmentation des primes qui en résulte. Les avantages financiers liés en Suisse à l'ouverture d'un cabinet de praticien privé s'en trouveraient diminués. Considérant le risque économique entraîné par l'ouverture d'un tel cabinet si l'obligation de contracter devait être supprimée, il y a lieu de penser que de nombreux fournisseurs de prestations, notamment les médecins, renonceraient aux termes de leurs études, à s'installer à leur compte et préféreraient rester dans le secteur hospitalier, où il sévit par ailleurs une pénurie de médecins nécessitant aujourd'hui de faire appel à des médecins étrangers.

Le modèle préconisé par le Conseil fédéral devrait dans le même temps favoriser une meilleure répartition de la couverture en soins sur le territoire suisse, notamment dans le domaine médical. Il devrait en effet inciter les fournisseurs de prestations, notamment les médecins, qui avaient pris l'habitude, aux termes de leur formation, d'ouvrir leurs cabinets dans les zones urbaines ou péri-urbaines, zones dans lesquelles ils existent déjà souvent une offre excédentaire en soins, à s'établir plutôt dans les zones périphériques, zones qui connaissent souvent une lacune dans la couverture médicale, pour bénéficier d'un contrat d'admission avec les assureurs-maladie. Cette mesure devrait en outre contribuer à terme à un certain nivellement des coûts et partant des primes entre les cantons.

Avec l'introduction de la liberté contractuelle, les assurés seront cependant quelque peu limités dans leur possibilité de choix de leur assureur; en effet, ils ne pourront plus choisir leur assureur seulement sur la base du montant des primes qu'il pratique et éventuellement des prestations de services offertes. Le fait de savoir quels sont les fournisseurs de prestations avec qui leur assureur est lié contractuellement constituera également un facteur décisif dans la mesure où elle influera sur la prise en charge ou non des prestations fournies par ces derniers. Partant, chaque assuré pourra choisir son assureur sur la base d'une combinaison optimale à ses yeux entre la prime à payer et l'offre offerte et souhaitée. On peut certes voir dans cette mesure un désavantage pour les assurés qui pourraient être contraints de changer d'assureur pour continuer d'être suivi par leur médecin de famille par exemple si celui-ci n'est pas ou plus lié par un contrat d'admission à leur assureur actuel et que donc ses prestations ne sont plus prises en charge par ce dernier. Mais en même temps, les assurés seront tenus de comparer la qualité et les coûts des diverses offres, ce qui ne peut que les responsabiliser quant à leur consommation en soins. Il devrait en résulter d'autre part un renforcement de la concurrence entre assureurs notamment quant à l'étendue de leur offre, mais aussi et surtout entre fournisseurs de prestations sur le plan de la qualité et de l'économicité des prestations fournies. En effet, si les fournisseurs de prestations du secteur ambulatoire, mais aussi les assureurs-maladie désirent être concurrentiels et surtout attractifs sur le marché de l'assurance obligatoire des soins, il est dans leur intérêt de veiller à ce que les soins fournis aux patients-assurés soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible.

2

Principes de bases du projet

Le projet de suppression de l'obligation de contracter du Conseil fédéral tend à substituer, comme modèle de base, une assurance avec choix limité du fournisseur de prestations dispensant des prestations sous forme ambulatoire à l'actuelle assurance de base ordinaire. Le Conseil fédéral entend par cette mesure freiner l'évolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins par le biais d'une maîtrise du volume des prestations. Pour atteindre cet objectif, il entend d'une part renforcer la concurrence entre les fournisseurs de prestations d'une même profession dans le secteur ambulatoire en conférant aux assureurs-maladie la liberté de les choisir et d'autre part, limiter la couverture excédentaire en soins dans le domaine ambulatoire là où cela s'avère nécessaire, en responsabilisant les cantons à cet égard. Avec son projet, le Conseil fédéral souhaite offrir une plus grande marge de manoeuvre aux assureurs-maladie et aux fournisseurs de prestations quant au choix de leurs partenaires contractuels. Il souhaite toutefois l'assortir de quelque garde-fous qui constituent autant de conditions-cadre nécessaires à la réalisation de son modèle :

- *Garantie de la couverture des besoins en soins* : Tout comme les deux chambres lors des délibérations sur la 2^{ème} révision de la LAMal, le Conseil fédéral souhaite que les cantons définissent et garantissent la couverture des besoins en soins de leur population, mais à l'intérieur d'un cadre préalablement établi par lui. Il entend ensuite que les assureurs respectent les nombres minimaux de fournisseurs de prestations fixés par les cantons pour garantir la couverture en soins des assurés, sans pour autant les empêcher d'aller au-delà en fonction de leur politique d'entreprise. Lorsque la sécurité de l'approvisionnement en soins est garantie, les assureurs doivent pouvoir refuser de conclure un contrat d'admission avec un autre fournisseur de prestations.
- *Respect des exigences du caractère économique et de la garantie de la qualité des prestations* : Ce n'est pas parce qu'un fournisseur de prestations remplit les conditions légales en matière de formation et qu'il répond aux exigences d'économicité et de qualité des prestations fixées par la loi qu'il a droit à un contrat d'admission. Par contre, les fournisseurs de prestations qui sont au bénéfice d'un contrat d'admission doivent respecter les exigences du caractère économique et de la qualité des prestations figurant aussi bien dans la loi que dans le contrat. Pour ceux qui ne s'y soumettraient pas en cours de contrat (« moutons noirs »), le Conseil fédéral entend élargir le catalogue des sanctions pouvant être prononcées par un tribunal arbitral cantonal ou l'instance de recours, sur proposition d'un assureur ou d'une fédération d'assureurs.

3

Partie spéciale: commentaires des différentes propositions

Art. 35, al. 1, let. a et b (nouveau)

Le principe du droit actuel selon lequel les fournisseurs de prestations doivent remplir les exigences énoncées aux art. 36 à 40 demeure inchangé ; il ne constituera toutefois plus à lui seul une condition suffisante pour les fournisseurs de prestations qui dispensent des prestations sous forme ambulatoire pour accéder au marché de l'assurance obligatoire des soins. De manière à renforcer l'autonomie contractuelle dans la relation fournisseurs de prestations-assureurs, ces derniers devront en effet

en plus être lié par un contrat d'admission à un ou plusieurs assureurs-maladie reconnus. L'un des objectifs principaux de l'introduction de la liberté contractuelle est précisément que les assureurs, sous réserve des traitements intervenant dans des cas d'urgence, ne prennent plus en charge que les prestations des fournisseurs de prestations avec lesquels ils ont conclu un contrat d'admission. Par souci de cohérence, cette mesure doit s'appliquer à tous les fournisseurs de prestations de soins qui dispensent des prestations sous forme ambulatoire et à eux seuls. Seront donc concernés non seulement les médecins, les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins, les pharmaciens, les dentistes, les chiropraticiens et les sages-femmes, mais aussi toutes les personnes prodiguant des soins sur prescription médicale et les organisations qui les emploient, à savoir les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les infirmières et infirmiers, les logopédistes/orthophonistes, les diététiciens ainsi que les organisations de soins et d'aide à domicile et les organisations d'ergothérapie. Il en va de même des établissements de cure balnéaire et des laboratoires. Le Conseil fédéral considère que le domaine ambulatoire des hôpitaux doit également être soumis à la réglementation concernant la suppression de l'obligation de contracter. Il s'agit dans ce cas d'éviter de fausser la concurrence entre les prestations ambulatoires fournies en milieu hospitalier et celles dispensées ambulatoirement en cabinet privé voire à domicile. Par contre, pour le domaine hospitalier des hôpitaux et les établissements médico-sociaux, l'obligation de contracter des assureurs doit être maintenue. En effet, dans ces deux domaines, la loi prévoit déjà divers instruments de régulation du nombre de fournisseurs de prestations et de maîtrise des coûts.

Art. 35a, al. 1 (nouveau)

Dans un système fondé sur un modèle de contrat ouvert à la concurrence qui tend à renforcer l'autonomie contractuelle des parties, fournisseurs de prestations et assureurs doivent en principe pouvoir choisir librement leurs partenaires contractuels. Pour les uns comme pour les autres, la seule véritable restriction au libre choix de leurs partenaires contractuels doit résider dans la garantie pour les assurés de pouvoir disposer des soins nécessaires à leur état de santé, autrement dit d'une couverture en soins suffisante. Il y a toutefois lieu de formuler une réserve générale de portée déclaratoire dont l'objectif est de rappeler aux fournisseurs de prestations et aux assureurs qu'ils sont liés par les dispositions pertinentes de la loi fédérale sur les cartels (RS 251) et qu'ils ne peuvent exercer leur activité que dans le cadre et les limites de cette loi.

Art. 35a, al. 2 (nouveau)

Comme déjà relevé, le Conseil fédéral est d'avis que le marché de l'assurance à lui seul ne saurait garantir la sécurité de l'approvisionnement en soins et qu'il faut donc que les cantons, du fait de leur compétence en matière d'approvisionnement en soins, exercent une fonction régulatrice pour garantir à la population un accès égal aux soins à des conditions financièrement supportables. Se basant sur le constat selon lequel les différentes densités médicales constatées en Suisse dans les cantons ne paraissent pas avoir d'influence sur la qualité et la sécurité de l'approvisionnement en soins, et pour éviter qu'à l'avenir se perpétuent des disparités par trop importantes qu'aucun motif de santé publique ne justifierait, le Conseil fédéral estime néces-

saire de s'attribuer la compétence de fixer des fourchettes, soit des limites minimales et des limites maximales au nombre de fournisseurs de prestations nécessaire pour garantir, dans les cantons, pour chaque catégorie de fournisseurs de prestations, la couverture des besoins en soins ambulatoires. Une telle fixation ne pourra manifestement pas s'appuyer sur des bases strictement scientifiques. Elle sera avant tout le résultat d'une approche pragmatique fondée sur une analyse comparative de la densité médicale dans les différents cantons suivie d'un processus de rapprochement pour arriver un paramètre national de densité pour les différentes catégories de fournisseurs de prestations, avec une certaine marge de manœuvre vers le bas et vers le haut pour tenir compte dans une certaine mesure des particularités cantonales. Il appartiendra ensuite aux cantons de déterminer, à l'intérieur des fourchettes fixées par le Conseil fédéral, en fonction de conditions locales objectives (p.ex. immigration-émigration de patients, degré d'urbanisation, composition de la population selon l'âge), le nombre de fournisseurs de prestations nécessaire pour garantir la couverture en soins de leurs résidents. Ce nombre comme les fourchettes qui l'encadrent devront être fixés sur la base d'une activité à cent-pour-cent. Dans le cadre de son travail d'évaluation et de détermination de l'approvisionnement sanitaire, le gouvernement cantonal devra veiller à une répartition territoriale équitable des fournisseurs de prestations mais aussi tenir compte de l'offre en soins dans les cantons limitrophes. Il prendra également en considération l'ensemble de l'offre en soins ambulatoires dispensés par des médecins ayant le statut d'employés dans le cadre d'institutions au sens de l'art. 36a LAMal. Il y aura pour le surplus lieu de régler la question de la prise en compte de l'offre en soins ambulatoires dispensés dans le secteur ambulatoire de l'hôpital.

Art. 35a, al. 3 (nouveau)

Pour renforcer la concurrence entre les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 1, let. b du projet mais aussi entre les assureurs-maladie, le Conseil fédéral entend laisser à ces derniers la liberté de choisir avec quels fournisseurs de prestations ils entendent collaborer, la seule restriction étant qu'ils devront conclure un contrat d'admission avec un nombre de fournisseurs de prestations au moins équivalent au nombre fixé par le canton. Dans le cadre de leur politique d'entreprise, les assureurs pourront toutefois très bien décider de contracter avec un nombre de fournisseurs de prestations supérieur à celui fixé par le canton, de manière à offrir un choix plus large pour s'attirer de nouveaux assurés qui tiennent à cet aspect et qui sont prêts à payer des primes plus importantes pour en bénéficier. Il n'en demeure pas moins qu'une fois le nombre fixé par le canton atteint, les assureurs peuvent refuser de conclure un contrat d'admission avec un fournisseur de prestations qui le leur demanderait en invoquant le fait que la couverture des besoins en soins est déjà garantie. Il n'y a donc pas de droit au contrat d'admission, même si le fournisseur de prestations en question respecte les exigences légales du caractère économique et de la garantie de la qualité (art. 56 et 58 LAMal). Dans le cadre de ce projet, le Conseil fédéral n'entend pas reprendre la procédure retenue par la conférence de conciliation dans le cadre de la 2^{ème} révision de la LAMal qui permettait aux fournisseurs de prestations et aux assureurs de porter le refus de conclure un contrat d'admission devant une commission arbitrale cantonale (cf. ch. 1.2). Le Conseil fédéral considère que si on entend donner aux fournisseurs de prestations et aux assureurs véritablement la liberté de choisir leurs partenaires contractuels, il n'y a pas lieu d'instituer

une telle instance qui interviendrait ultérieurement dans ce choix, sous peine de remettre en cause le principe même de la liberté contractuelle.

Art. 35a, al. 4 (nouveau)

Pour s'assurer de la bonne exécution par les assureurs de la tâche qui leur est imposée à l'art. 35a, al. 2 du projet, il y a lieu pour le surplus d'obliger chaque assureur à communiquer à l'organisme désignée par le gouvernement cantonal du canton où il exerce son activité la liste des fournisseurs de prestations avec lesquels il a conclu un contrat d'admission au sens de l'art. 35a. Si cet organisme constate qu'un assureur n'a pas respecté l'obligation qui lui incombait, il doit en aviser l'autorité de surveillance, à savoir l'office fédéral de la santé publique (OFSP).

Art. 35a, al. 5 (nouveau)

Enfin, toujours dans le cadre de l'art. 35a du projet, et pour garantir aux assurés une certaine stabilité dans la relation thérapeutique qu'ils ont avec leur fournisseur de prestations, il y a lieu d'interdire aux assureurs-maladie d'exclure de leur liste, en cours d'année, des fournisseurs de prestations avec lesquels ils ont conclu un contrat d'admission. Est réservé le cas où, en cours d'année, un fournisseur est exclu temporairement ou définitivement de toute activité à la charge de l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'art. 59 LAMal.

Art. 35b (nouveau)

Les propositions formulées dans le cadre de la 2ème révision de la LAMal en relation avec l'information des assurés par les assureurs d'une part (art. 7a), et par les fournisseurs de prestations d'autre part (art. 41a), doivent être reprises. Pour des raisons de cohérence, il y a toutefois lieu de les regrouper dans un seul article de loi intitulé « information des assurés », article qui doit suivre directement la proposition légale qui consacre l'ancrage du principe contractuel dans la loi pour les fournisseurs de prestations qui dispensent des prestations sous forme ambulatoire. En effet, comme nous le verrons ci-dessous, ces deux aspects sont en lien direct.

Information par les assureurs (al. 1) : Pour les assurés, la suppression de l'obligation de contracter aura pour effet que l'assurance obligatoire des soins perdra quelque peu de sa transparence. Avec l'introduction de la liberté contractuelle dans la relation fournisseur de prestations-assureurs, ces derniers ne seront en effet plus tenus de prendre en charge les traitements effectués par tous les fournisseurs de prestations comme c'est le cas actuellement. Pour que, dans le modèle contractuel, les assurés puissent continuer de choisir en toute connaissance de cause un fournisseur de prestations qui peut pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, les assureurs seront tenus d'annoncer à leurs assurés respectifs suffisamment tôt et de manière complète la liste des fournisseurs de prestations avec lesquels ils sont liés par un contrat d'admission.

Information par les fournisseurs de prestations (al. 2) : La liberté de choix de l'assuré qui veut ou qui doit consulter un fournisseur de prestations dépend en l'état actuel du droit avant tout de la question de savoir dans quelle mesure l'assureur, selon le choix du lieu où le fournisseur de prestations exerce son activité, est tenu de

prendre les coûts en charge. En effet, l'art. 41 LAMal prescrit que, en cas de traitement ambulatoire, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs. Si le principe contractuel est introduit dans la LAMal, la liberté de choix des assurés dépendra de la question de savoir si son assureur est lié au fournisseur de prestations par un contrat d'admission. Actuellement, les assurés peuvent normalement en tout temps partir du principe que leur assureur remboursera effectivement les prestations ambulatoires qui leur sont dispensées par un fournisseur de prestations. Il incombe seulement à ce dernier d'attirer l'attention de son patient lorsqu'il sait qu'un traitement, une intervention ou ses honoraires ne sont pas couverts par l'assurance obligatoire des soins ou lorsqu'il éprouve ou doit éprouver des doutes à ce sujet (ATF 119 II 456). Si demain la liberté contractuelle est introduite dans la relation assureurs-fournisseurs de prestations, les assurés n'auront plus la garantie, en cas de traitement ambulatoire, que leur assureur prendra en charge les prestations effectuées par tous les fournisseurs. C'est pour éviter cela qu'il faut contraindre les fournisseurs de prestations à attirer l'attention de leurs patients, avant le traitement, s'ils ne peuvent pas fournir des prestations pour son assureur à la charge de l'assurance obligatoire des soins faute de contrat d'admission les liant. Le fournisseur de prestation qui omet d'informer n'a droit ni à une rémunération selon la LAMal, ni de réclamer des honoraires dans une procédure de droit civil.

Art. 41, al.1 et 2, let. a

Le principe selon lequel l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie n'est pas remis en cause, même si, dans les faits, avec l'introduction de la liberté contractuelle dans le secteur ambulatoire, sa portée devrait être quelque peu réduite. L'art. 41, al. 1, 1^{ère} phrase LAMal peut être maintenu tel quel.

Cela étant, comme déjà relevé en relation avec la proposition d'art. 35b, l'introduction de la liberté contractuelle aura des répercussions sur la prise en charge des coûts en cas de traitement ambulatoire qui nécessitent de modifier la disposition topique. Par contre, la réglementation de la prise en charge des coûts en cas de traitement hospitalier n'est pas touchée par cette mesure.

Actuellement, la liberté de choix du fournisseurs de prestations par les assurés est quasi totale dans le secteur ambulatoire, la seule restriction étant que l'assureur ne prend en charge les coûts que jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs, le reste étant à la charge de l'assuré ou d'une éventuelle assurance complémentaire si l'assuré ne tient pas compte de ces conditions de lieu. Avec la suppression de l'obligation de contracter par contre, la liberté de choix du fournisseur de prestations par les assurés dépendra uniquement de la question de savoir si l'assureur, selon le choix du fournisseur de prestations qui a été fait par son assuré, est tenu ou non de prendre en charge les coûts des prestations dispensées à ce dernier. Dans l'affirmative, l'assureur devra seulement prendre en charge les coûts correspondant au tarif convenu avec le fournisseur de prestations.

La réglementation de la prise en charge des coûts dans les cas d'urgence demeure par contre inchangée. Ainsi les assurés auront la garantie que leur assureur leur remboursera les coûts liés à un traitement ambulatoire d'urgence, même si le fournisseur

de prestations concerné n'a pas conclu de contrat d'admission avec ce dernier. Dans ce cas, seul un fournisseur de prestations remplissant les conditions d'admission de l'art. 35, al. 1, let a LAMal et lié par un contrat à un ou plusieurs autres assureurs-maladie reconnus peut entrer en considération. Le tarif applicable en l'occurrence sera également le tarif conclu entre les partenaires tarifaires ou le tarif fixé par le gouvernement cantonal en application de l'art. 47 LAMal. Si ce fournisseur de prestations peut appliquer plusieurs tarifs, il établit sa facture selon le tarif de son choix puisqu'il s'agit dans tous les cas de tarifs approuvés. Les assureurs peuvent éviter ces tarifs différenciés en concluant des conventions tarifaires autant que possible sur une grande échelle.

Art. 45, al. 2 (nouveau)

On peut partir du principe que les fournisseurs de prestations ont intérêt à pratiquer dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, tant il est vrai que l'expérience montre qu'elle constitue pour eux un large réservoir de patients et, pour une majorité d'entre eux, l'essentiel de leur gagne-pain. Avec le modèle contractuel proposé par le Conseil fédéral, les assureurs seront tous tenus, dans les cantons où ils exercent leur activité, de conclure des contrats d'admission avec un nombre de fournisseurs de prestations équivalent au nombre fixé par le canton. La ratio legis de cette proposition, c'est non seulement d'éviter que la couverture des besoins en soins ambulatoires de la population en général soit mise en danger; c'est aussi et surtout de faire en sorte que les assurés d'un assureur, qui sans cette disposition ne conclurait certainement pas des contrats d'admission avec un nombre de fournisseurs de prestations équivalent au nombre minimal fixé par le canton, ne soient pas défavorisés par rapport aux assurés d'un autre assureur qui lui conclut des contrats d'admission avec un nombre de fournisseurs de prestations au moins équivalent au nombre fixé par le canton afin de garantir à ses assurés la palette des soins nécessaire à son état de santé. Dès lors, si, du fait de circonstances extraordinaires, aucun contrat d'admission ne devait être conclu ou en tous les cas pas avec un nombre de fournisseurs de prestations équivalent au nombre minimum fixé par le canton où l'assureur exerce son activité, et qu'ainsi le traitement des assurés de ce dernier ne pourrait plus être assuré dans un ou plusieurs secteurs de prestations ou dans certaines spécialités, le gouvernement cantonal devrait être appelé à prendre des mesures temporaires pour garantir malgré tout la conformité du traitement des assurés avec les dispositions de la loi et le respect de la protection tarifaire. C'est là une sorte de clause de dernier recours, dans le but de rétablir une situation normale le plus rapidement possible. Cette mission de maîtrise des situations de crise entre dans la sphère de compétence traditionnelle des cantons en matière de santé publique.

Cette possibilité pour les cantons de garantir la fourniture des soins médicaux est déjà prévue dans la LAMal pour faire face à une éventuelle récusation massive des fournisseurs de prestations (cf. à ce propos Message du Conseil fédéral sur la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 159). Vu que l'absence de contrat d'admission ou la conclusion de contrat d'admission en nombre insuffisant risque d'entraîner les mêmes problèmes pour les assurés, il faut donner aux gouvernements cantonaux la même possibilité de garantir l'accès aux soins médicaux pour la population dans des cas extrêmes et donc prévoir que la réglementation relative à la récusation de fournisseurs de prestations (al. 1) s'applique par analogie.

Art. 46, al. 5

Dans le système actuel, le délai de dénonciation ou de retrait d'une convention tarifaire est d'au moins six mois pour les assureurs et les fournisseurs de prestations. Ce délai restera inchangé pour autant que les partenaires tarifaires soient liés par un contrat d'admission. Par contre, dès l'instant où un fournisseur de prestations n'est plus lié par un contrat d'admission à un assureur, il y a lieu de considérer qu'il n'est plus partie à la convention tarifaire qui les liait. En effet, l'existence d'un contrat d'admission constitue un préalable indispensable à l'existence d'une convention tarifaire dans le système prévu dans la présente révision.

Art. 47, al. 2

En cas de suppression de l'obligation de contracter, les prescriptions actuelles de la LAMal relatives à l'absence de convention tarifaire resteront pleinement applicables au domaine hospitalier et semi-hospitalier et pour partie au domaine ambulatoire. Ainsi la compétence de fixer un tarif en situation de régime sans convention, actuellement impartie au gouvernement cantonal, doit être maintenue. Par contre, avec l'introduction de la liberté contractuelle, il y a lieu de modifier l'art. 47, al. 2 LAMal qui régit le cas où il n'existe aucune convention tarifaire pour le traitement ambulatoire d'un assuré qui recourt à un fournisseur de prestations extérieur à son lieu de résidence ou de travail ou dans les environs (cf. le commentaire sur l'art. 41 du projet). Il y a à cet égard lieu de prévoir l'obligation pour le gouvernement du canton où le fournisseur de prestations est installé à titre permanent de fixer un tarif lorsque celui-ci fait défaut et que le traitement ambulatoire a été dispensé en dehors d'un contrat d'admission s'il y a des raisons médicales. Comme déjà relevé, avec le système contractuel, l'existence d'un contrat d'admission constitue un préalable indispensable à la conclusion et à l'existence d'une convention tarifaire.

Art. 59, al. 1 et 2 (nouveau)

Selon l'art. 59 LAMal, un fournisseur de prestations peut, pour des motifs graves, être exclu par un assureur du droit de fournir des prestations pour l'assurance-maladie, en particulier lors de manquement aux exigences formulées dans les articles 56 et 58 LAMal. L'exclusion est applicable si, pour des motifs graves tirés soit de sa personne, soit de son activité professionnelle, un fournisseur de prestations, notamment un médecin, provoque une telle atteinte au rapport de confiance devant exister entre partenaires, qu'une collaboration n'est plus jugée possible de la part de l'assureur-maladie qui en demande le prononcé. L'exclusion vaut actuellement pour l'assureur qui la sollicite, mais plusieurs assureurs peuvent aussi la demander pour le même médecin. L'exclusion vaut pour l'ensemble du territoire suisse. Il va sans dire que cette mesure, dans une situation où l'on connaît une densité d'assurés proches de cent pour-cent signifie pratiquement la fin de l'exercice de la profession pour le médecin qui en serait frappé, en tous les cas à titre indépendant. C'est dire si cette sanction est une arme de dernier recours. Bien qu'envisageable pour un comportement contraire au précepte de l'économie, elle trouve généralement à s'appliquer que lorsque le fournisseur de prestations a fait preuve, objectivement et subjectivement, d'un tel mépris de ses obligations légales et contractuelles, que

l'exclusion du droit d'exercer à la charge de l'assurance-maladie ne puisse apparaître comme contraire au principe de proportionnalité.

Jusqu'à ce jour, les procédures devant les tribunaux se terminent le plus souvent par le remboursement du montant perçu en trop en vertu de l'art. 56 LAMal. Les tribunaux arbitraux cantonaux, qui connaissent une composition paritaire (un juge professionnel, avec deux représentants des assureurs-maladie et deux représentants des fournisseurs de prestations), renoncent le plus souvent à prononcer une mesure aussi radicale que l'exclusion temporaire ou définitive de toute activité à la charge de l'assurance-maladie. Pour remédier à cette relative impunité dont jouissent les « moutons noirs », il y a lieu de prévoir les mesures suivantes :

- Extension dans un nouvel al. 1 du catalogue des sanctions qui peuvent être prononcées contre les fournisseurs de prestations qui ne se conforment pas aux exigences légales ou contractuelles relatives au caractère économique et à la garantie de la qualité des prestations. Cette proposition a été retenue par les deux Chambres du Parlement lors des délibérations sur la 2^{ème} révision de la LAMal. Ce catalogue ne doit plus se limiter à la seule exclusion temporaire ou définitive de toute activité à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de récidive, mais comprendre également d'autres sanctions comme l'avertissement, la restitution de tout ou partie des honoraires touchés pour des prestations fournies de manière inappropriée et l'amende. Les tribunaux compétents auront ainsi une plus grande marge de manœuvre.
- Extension aux fédérations d'assureurs de la possibilité de saisir les tribunaux arbitraux cantonaux pour demander qu'ils prononcent une des sanctions évoquées ci-avant. Cette proposition qu'avait déjà faite le Conseil fédéral dans le cadre de son projet de 2^{ème} révision de la LAMal (FF 2001 775), augmenterait l'impact d'une sanction telle que l'exclusion temporaire ou définitive de toute activité à la charge de l'assurance obligatoire, dans la mesure où le nombre d'assurés que le fournisseur de prestations concerné ne pourrait plus traiter à la charge de cette assurance serait nettement plus important.
- Concrétisation dans la loi, plus précisément dans un nouvel art. 59, al. 2 d'une liste non exhaustive des principaux manquements aux exigences du caractère économique et de la garantie de la qualité qui justifient selon le Conseil fédéral le prononcé de sanctions au sens de l'art. 59, al. 1 de son projet. Le Conseil fédéral entend à cet égard reprendre la liste des manquements qui figuraient dans son projet de 2^{ème} révision de la LAMal (FF 2001 775). Ces manquements sont la polypragmasie ou surconsommation médicale, l'inexécution ou la mauvaise exécution du devoir d'information selon l'art. 57, al. 6, LAMal, l'obstruction aux mesures de contrôle de qualité prévues à l'art. 58 LAMal, le non-respect de la protection tarifaire au sens de l'art. 44 LAMal, la non-répercussion sur le débiteur de la rémunération des avantages directs ou indirects perçus par le fournisseur de prestations en violation de ce que prévoit l'art. 56, al. 3, LAMal ainsi que la manipulation frauduleuse de décompte ou l'attestation contraire à la vérité (cf. pour un commentaire, FF 2001 693, 746-749). Il s'agit de comportements contraires au principe d'économicité et de qualité des prestations qui ne lèsent pas seulement les assurés en tant que consommateurs individuels de soins par le biais de la participation aux coûts, mais également en tant que membres d'une mutuelle de risques, et partant qui portent atteinte au système d'assurance-maladie dans son ensemble.

Dispositions transitoires al. 1

Lors des débats sur la 2^{ème} révision de la LAMal, les deux Chambres ont souhaité contraindre les assureurs, pendant une période transitoire de 4 ans, à être lié contractuellement et donc à prendre en charge les prestations dispensées par tous les fournisseurs de prestations actifs dans le secteur ambulatoire qui, en date du 1^{er} janvier 2003, étaient autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. L'objectif de cette proposition était d'amoindrir les conséquences que pourrait avoir pour les fournisseurs de prestations en exercice une introduction immédiate de la liberté contractuelle. Si le Conseil fédéral partage cet objectif, il considère toutefois que la proposition va trop loin en termes de durée. Pour le Conseil fédéral, il y a lieu de maintenir seulement pour une durée de deux ans l'obligation pour les assureurs-maladie de contracter avec les fournisseurs de prestations dispensant des prestations sous forme ambulatoire qui, au moment de l'entrée en vigueur du présent projet de modification de loi, seront autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Une durée plus longue empêcherait le modèle contractuel préconisé dans le cadre du présent projet de déployer ses effets à court et moyen terme; elle protégerait en effet pendant encore de longues années les fournisseurs de prestations en place qui ne seraient pas incités à modifier leurs comportements, ce au détriment de nouveaux fournisseurs de prestations désireux d'accéder au marché de l'assurance-maladie et susceptibles de fournir un travail économique et de qualité.

Dispositions transitoires al. 2

Selon le projet (art. 35a, al. 2), les cantons doivent déterminer, sur la base de fourchettes préalablement fixées par le Conseil fédéral, le nombre minimal de fournisseurs de prestations nécessaire pour garantir la couverture des besoins en soins ambulatoires pour chaque catégorie de fournisseurs de prestations et pour chaque spécialité. Cette obligation imposée aux cantons nécessite de leur part un certain temps de préparation car une telle planification du secteur ambulatoire n'a encore été fait par aucun canton à ce jour. Une période transitoire est donc nécessaire pour permettre aux cantons de consulter les milieux intéressés et de se déterminer sur ce nombre minimal, en fonction des conditions locales. Les deux chambres avaient proposé un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la révision lors des délibérations sur la 2^{ème} révision de la LAMal paraît raisonnable. Un délai de deux ans paraît a priori toutefois plus approprié, notamment au regard de la proposition d'al. 1 des dispositions transitoires qui oblige les assureurs-maladie à conclure un contrat d'admission pour une durée de deux ans avec les fournisseurs de prestations qui, au moment de l'entrée en vigueur du présent projet de modification de loi, seront autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Pour le surplus, le Conseil fédéral fixera suffisamment tôt les fourchettes à l'intérieur desquelles les cantons devront déterminer le nombre minimal de fournisseurs de prestations nécessaire pour garantir la couverture en soins de leur population

Jusqu'à la date fixée par le Conseil fédéral et tant que les cantons n'ont pas apporté la preuve d'un besoin, il y a lieu de prévoir que le nombre de fournisseurs de prestations qui, au moment de l'entrée en vigueur de la présente proposition de modification de loi, sera admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins vaut comme limite maximale. Il y a en effet lieu d'éviter que, dans l'intervalle, le nombre de fournisseurs de prestations actifs dans le secteur ambulatoire n'aug-

mente du fait notamment de l'échéance de l'Ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations.

Entrée en vigueur

Il y a lieu de prévoir que la présente loi entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2005 en l'absence de référendum. En effet, l'ordonnance du Conseil fédéral sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations arrivera à échéance le 3 juillet 2005.

4 Conséquences

4.1 Conséquences financières

4.1.1 Conséquences financières pour la Confédération

La Confédération se voyant confier la tâche de définir des limites minimales et des limites maximales au nombre de fournisseurs de prestations nécessaire pour garantir, dans les cantons, la couverture des besoins en soins au sens de l'art. 35a, al. 2 du projet (fourchettes). Il devrait en résulter temporairement un surcroît de travail pour l'administration fédérale qui devrait toutefois pouvoir être maîtrisé avec les ressources en personnel existantes.

4.1.2 Conséquences financières pour les cantons

L'obligation faite aux cantons de déterminer le nombre minimum de fournisseurs de prestations nécessaire pour garantir la couverture des besoins en soins ambulatoires de leur population implique qu'ils devront procéder à une évaluation de ces besoins. La mise en œuvre de cette dernière donnera certainement lieu à un surcroît de travail administratif pour les cantons, en tous les cas pendant une certaine période. L'importance de ce surcroît dépendra en premier lieu du sérieux avec lequel les cantons procéderont à cette évaluation et de son ampleur.

4.1.3 Conséquences financières pour l'assurance-maladie

L'instauration d'une véritable concurrence entre fournisseurs de prestations nécessitera de la part des assureurs, mais aussi des fournisseurs de prestations, de nouvelles compétences en matière de gestion d'entreprise, en économie de la santé et en épidémiologie. Elle impliquera d'autre part que les assureurs-maladie pourront être amenés à conclure des contrats d'admission séparés avec chacun des fournisseurs de prestations qu'ils entendent admettre et dès lors qu'ils devront gérer cette diversité. Dans une première phase, il devrait en résulter un surcroît de travail administratif pour les assureurs-maladie et partant une augmentation de leurs frais administratifs qu'il est toutefois difficile d'évaluer en l'état. La position des assureurs-maladie sera cependant renforcée par le présent projet de révision. La suppression de l'obligation de contracter et le renforcement de la concurrence qui en résultera devraient en effet engendrer à moyen et long terme des répercussions positives sur l'évolution des coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

4.2

Conséquences économiques

Les statistiques démontrent qu'il existe une relation directe entre la densité médicale et les coûts. La comparaison intercantonale des coûts par habitant pour les traitements ambulatoires montre que plus la densité médicale est importante, plus les coûts par assuré à la charge de l'assurance obligatoire des soins sont élevés. Un accroissement de la densité médicale de 30 pourcent s'accompagne ainsi d'une augmentation des coûts par habitant du canton de 20 pourcent. Les données disponibles ne permettent toutefois ni de conclure que cette relation se poursuivra de manière linéaire en cas d'augmentation de la densité médicale ni de démontrer que les chiffres relatifs aux deux cantons ayant les coûts les plus élevés par habitant laissent augurer une certaine saturation du marché.

Si l'obligation de contracter est supprimée, il y a lieu de partir du point de vue qu'une pression sur les coûts s'exercera sur les médecins actifs dans des régions ayant une densité médicale élevée, en particulier dans les centres urbains, et qu'elle ne sera pas sans effet sur leur revenu. Partant, l'exercice de profession de médecin libre praticien en cabinet médical dans ces régions notamment deviendra moins attractive contrairement à sa pratique avec un statut d'employé ou dans une organisation Managed Care. En contrepartie, il y a lieu de considérer que des cantons qui connaissent aujourd'hui des difficultés pour garantir la sécurité de la couverture en soins de leur population dans des régions plutôt périphériques, pourront garantir à l'avenir à celle-ci un meilleur approvisionnement en soins ambulatoires. En ce sens, le marché du travail est influencé. Il paraît toutefois peu vraisemblable que la suppression de l'obligation de contracter aura des répercussions importantes sur l'économie dans son ensemble. Il faut plutôt partir du point de vue qu'il en résultera dans une première phase des changements dans la répartition de l'offre en soins que ce soit à l'intérieur du corps médical ou entre les régions ou plutôt entre les cantons. Il est pratiquement impossible d'estimer dans quelle mesure la pression sur les coûts occasionnée par la suppression de l'obligation de contracter pourra déployer des effets à long terme sur la productivité et la qualité des prestations.

5

Lien avec le programme de la législature

Le projet figure dans le rapport sur le programme de la législature 2003-2007 du 25 février 2004 en tant qu'objet des Grandes lignes (FF 2004....).

6

Bases juridiques

6.1

Constitutionnalité

Le projet se fonde sur l'art. 117 de la Constitution fédérale.

6.2

Délégation des compétences législatives

L'art. 96 prévoit la délégation au Conseil fédéral de la compétence d'édicter les dispositions d'exécution dans le domaine de l'assurance-maladie sociale. Le présent projet l'habilite nouvellement à légiférer dans les domaines suivants: fixation des

limites minimales et des limites maximales au nombre de fournisseurs de prestations nécessaire (art. 35a, al. 2).

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Liberté de contracter)

Modification du ...

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,
vu le message du Conseil fédéral du ...¹,
arrête:

I

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie² est modifiée comme suit :

Art. 35, al. 1, let. a et b (nouveau)

¹ Sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins les fournisseurs de prestations :

- a. qui remplissent les conditions des articles 36 à 40, et
- b. qui, s'ils dispensent leurs prestations sous forme ambulatoire, ont conclu un contrat d'admission au sens de l'art. 35a avec un ou plusieurs assureurs-maladie.

Art. 35a (nouveau) Contrat d'admission

¹ Pour autant que la couverture des besoins en soins ambulatoires soit garantie dans les cantons, les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 1, let. b et les assureurs sont libres de choisir leurs partenaires au contrat d'admission. Les dispositions de la loi du 6 octobre 1995 sur les cartels sont réservées³.

² Le Conseil fédéral fixe des limites minimales et des limites maximales au nombre de fournisseurs de prestations nécessaire pour garantir dans les cantons la couverture des besoins au sens de l'al. 1 (fourchettes). Les cantons déterminent à l'intérieur de ces fourchettes, en tenant compte des conditions locales, le nombre de fournisseurs de prestations dont ils doivent disposer. Ils veillent à une répartition équitable des fournisseurs de prestations sur leur territoire. Ils prennent notamment en considération l'offre dans les cantons limitrophes.

³ Dans tous les cantons où ils exercent leur activité, les assureurs doivent conclure un contrat d'admission avec un nombre de fournisseurs de prestations au moins équivalent au nombre fixé par le canton selon l'al. 2.

¹FF 2004 ...

²RS 832.10

³RS 251

⁴ Les assureurs communiquent la liste des fournisseurs de prestations avec lesquels ils ont conclu un contrat d'admission à l'organisme désigné par le gouvernement du canton où ils exercent leur activité. Cet organisme examine si les assureurs ont rempli leurs obligations conformément à l'al. 3. A défaut, il en informe l'office qui prend les mesures prévues à l'art. 21, al. 5.

⁵ Aucun fournisseur de prestations ne peut être radié de la liste des fournisseurs de prestations admis au cours de l'année civile. Est réservé le cas où le fournisseur de prestations est exclu temporairement ou définitivement de toute activité à la charge de l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'art. 59.

Art. 35b (nouveau) Information des assurés

¹ Les assurés peuvent en tout temps consulter auprès de leur assureur la liste des fournisseurs de prestations avec lesquels il a conclu un contrat d'admission au sens de l'art. 35a ou exiger des renseignements à son sujet. L'assureur doit en outre indiquer suffisamment tôt et de manière complète à ses assurés la liste des fournisseurs de prestations qu'il a admis et les informer de toute modification de cette dernière.

² Les fournisseurs de prestations doivent informer les assurés, avant le traitement, s'ils ne peuvent pas fournir des prestations pour leur assureur à la charge de l'assurance obligatoire des soins parce qu'ils ne sont pas liés à ce dernier par un contrat d'admission au sens de l'art. 35a. S'ils ne le font pas, ils n'ont également aucun droit à rémunération au sens du droit civil.

Art. 41, al. 1 et 2, let. a

¹ L'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. En cas de traitement ambulatoire, l'assureur prend en charge les coûts correspondant au tarif convenu avec le fournisseur de prestations avec lequel il a conclu un contrat d'admission en vertu de l'art. 35a. En cas de traitement hospitalier ou semi-hospitalier, l'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton où réside l'assuré.

² Si, pour des raisons médicales, l'assuré recourt à un autre fournisseur de prestations, l'assureur prend en charge les coûts d'après le tarif applicable à cet autre fournisseur de prestations. Sont réputés raisons médicales le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent être fournies :

- a. par un fournisseur de prestations avec lequel l'assureur a conclu un contrat d'admission au sens de l'art. 35a.

Art. 45, al. 2 (nouveau)

² L'al. 1 est applicable par analogie lorsque, en raison de la non admission par un assureur d'un nombre de fournisseurs de prestations au moins équivalent au nombre fixé par le canton selon l'art. 35a, al. 2, la couverture des besoins en soins ambulatoires n'est pas garantie conformément à la présente loi.

Art. 46, al. 5

Le délai de dénonciation ou de retrait d'une convention tarifaire selon l'al. 2 est d'au moins six mois. Dès lors qu'un fournisseur de prestations n'est plus lié à un assureur par un contrat d'admission au sens de l'art. 35a, il n'est plus considéré comme partie à la convention tarifaire.

Art. 47, al. 2

² S'il n'existe aucune convention tarifaire pour le traitement ambulatoire dispensé à un assuré en dehors d'un contrat d'admission au sens de l'art. 35a, ou encore pour le traitement hospitalier ou semi-hospitalier dispensé à un assuré hors de son canton de résidence, le gouvernement du canton où le fournisseur de prestations est installé à titre permanent fixe le tarif.

Art. 59, al. 1 et 2 (nouveau) Manquements aux exigences relatives au caractère économique et à la garantie de la qualité des prestations

¹ Les fournisseurs de prestations qui ne respectent pas les exigences relatives au caractère économique et à la garantie de la qualité des prestations qui sont prévues dans la loi (art. 56 et 58) ou dans un contrat font l'objet de sanctions. Celles-ci sont l'avertissement, la restitution de tout ou partie des honoraires touchés pour des prestations fournies de manière inappropriées, l'amende et, en cas de récidive, l'exclusion temporaire ou définitive de toute activité à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Le Tribunal arbitral au sens de l'art. 89 prononce la sanction appropriée sur proposition d'un assureur ou d'une fédération d'assureurs.

² Constituent notamment des manquements aux exigences légales ou contractuelles visées à l'al. 1 :

- a. la polypragmasie;
- b. l'inexécution ou la mauvaise exécution du devoir d'information selon l'art. 57, al. 6;
- c. l'obstruction aux mesures de contrôle de qualité prévues à l'art. 58 ;
- d. le non-respect de la protection tarifaire visée à l'art. 44;
- e. la non-répercussion d'avantages au sens de l'art. 56, al. 3;
- f. la manipulation frauduleuse de décomptes ou la production d'attestations contraires à la vérité.

II

Dispositions transitoires de la modification du ... (liberté de contracter)

¹ Les assureurs sont tenus de conclure un contrat d'admission de deux ans avec tous les fournisseurs de prestations dispensant des prestations sous forme ambulatoire qui, au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, étaient autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

² Le Conseil fédéral fixe la date à partir de laquelle les cantons doivent avoir satisfait à l'art. 35a, al. 2. Jusqu'à cette date, et tant que les cantons n'ont pas apporté la preuve d'un besoin, le nombre de fournisseurs de prestations qui, au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, était admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins vaut comme limite maximale.

III

¹ La présente loi est sujette au référendum.

² Elle entre en vigueur, en l'absence de référendum, le 1^{er} juillet 2005. Le Conseil fédéral fixe l'entrée en vigueur en cas de référendum et d'échec de ce dernier devant le peuple.

Projets de révisions dans l'assurance-maladie pour la procédure de consultation

Projet 1C Réduction des primes

- Rapport explicatif
- Propositions législatives
- Projet d'arrêté fédéral

**Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie
du 18 mars 1994**

Partie: Réduction des primes

et

**Arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-
maladie**

Rapport explicatif

1 **Partie générale**
1.1 **La réduction des primes par les subsides des pouvoirs publics**
1.1.1 **Genèse**

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie

Selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), le financement de l'assurance-maladie est garanti par des primes individuelles, par une participation des assurés aux coûts et par des contributions des pouvoirs publics. Ces dernières sont destinées à la réduction individuelle des primes des assurés de condition économique modeste, par laquelle on entend garantir la solidarité entre personnes aux revenus différents. La réduction des primes, d'autant plus qu'elle est financée par des recettes fiscales, est en effet le corrélatif social à la prime par tête qui ne tient pas compte de la capacité financière des assurés.

Le projet contenu dans le message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991 (FF 1992 I 77), même s'il laissait à chaque canton le soin de mettre en œuvre le dispositif de la réduction des primes, tendait néanmoins à harmoniser les réglementations d'application. Cela aurait permis notamment d'examiner l'équivalence des réglementations cantonales. Le projet prévoyait ainsi que, si la totalité des primes d'un assuré et des membres de sa famille dont il avait la charge devait dépasser un pourcentage fixé par le canton de son revenu, l'Etat aurait pris en charge l'excédent. Les cantons auraient dû se fonder sur le revenu imposable selon l'impôt fédéral direct. Pour éviter que les personnes disposant d'une fortune importante, mais d'un faible revenu imposable, ne bénéficient, elles aussi, de réductions des primes, les cantons auraient également dû 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 législation fiscale.

Toutefois, 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 comme suit:

- Conformément à l'art. 66, al. 1, LAMal, la Confédération accorde aux cantons des subsides annuels destinés à réduire les primes d'assurance-maladie des assurés de condition économique modeste. L'art. 66, al. 2, LAMal prévoit que le montant de ces subsides est fixé par arrêté fédéral simple valable quatre ans, compte tenu de l'évolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins et de la situation financière de la Confédération. Selon l'art. 66, al. 3, LAMal, le Conseil fédéral fixe la part qui revient à chaque canton d'après sa population résidente, sa capacité financière et sa prime moyenne cantonale, ce dernier critère de répartition ayant toutefois été abandonné en 2001.
- Les cantons ont quant à eux la compétence et la responsabilité d'une part de définir les modalités de la réduction des primes (détermination du cercle des bénéficiaires, du montant, de la procédure et des modalités de paiement) en vertu de l'art. 65, al. 1 et 2, LAMal, et d'autre part de compléter les contributions fédérales par leurs propres subsides conformément à l'art. 66, al. 4 et 5, LAMal. Le Conseil fédéral fixe, selon leur capacité financière, le complément minimum

que les cantons doivent apporter (art. 66, al. 4, 1^{ère} phr., LAMal). L'apport global des cantons correspond, au minimum, à la moitié des subsides fédéraux (art. 66, al. 4, 2^{ème} phr., LAMal). Toutefois, et à condition que la réduction des primes des assurés de condition économique modeste soit tout de même garantie, chaque canton peut diminuer de 50 pour-cent au maximum la contribution à laquelle il est tenu, les subsides fédéraux alloués étant alors réduits dans les mêmes proportions (art. 66, al. 5, LAMal).

Première révision de la LAMal

Dans la première révision de la LAMal (Message du Conseil fédéral du 21 septembre 1998; FF 1999 727), entrée en vigueur en 2001, il a été renoncé à définir dans le droit fédéral la notion juridique indéterminée de "condition économique modeste" ou à délimiter le cercle des bénéficiaires. Toutefois, l'art. 65, al. 1, LAMal a été complété dans le sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 122 I 343) par une deuxième phrase attribuant au Conseil fédéral la compétence d'étendre le cercle des ayants droit, notamment aux saisonniers.

Divers ajustements ont par ailleurs été introduits à l'art. 65 LAMal pour garantir que les procédures cantonales répondent à des critères plus exigeants. Afin d'adoucir les rigueurs de systèmes fondés sur la déclaration d'impôt, la LAMal oblige ainsi les cantons à prendre en considération les situations économique et familiale les plus récentes pour l'octroi de réductions de primes (art. 65, al. 3, 1^{ère} phr., LAMal). Les cantons doivent également garantir un versement rapide des subsides, de manière à ce que les assurés y ayant droit ne doivent pas avancer le montant de leurs primes (art. 65, al. 3, 2^{ème} phr., LAMal). Enfin, ils sont tenus de pourvoir à une information régulière des personnes qui ont un droit à la réduction des primes (art. 65, al. 4, LAMal).

De plus, la première révision de la LAMal a conféré la compétence au Conseil fédéral d'édicter les dispositions lui permettant d'obtenir les informations nécessaires pour se prononcer valablement sur l'efficacité de la réduction des primes (art. 65, al. 6, LAMal).

Le Conseil fédéral s'est enfin vu attribuer la compétence d'autoriser les cantons à reporter à l'exercice annuel suivant les différences entre le montant des subsides cantonaux et fédéraux demandés par le canton, et celui des subventions versées (art. 66, al. 6, LAMal).

Modifications découlant de l'entrée en vigueur de l'Accord sur la libre circulation des personnes

En vertu de l'accord sur la libre circulation des personnes, la Suisse doit également accorder des réductions de primes aux personnes de condition économique modeste qui sont assurées en Suisse mais résident dans un Etat membre de la Communauté européenne. Les nouveaux art. 65a et 66a LAMal ont donc été introduits dans la loi (Message du Conseil fédéral du 31 mai 2000; FF 2000 3751). Selon le premier, les cantons doivent accorder des réductions de primes aux assurés résidant à l'étranger qui ont un lien actuel avec un canton donné (art. 65a LAMal). Le second prévoit que la Confédération accorde des réductions de primes aux assurés domiciliés sur le territoire d'un Etat membre de la Communauté européenne sans avoir d'autres points

d'attache avec la Suisse, dans la mesure où les cantons ont refusé d'exécuter et de financer l'octroi de réductions de primes pour ces personnes (art. 66a LAMal).

Deuxième révision de la LAMal

Dans son projet de deuxième révision de la LAMal (Message du Conseil fédéral du 18 septembre 2000; FF 2001 693), le Conseil fédéral ne proposait pas de modification relative à la réduction des primes. A la session d'hiver 2001, dans le cadre de la première lecture de ladite révision, le Conseil des Etats a toutefois décidé de redéfinir le cercle des bénéficiaires de la réduction individuelle des primes. Il s'est fondé sur le projet initial de la LAMal de 1991, et a prévu que la réduction des primes devait être calculée de façon à ce que les primes de l'assurance obligatoire des membres d'un même ménage n'excèdent pas 8 pour-cent du revenu de ce ménage, corrigé d'un facteur tenant compte de la fortune. L'introduction de ce but social se voulait une sorte de contre-projet à l'initiative populaire "La santé à un prix abordable" du parti socialiste suisse (Message du Conseil fédéral du 31 mai 2000; FF 2000 3931). La réalisation de cet objectif de 8 pour-cent dans tous les cantons présupposait une augmentation unique des subsides fédéraux de 300 millions de francs, puis de 3 pour-cent par année.

Le modèle adopté par le Conseil des Etats a suscité la critique d'une part en raison de ses conséquences financières considérables, et d'autre part car il ne différenciait pas suffisamment selon les besoins des assurés. En conséquence, sur mandat du Conseil fédéral consécutif au conclave du 22 mai 2002 consacré à l'assurance-maladie, un groupe de travail composé de représentants de l'Office fédéral des assurances sociales, de l'Administration fédérale des finances, de l'Administration fédérale des contributions et des Conférences des directeurs cantonaux des affaires sanitaires et des finances a élaboré différents modèles de réduction des primes, en recommandant de rejeter les modèles fondés sur le "principe de l'arrosoir". Lors de sa séance du 21 août 2002, le Conseil fédéral a alors décidé de proposer un modèle avec un but social différencié, prévoyant que les cantons accordent une réduction de primes aux assurés en général d'une part, et aux familles spécifiquement d'autre part pour lesquels les primes de l'assurance-maladie obligatoire des soins représentent une charge trop lourde. Pour ces deux groupes de personnes, les cantons devaient définir au moins quatre catégories de revenus et accorder une réduction de primes de façon à ce que la participation échelonnée des assurés s'élève à un montant compris au maximum entre 2 et 10 pour-cent du revenu pour les familles, et 4 et 12 pour-cent du revenu pour les autres ayants droit. La Confédération aurait accepté de mettre à disposition 100 millions de francs supplémentaires. Le financement de cette augmentation des subsides fédéraux avait été abordé dans le cadre des débats parlementaires sur le train de mesures fiscales (BO-CE 2002 601; BO-CN 2002 1859): vu l'état préoccupant des finances fédérales et la marge de manœuvre restreinte en résultant en matière d'adoption simultanée d'onéreuses mesures de politique familiale, le Parlement avait décidé de limiter l'augmentation de la déduction pour enfant de façon à contenir la baisse de rendement de l'impôt fédéral direct et à affecter les recettes fiscales ainsi économisées à la réduction des primes.

Cet objectif social, matérialisé par un allègement différencié et échelonné des primes, a emporté l'adhésion des Chambres fédérales quant à son principe. D'importantes divergences ont toutefois surgi quant à ses modalités d'application. La discussion a essentiellement porté sur l'importance des contributions annuelles de la Confédération et leur adaptation, sur la fixation d'un revenu maximal donnant droit à une réduction de primes, ainsi que sur l'introduction d'un allègement de 50 pour-cent de la prime pour le deuxième enfant et de la gratuité pour le troisième enfant et les suivants. Lors de la session d'hiver 2003, le Conseil national a, pour la seconde fois, rejeté le projet sur l'ensemble, entraînant ainsi l'échec de la deuxième révision de la LAMal. C'est dans ce contexte que le Conseil fédéral propose la présente modification de la LAMal.

1.1.2 Objectifs politiques

En introduisant la réduction individuelle des primes dans la LAMal, le législateur souhaitait traduire par l'acte l'idée d'un subventionnement conforme aux besoins des assurés, et ne pas soutenir uniquement les personnes nécessitant une aide sociale. Il entendait, par ce moyen, répondre globalement à la nécessité sociale de garantir la solidarité entre personnes de revenus différents, engendrée par le système de la prime unique par assureur ne tenant pas compte de la capacité financière des assurés. A la proposition du Conseil fédéral de prévoir que les primes de l'assurance obligatoire des soins ne devaient pas excéder un certain pourcentage du revenu imposable des ménages, le législateur a toutefois préféré un système plus souple. Il a ainsi affecté les contributions des pouvoirs publics à la réduction individuelle des primes des assurés de condition économique modeste, déléguant aux cantons le soin de déterminer le but social à atteindre et de mettre en œuvre la réduction des primes. Cette solution souple devait d'une part permettre aux cantons de mettre en œuvre un système social de subventionnement des primes adapté aux réalités cantonales, et d'autre part éviter l'épuisement à tout prix des subsides fédéraux et cantonaux maximaux.

1.1.3 Impact sous l'angle de la politique sociale

Etant donné les grandes disparités entre les systèmes mis en place par les cantons, il est difficile de déterminer si la réduction des primes atteint les buts de politique sociale voulus par le législateur. Partant du critère énoncé dans le message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991 relatif à la révision de l'assurance-maladie, à savoir que, dans un ménage, la charge des primes ne devrait pas dépasser un certain pourcentage du revenu imposable (FF 1992 I 77), trois études successives et complémentaires ont été menées, pour lesquelles on a déterminé, pour quatre cas concrets standardisés (retraités, familles mono-parentales, familles de la classe moyenne et familles nombreuses) ainsi que pour tous les cantons, la part du revenu à disposition qui échoit à la prime d'assurance restante après déduction des réductions de primes. Les études ont donné des résultats comparables au niveau suisse en ce qui concerne l'efficacité de la réduction des primes sur le plan de la politique sociale : le système de la réduction des primes est en soi un instrument efficace et le correctif social adéquat à la prime unique. Elles ont toutefois mis en évidence des différences

entre l'effet de la réduction des primes dans les cantons et sur le modèle de ménage considéré :

- Il ressort de la première étude (Balthasar, Aspects de la sécurité sociale; "Efficacité sociopolitique de la réduction des primes dans les cantons", Rapport de recherche no 21/98, OFAS, Berne 1998) que, dans de nombreux cantons, le but social n'est pas atteint. Si la réduction des primes allège notablement les catégories de revenus les plus bas, elle ne suffit en effet souvent pas pour les revenus inférieurs de la classe moyenne, en particulier pour les familles.
- La deuxième étude (Balthasar, Aspects de la sécurité sociale; "Efficacité sociopolitique de la réduction des primes dans les cantons: Monitoring 2000", Rapport de recherche no 2/01, OFAS, Berne 2001) conclut que les objectifs sociopolitiques sont partiellement atteints par les cantons, de grandes disparités subsistant entre eux. Par rapport à l'étude de 1998, la charge des retraités s'est péjorée et celle des familles de la classe moyenne s'est plutôt améliorée dans l'ensemble sans pour autant être satisfaisante, tout comme celle des familles monoparentales.
- La troisième étude (Balthasar, Aspects de la sécurité sociale; "Efficacité sociopolitique de la réduction des primes dans les cantons: Monitoring 2002", Rapport de recherche no 20/03, OFAS, Berne 2003) corrobore les conclusions des études précédentes, selon lesquelles, d'une part des différences cantonales importantes demeurent sur la manière de mettre en œuvre la politique de réduction des primes, et d'autre part le but social n'est toujours pas atteint, même si les cantons font d'une manière générale des efforts pour améliorer la situation. L'étude montre que la situation des retraités continue de se péjorer le plus, quand bien même les autres cas de référence ont également, mais dans une moindre mesure, vu leur charge de primes résiduelle augmenter depuis 1998.

1.1.4 Problèmes généraux d'exécution

Utilisation des subsides fédéraux

L'art. 65 LAMal prévoit que les réductions de primes sont fixées de telle manière que les subsides annuels de la Confédération et des cantons soient en principe versés intégralement. Selon l'art. 66 LAMal, les subsides de la Confédération aux cantons sont fixés par arrêté fédéral simple valable quatre ans, compte tenu de l'évolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins et de la situation financière de la Confédération. Les cantons sont tenus de compléter ces contributions fédérales selon leur capacité financière et leur population résidente. L'apport global des cantons doit toutefois correspondre, au minimum, à la moitié des subsides fédéraux.

Chaque canton peut diminuer de 50 pour-cent au maximum la contribution à laquelle il est tenu, pour autant que la réduction des primes des assurés de condition économique modeste soit tout de même garantie. Le subside fédéral alloué au canton est alors réduit dans la même mesure.

Selon les décomptes relatifs aux subsides destinés à la réduction des primes disponibles à ce jour, 80 pour-cent en moyenne des subsides fédéraux ont été versés en 2001, et 84 pour-cent en 2002. Le montant des subsides effectivement versés est ainsi légèrement inférieur à celui des subsides demandés par les cantons.

Mise en œuvre de la réduction des primes par les cantons

L'exécution de la réduction des primes est de la compétence des cantons. Il appartient à chaque canton de définir le cercle des bénéficiaires, le montant pris en charge par l'Etat, la procédure et les modalités de paiement de la réduction des primes. Une comparaison des systèmes cantonaux met en évidence le caractère disparate des solutions adoptées et atteste de la difficulté de juger de leur équivalence (Balthasar/Bieri/Furrer, Aspects de la sécurité sociale; "Evaluation de l'application de la réduction des primes", Rapport de recherche no 5/01, OFAS, Berne 2001).

Le cercle des bénéficiaires de la réduction des primes est défini de manière très hétérogène dans les cantons. Les différences portent aussi bien sur le calcul du revenu ouvrant le droit à une réduction des primes (revenu imposable selon le droit fiscal cantonal, revenu brut, revenu net, revenu disponible) que sur la limite de revenu applicable (limite fixe ou pourcentage). La comparaison entre les cantons est d'autant plus ardue que certains cantons associent le droit à la réduction des primes à la taille du ménage alors que d'autres ne le font pas, et que le revenu déterminant varie considérablement selon les déductions admises. Quant à la fortune, elle intervient de manière très différente dans le calcul du revenu (définition du concept de fortune, pourcentage d'imputation, montant exonéré).

Le montant de la prime pris en charge par l'Etat est étroitement lié à la détermination du cercle des bénéficiaires. Si le canton opte pour un cercle étroit de bénéficiaires ne comprenant que la catégorie sociale la plus faible, il pourra verser des subsides individuels plus élevés ; si, au contraire, il choisit de viser un public plus large comprenant également la classe moyenne, la réduction individuelle des primes sera plus basse. La base de calcul du montant subventionné varie par ailleurs en fonction des cantons. La moitié des cantons prévoient que les primes d'assurance-maladie ne doivent pas grever plus d'un certain pourcentage du revenu des assurés et que le montant l'excédant doit être subventionné par l'Etat. L'autre moitié des cantons fixent des limites de revenus, souvent selon la taille du ménage, et accordent des aides exprimées en montants définis ou en pourcentage de la prime. Cependant, même dans les cantons ayant opté pour un même système, la comparaison n'est pas aisée car le revenu déterminant est souvent différent. A cela s'ajoute le fait que certains cantons se fondent sur la prime effective des assurés, et d'autres prennent comme référence la prime cantonale moyenne.

Le procédure d'octroi des subsides aux bénéficiaires diffère également selon les cantons. Pour identifier les ayants droit à une réduction des primes, les cantons ont opté pour des systèmes divers: système de recensement systématique fondé sur les données fiscales donnant automatiquement lieu à une décision, système reposant uniquement sur le dépôt d'une demande spontanée des assurés, système associant information des bénéficiaires potentiels avec envoi du formulaire de demande, ou encore système combinant recensement systématique donnant automatiquement lieu à une décision et dépôt de la demande. On constate que le système axé sur le dépôt d'une demande est plus largement répandu que celui de l'octroi automatique. Mais la règle de l'envoi du formulaire de demande aux ayants droit prédomine, la formule qui repose sur le dépôt d'une demande spontanée étant plutôt exceptionnelle. Le système du recensement systématique donnant automatiquement lieu à une décision assure en principe un meilleur résultat sur le plan de l'exercice du droit à la réduction des primes puisque le cercle des bénéficiaires effectifs coïncide à peu près

avec le cercle des ayants droit. Il peut cependant générer de substantielles erreurs dans l'information donnée aux bénéficiaires, les données fiscales pouvant être périmées ou lacunaires. Il se peut ainsi que des personnes devenues ayants droit dans l'intervalle (p.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). L'efficacité du système reposant sur le dépôt d'une demande dépend quant à lui essentiellement de la politique d'information et d'encadrement menée par le canton.

Concernant les modalités de paiement des montants dus au titre de la réduction des primes, on observe deux tendances. La plupart des cantons prévoient que les subsides sont versés directement aux assureurs, remplaçant tout ou en partie les primes dues par les assurés. Quelques rares cantons versent au contraire les subsides aux assurés, à charge pour ces derniers de s'acquitter de leurs primes auprès de leur assureur.

1.2 Autre point révisé : le non-paiement des primes et des participations aux coûts

Après l'entrée en vigueur de la LAMal et en l'absence de toute base légale formelle ou délégation de compétence en la matière, de nombreux problèmes d'application sont apparus en ce qui concerne l'exécution des obligations financières des assurés envers les assureurs et les conséquences de leur inexécution. Le problème devait être résolu dans le cadre de la deuxième révision de la LAMal (Message du Conseil fédéral du 18 septembre 2000; FF 2001 693). Celle-ci ayant échoué, le Conseil fédéral saisit la présente occasion de révision pour soulever à nouveau la question du non-paiement des primes et des participations aux coûts.

2 Grandes lignes du projet

La réduction des primes: modification de l'art. 65 LAMal

Dans sa teneur actuelle, la LAMal énonce comme unique but social la réduction individuelle des primes des assurés de condition économique modeste. Or, 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'art. 65 LAMal que bon nombre de régimes cantonaux de réduction des primes, de par leur manière de définir les conditions économiques du droit à la réduction, doivent être considérés comme insuffisants au regard du droit fédéral. Il est dès lors indispensable d'établir un régime conforme au but du législateur en définissant une norme fédérale contraignante, non seulement pour assurer un minimum d'Etat social, mais également parce que la réduction des primes joue un rôle important de correctif social dans le système actuel des primes uniformes. Cette constatation amène le Conseil fédéral à proposer le présent projet de modification de la loi, qui reprend pour l'essentiel la version élaborée dans le cadre de la défunte deuxième révision de la LAMal.

Sur le fond, la modification proposée de la LAMal se caractérise par l'élaboration d'une définition plus précise du cercle des ayants droits et par l'introduction d'un but social, matérialisé par un allègement échelonné des primes différent pour les familles et pour les autres bénéficiaires. Il s'agit ainsi pour chaque canton de définir au moins quatre catégories de revenus et d'octroyer des aides aux ménages de façon à ce que leur participation échelonnée s'élève à un montant compris au maximum entre 2 et 10 pour-cent de leur revenu lorsqu'il s'agit d'une famille, et au maximum entre 4 et 12 pour-cent dans les autres cas. Les cantons peuvent par ailleurs fixer des revenus maximaux donnant droit à une réduction des primes. Les deux critères déterminants pour l'ouverture du droit à une réduction de primes sont d'une part les primes de référence cantonales, fixées par le Conseil fédéral, et d'autre part le revenu net selon la législation fiscale fédérale, corrigé d'un facteur tenant compte de la fortune imposable selon le droit cantonal. Pour permettre la réalisation du nouveau but social, la Confédération prévoit d'augmenter les subsides fédéraux de 200 millions de francs l'année de l'entrée en vigueur de la modification.

Quant à la forme, un remaniement de l'articulation des dispositions déjà en vigueur sous le droit actuel s'impose pour des motifs de clarté et de systématique de la loi révisée.

Le non-paiement des primes et des participations aux coûts: nouvel art. 64a

L'exécution des obligations financières des assurés envers les assureurs (versement des primes selon les art. 61 ss LAMal et participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal) ainsi que les conséquences de leur inexécution ne sont pas réglées de manière formelle dans le droit en vigueur, et la loi ne charge pas le Conseil fédéral d'édicter des dispositions plus précises à ce sujet ni en ce qui concerne le changement d'assureur.

Une base légale formelle pour l'obligation de payer des primes et les conséquences de leur non-paiement doit être créée dans le cadre de la présente révision partielle, car il est indispensable, pour le financement de l'assurance obligatoire des soins et l'application de la loi, que les assurés s'acquittent de l'obligation de payer des primes et de participer aux coûts. La création d'une base légale se justifie également car, en raison de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), l'art. 9, al. 3, de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102), dans sa teneur valable jusqu'au 31 décembre 2002, a dû être abrogé, de telle manière qu'un changement d'assureur est autorisé, en dépit des arriérés de paiement concernant les primes et la participation aux coûts (cf. ATF 125 V 266).

3 Partie spéciale: Commentaire des différents articles

Art. 64a (nouveau)

Il ressort de l'expérience des assureurs-maladie que les arriérés de primes et autres ont fortement augmenté depuis l'entrée en vigueur de la LAMal et qu'il existe un rapport de causalité entre la multiplication des cas d'arriérés de paiement et le principe établi par l'art. 90, al. 4, OAMal, qui subordonne la possibilité de suspension des prestations à l'engagement d'une procédure de poursuite et à l'existence d'un acte de défaut de biens contre l'assuré en demeure. Les chiffres des assureurs confirment que les arriérés de paiement ont augmenté au fil des années

dans des proportions jugées problématiques et se sont stabilisés à un niveau élevé. Compte tenu de cette tendance et vu la jurisprudence constante du TFA concernant l'art. 9, al. 3, OAMal dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 [abrogé le 1^{er} janvier 2003; AS 2002 3908] selon laquelle l'absence de base légale formelle rend possible le changement d'assureur sans égard aux arriérés de primes ou de participations aux coûts, il est judicieux d'introduire dans la loi une disposition formelle posant l'obligation de payer les primes et de renforcer les conséquences en cas de retard.

Complétant l'art. 61 LAMal, l'art. 64a prévoit une procédure de rappel écrite que l'assureur doit engager contre les assurés en demeure avant de suspendre ses prestations à l'égard de ces derniers. Le fait que la procédure de rappel ne donne lieu à aucun paiement et qu'une réquisition de continuer la poursuite ait déjà été déposée constitue une condition suffisante pour la suspension des prestations. L'exécution de la procédure de poursuite et, en conséquence, le recouvrement par l'assureur des primes ou des participations aux coûts échues est ainsi garanti. La deuxième phrase de l'al. 2 garantit que les autorités cantonales soient informées suffisamment tôt des arriérés de paiement des assurés en demeure. Cette disposition sert en outre à protéger l'assuré. L'al. 3 correspond à la réglementation de l'art. 90, al. 4, 2^{ème} phr., OAMal. Il est ainsi garanti qu'un retard de paiement n'entraîne pas de lacune dans la couverture d'assurance. L'al. 4 apporte une autre nouveauté en ce sens qu'il prévoit que les assurés en demeure ne pourront désormais plus changer d'assureur avant d'avoir entièrement réglé leurs arriérés de primes ou de participations aux coûts. Cette conséquence du retard de paiement se justifie à deux titres: premièrement, parce que depuis les arrêts du TFA du 29 juin 1999 relatifs à l'art. 9, al. 3, OAMal en vigueur à l'époque et abrogé depuis (cf. ATF 125 V 266), il est possible de changer d'assureur même en cas d'arriérés de paiement, et deuxièmement, parce que les primes et les participations aux coûts qui ne peuvent être encaissées qu'avec un très grand retard voire pas du tout ont pris des proportions telles en l'état actuel du droit qu'elles ne peuvent pas être absorbées sans causer de problèmes. L'al. 4 empêchera également en particulier les assurés dont les prestations sont suspendues de changer d'assureur au moment opportun, et de se faire ainsi payer des prestations avant d'avoir réglé leurs arriérés, contrairement aux assurés en demeure qui n'auront pas changé d'assureur. Le but de cette disposition est de protéger la communauté des assurés contre des augmentations de primes dues aux assurés qui changent d'assureur sans avoir préalablement réglé leurs arriérés.

Art. 65, al. 1

De manière à obtenir une certaine uniformité au niveau de la politique sociale de l'Etat et à permettre la réalisation des objectifs de politique sociale déclarés du législateur, il apparaît judicieux de préciser l'actuelle notion juridique indéterminée de "assurés de condition économique modeste" recoupant le cercle des bénéficiaires de la réduction des primes. L'al. 1 ancre ainsi dans le droit fédéral l'obligation pour les cantons d'octroyer des réductions de primes, d'une part aux assurés pour lesquels les primes de l'assurance obligatoire des soins représentent une lourde charge, et d'autre part aux familles qui peuvent faire valoir le droit à une déduction sociale conformément à la loi fédérale du 14 décembre 1990 sur l'impôt fédéral direct (LIFD; RS 642.11) et pour lesquelles les primes de l'assurance obligatoire des soins représentent une lourde charge. Cette nouvelle définition différenciée des ayants

droit à la réduction de primes, concrétisée par l'art. 65a, al. 5, permet d'offrir un subventionnement plus conforme aux besoins des assurés, et notamment à ceux des familles. La référence expresse à la législation fiscale fédérale permet par ailleurs de garantir l'uniformité de la définition de la famille dans tous les cantons.

Art. 65, al. 2

Selon l'art. 213, al. 1, LIFD, une déduction sociale sur le revenu de 4700 francs est accordée pour chaque enfant mineur, ou faisant un apprentissage ou des études, dont le contribuable assure l'entretien. En prévoyant que les enfants pour lesquels une déduction sociale est accordée en vertu de l'art. 213, al. 1, let. a, LIFD n'ont pas de droit propre à une réduction des primes, on évite ainsi une double prise en considération des enfants mineurs ou en formation.

Art. 65, al. 3

L'al. 1 limite expressément le droit à la réduction des primes aux assurés domiciliés en Suisse. L'al. 3 confère cependant au Conseil fédéral la compétence d'étendre le cercle des bénéficiaires de la réduction des primes à des personnes tenues de s'assurer qui ne sont pas domiciliées en Suisse, mais qui y séjournent de façon prolongée. Cet al. reprend la deuxième phrase du premier al. de l'art. 65 LAMal actuellement en vigueur, qui avait été introduite lors de la première révision de la LAMal suite à un arrêt du Tribunal fédéral (ATF 122 I 343) traitant du droit à la réduction des primes des saisonniers.

Art. 65, al. 4

Cette disposition correspond à l'actuel al. 2 de l'art. 65 LAMal.

Art. 65a, al. 1 (nouveau)

La réduction des primes est calculée sur la base du revenu net obtenu par le ménage. On doit considérer comme ménage le même cercle de personnes que dans le droit fiscal. Il est ainsi permis d'additionner les primes des personnes pour lesquelles un assuré peut, en vertu du droit fiscal fédéral, faire valoir des déductions pour obligation d'entretien dans sa déclaration d'impôt. La détermination du revenu décisif pour le droit à la réduction des primes se fonde sur les règles applicables pour la détermination du revenu net au sens de l'art. 25 LIFD. Le revenu net se calcule en défalquant des revenus imposables déclarés par les cantons les déductions pour les primes d'assurance et les intérêts des capitaux d'épargne, ainsi la déduction pour le conjoint ayant une activité lucrative, les déductions pour enfants et les déductions pour personnes à charge. Le choix du revenu net au sens de l'impôt fédéral direct comme critère pour le droit à la réduction des primes permettra d'atteindre une certaine uniformité dans l'exécution de la réduction des primes. Pour éviter que des personnes disposant d'une grande fortune, mais d'un faible revenu imposable, ne bénéficient elles aussi de réductions de primes, les cantons devront également tenir compte de la fortune en plus du revenu imposable. Puisque le droit fédéral ne prévoit pas de taxation à cet effet, ils devront se fonder sur la taxation pour l'impôt cantonal. On relèvera que la déclaration d'impôts ne correspond pas forcément dans tous les cas à la situation économique d'une personne particulière.

Toutefois, faute d'un autre critère permettant de surmonter les obstacles administratifs, la déclaration d'impôts apparaît comme la base la plus appropriée pour le calcul du droit à la réduction des primes.

Art. 65a, al. 2 (nouveau)

Le projet de révision de la loi précise sur quelle taxation les cantons doivent se fonder lorsque la dernière taxation passée en force remonte à plus de trois ans. Il faut pouvoir se fonder sur une estimation aussi actuelle que possible de la situation financière de l'assuré, même si la taxation n'est pas encore passée en force, par exemple en raison d'une procédure de recours. En principe, les valeurs fiscales sont tirées de la dernière taxation passée en force. Toutefois, si cette taxation remonte à plus de trois ans, l'estimation provisoire est déterminante; si celle-ci fait défaut pour l'impôt fédéral direct, la dernière taxation passée en force ou l'estimation provisoire pour l'impôt cantonal sur le revenu ou le produit du travail est déterminante. En cas de divergence entre la dernière taxation passée en force et une estimation provisoire plus actuelle, les cantons peuvent calculer la réduction des primes sur la base de l'estimation provisoire la plus actuelle.

Afin de constater le droit d'un assuré, les cantons pourront choisir une procédure dans laquelle l'autorité cantonale compétente se fonde directement sur les renseignements des autorités fiscales. Le Conseil fédéral pourra obliger les autorités fiscales fédérales et cantonales à fournir aux autorités cantonales compétentes les renseignements dont elles ont besoin pour fixer les réductions de primes.

Art. 65a, al. 3 (nouveau)

Cet al. correspond à l'al. 3, 1^{ère} phr. de l'art. 65 LAMal actuellement en vigueur. On soulignera qu'il ne s'inscrit pas en contradiction avec les al. 1 et 2 en vertu desquels les données fiscales doivent servir de base de calcul, mais constitue plutôt un complément qui crée la possibilité d'accorder ou de supprimer le droit à la réduction des primes en fonction des circonstances les plus actuelles lorsqu'elles ne ressortent pas des dernières valeurs fiscales disponibles.

Art. 65a, al. 4 (nouveau)

La règle selon laquelle les primes ne doivent pas dépasser un certain pourcentage du revenu pourrait entraîner un amoindrissement de l'incitation pour les assurés à choisir un assureur dont la prime est avantageuse. Pour cette raison, il faut établir comme critère de mesure, non pas la prime effectivement payée, mais une prime de référence. La prime de référence devra toujours se situer en-dessous de la prime moyenne déterminante pour le canton (pour la région), de manière à renforcer l'incitation à choisir un assureur plus avantageux. En vue d'une harmonisation au plan suisse, il appartient au Conseil fédéral de fixer les primes de référence déterminantes pour le droit à la réduction de prime. De manière à prendre en compte les réalités cantonales, le Conseil fédéral entend les cantons avant de fixer les primes de référence.

Art. 65a, al. 5 (nouveau)

L'al. 5 concrétise l'art. 65, al. 1, par l'introduction d'un but social, matérialisé par un allègement échelonné des primes différent pour les familles et pour les autres bénéficiaires. Il s'agit en effet d'abord pour le canton de déterminer au moins quatre catégories de revenus identiques pour les familles et les autres ayants droit, et ensuite de fixer pour chacune de ces catégories et, à l'intérieur de ces catégories, pour chacun des deux groupes de bénéficiaires les participations maximales exprimées en pour-cent du revenu déterminant. Selon le projet de loi, ces participations maximales doivent se situer entre 2 et 10 pour-cent du revenu déterminant pour les familles, et entre 4 et 12 pour-cent pour les autres ayants droit. Ce procédé permet à chaque canton de déterminer lui-même sa charge financière, même si les primes de référence cantonales permettant d'établir le droit à la réduction de primes sont, conformément à l'al. 4, fixées par le Conseil fédéral.

Tel que formulé dans le projet, cet objectif social permet de directement favoriser les familles ayant des enfants à charge, sans qu'il ne soit nécessaire à cet effet de prévoir des exonérations de primes pour les enfants. En effet, l'allègement de la charge des familles est déjà garanti par la participation proportionnelle au revenu. La participation maximale par catégorie de revenu est plus rapidement atteinte dans les familles nombreuses, car la charge représentée par les primes est plus élevée. Lorsqu'une famille avec un enfant appartient, de par son revenu, au cercle des ayants droit, chaque enfant supplémentaire engendre automatiquement une prétention supplémentaire à hauteur de la prime de référence des enfants; chaque enfant supplémentaire est ainsi complètement exempt du paiement de la prime. Intégrer une exonération des primes des enfants au projet reviendrait donc à superposer deux systèmes d'allègement.

Art. 65a, al. 6 (nouveau)

L'écart probable entre l'évolution des primes et celle des salaires engendrera une augmentation annuelle du nombre des bénéficiaires de la réduction des primes et, partant, entraînera des besoins financiers accrus pour les cantons. Le projet donne donc la possibilité aux cantons de fixer des seuils de revenus au-delà desquels ils ne seront plus en mesure d'octroyer des réductions de primes. Ils pourront, par exemple, fixer des limites différenciées selon les groupes de bénéficiaires et selon le nombre d'enfants par famille.

Art. 65b (nouveau)

Cette disposition correspond à l'actuel art. 65, al. 3, 2^{ème} phr., LAMal.

Art. 65c (nouveau)

Le contenu des al. 4, 5 et 6 de l'actuel art. 65 LAMal est transféré ici.

Art. 65d (nouveau)

Du fait de la nouvelle numérotation des dispositions consacrées à la réduction individuelle des primes, l'actuel art. 65a LAMal devient l'art. 65d.

Disposition transitoire, al. 1

Les cantons disposent d'un délai de 3 ans après l'entrée en vigueur de la modification de la loi pour mettre en place le système prévu aux art. 65 et 65a.

Disposition transitoire, al. 2

La modification proposée entraîne la caducité de l'arrêté fédéral du 17 septembre 2003 sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie pour les années 2004 à 2007 (FF 2003 6297). En effet, selon l'art. 66, al. 2, LAMal, les subsides annuels de la Confédération aux cantons sont fixés par le biais d'un arrêté fédéral simple valable quatre ans, compte tenu de l'évolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins et de la situation financière de la Confédération. Dans la mesure où la réalisation du but social imposé par le présent projet de modification suppose une augmentation des moyens à disposition, il est nécessaire d'édicter un nouvel arrêté fédéral prenant en compte une augmentation de 200 millions de francs, et d'abroger l'arrêté fédéral du 17 septembre 2003 fixant les contributions fédérales pour les années 2004 à 2007.

Arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie

Selon l'art. 66, al. 2, LAMal, les subsides annuels de la Confédération aux cantons sont fixés par le biais d'un arrêté fédéral simple valable quatre ans, compte tenu de l'évolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins et de la situation financière de la Confédération.

Le dernier arrêté fédéral adopté sur la base de l'art. 66, al. 2, LAMal est celui du 17 septembre 2003 (FF 2003 6297), qui fixe les contributions fédérales destinées à la réduction des primes de l'assurance-maladie ainsi que l'apport global minimal des cantons pour les années 2004 à 2007. Les subsides ont été déterminés en partant du montant alloué pour 2003 et en tenant compte d'une augmentation annuelle de 1,5 pour-cent, ce qui correspond au mécanisme d'adaptation appliqué depuis 1999.

Toutefois, conformément à l'al. 2 de la disposition transitoire du projet de modification de la LAMal, l'entrée en vigueur de la modification proposée entraîne la caducité de l'arrêté fédéral simple du 17 septembre 2003 sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie, lequel doit être remplacé par un nouvel arrêté fédéral prenant en compte une augmentation unique de 200 millions de francs. La réalisation du but social formulé dans le présent projet de modification de la LAMal présuppose en effet une augmentation des moyens mis à disposition.

L'entrée en vigueur de la modification de la LAMal étant prévue pour le 1^{er} janvier 2005, le projet de nouvel arrêté fédéral fixe ainsi les subsides fédéraux pour la période allant de 2005 à 2008. 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 initialement prévus pour 2005 (2384 millions de francs). Sur cette base, et compte tenu d'une augmentation des contributions fédérales de 200 millions de francs la première année et d'une augmentation annuelle de 3 pour-cent les années suivantes, les subsides maximaux de la Confédération et des cantons, pour les années 2005 à 2008, s'élèvent, en millions de francs à :

| Année | Confédération | Cantons | Confédération et cantons |
|-------|---------------|---------|--------------------------|
| 2005 | 2584 | 1292 | 3876 |
| 2006 | 2662 | 1331 | 3993 |
| 2007 | 2741 | 1370.5 | 4111.5 |
| 2008 | 2824 | 1412 | 4236 |
| Total | 10811 | 5405.5 | 16216.5 |

4 Conséquences

4.1 Conséquences financières

Besoin en subvention

Le passage au but social échelonné avec une charge de primes maximale par ménage n'entraîne pas de modification dans le modèle de répartition de la LAMal entre la Confédération et les cantons. Selon l'art. 66 LAMal, l'apport global des cantons doit correspondre à la moitié au moins des subsides fédéraux. La marge de manœuvre des cantons relative à la réduction et au report (cf. ch. 4.1.2 Conséquences pour les cantons) ainsi que l'instrument éprouvé de la fixation des subsides fédéraux par un arrêté fédéral simple valable quatre ans sont maintenus.

L'introduction d'un but social dans la réduction des primes entraîne une augmentation du besoin en subvention. Celui-ci a été évalué au moyen d'un modèle pour les dernières années complètement décomptées 2001 et 2002. Pour cela, le modèle part de cinq catégories de revenu réparties de manière égale avec des charges maximales par ménage réparties de manière égale. Les données cantonales de revenu de l'impôt fédéral direct prises en considération ont été projetées à l'aide de l'indice des salaires sur les années concernées. La hauteur de prime utilisée correspond aux primes cantonales moyennes des années respectives; on n'a pas tenu compte dans le modèle de la prime de référence plus basse prévue dans l'art. 65a, al. 4. La prime de référence étant plus basse, le besoin en subvention diminuerait si on l'avait prise en considération au lieu de la prime moyenne. Selon des évaluations, par la détermination de la prime de référence sous la prime moyenne, pour chaque pour-cent, environ 2 pour-cent des frais totaux sont économisés. On a renoncé dans les calculs à la fixation des revenus maximaux dans les cantons selon l'art. 65a, al. 6.

D'après le modèle, pour les deux années, le besoin potentiel en subvention pour la Confédération et les cantons s'élève à 2864 millions de francs et à 3343 millions de francs.

Ce besoin en subvention peut être influencé de façon déterminante par deux instruments cantonaux. D'abord, les cantons ont la possibilité de fixer des revenus maximaux à partir desquels ils n'accordent plus de réductions de primes. De cette manière, il est possible d'arrêter la dynamique des coûts provoquée par l'expansion des quantités. En relation étroite avec la mise en œuvre des cantons, il existe un potentiel considérable pour des réductions de coûts. De plus, des calculs supplémentaires montrent qu'en faisant varier dans les cantons la répartition des catégories de revenus et de leur charge en pourcentage, ce besoin en subvention pourrait être encore abaissé d'au maximum 12 pour-cent.

Pour les années 2003 à 2012, le besoin en subvention pour la réduction des primes par la Confédération et les cantons a été extrapolé à partir des valeurs du modèle. L'extrapolation a été effectuée suivant l'hypothèse d'une évolution annuelle moyenne des coûts de l'assurance obligatoire des soins de 4.5 pour-cent, qui comprend la tendance haussière du salaire nominal et la tendance baissière des coûts supplémentaires par une expansion de quantité. L'évolution du salaire nominal moyen de 2003 à 2012 s'élève dans ce contexte à 2.3 pour-cent.

Besoin en subvention selon le modèle (2001/2002) et l'extrapolation¹:

| Année | Total du besoin en subvention ² | Augmentation du besoin en subvention | Subsides fédéraux selon arrêté fédéral simple | Besoin de subsides cantonaux ³ |
|-------|--|--------------------------------------|---|---|
| 2001 | 2864 | | | |
| 2002 | 3343 | 16.72% | | |
| 2003 | 3616 | 8.17% | | |
| 2004 | 3938 | 8.90% | | |
| 2005 | 4252 | 7.97% | 2584 | 1668 |
| 2006 | 4567 | 7.41% | 2662 | 1905 |
| 2007 | 4923 | 7.80% | 2741 | 2182 |
| 2008 | 5291 | 7.48% | 2824 | 2467 |
| 2009 | 5662 | 7.01% | | |
| 2010 | 6041 | 6.69% | | |
| 2011 | 6468 | 7.07% | | |
| 2012 | 6911 | 6.85% | | |

Selon ces hypothèses, au cours de la période 2005 à 2012, le besoin total en subvention augmente chaque année de 7.2 pour-cent en moyenne ou d'environ 2.7 milliards de francs au total.

Cette croissance est surtout due à la différence d'évolution entre les coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins et les revenus des ménages. Avec la fixation des charges des ménages maximales, la limite de revenu supérieure donnant le droit à une réduction de primes augmente à chaque hausse de prime et provoque en raison de la plus faible croissance du revenu, une expansion des ménages ayants droit.

¹ En millions de francs.

² Sans la prise en considération de la fixation cantonale des revenus maximaux et de la prime de référence.

³ Influençable de manière déterminante par les instruments cantonaux de la fixation du revenu maximal et de la répartition des catégories de revenus.

Conséquences pour les prestations complémentaires

Selon l'art. 3b, al. 3, let. d, de la loi fédérale du 19 mars 1965 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LPC; RS 831.30), les primes moyennes cantonales pour l'assurance obligatoire des soins sont reconnues comme dépenses dans le calcul du droit aux prestations complémentaires. L'art. 54a de l'ordonnance du 15 janvier 1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (OPC-AVS/AI; RS 831.301) prévoit que les cantons peuvent reporter ces montants au décompte relatif aux réductions de primes.

L'aménagement par les cantons du but social différencié pourrait se répercuter sur la délimitation entre la réduction des primes et les prestations complémentaires à deux égards. D'une part, il pourrait y avoir des effets, dont l'importance dépendra de la réglementation cantonale des participations exprimées en pourcentage, sur la charge financière des prestations complémentaires pour les personnes qui étaient jusqu'à présent au bénéfice d'une réduction de primes totale ou plus élevée que celle résultant du nouvel aménagement. D'autre part, la différence entre la prime moyenne prise en considération par la LPC et la prime de référence déterminante pour la réduction des primes entraînerait une charge supplémentaire des prestations complémentaires.

La proposition d'introduire un but social ne vise pas à restreindre les possibilités des cantons concernant l'aménagement des réductions de primes pour les bénéficiaires de prestations complémentaires. Les lois d'application cantonales concernées peuvent continuer de prévoir que, pour les personnes touchant des prestations complémentaires, les primes sont subventionnées dans la même mesure que jusqu'à présent. Si les réglementations cantonales existantes dans ce domaine sont maintenues, il ne faut pas s'attendre à des mouvements financiers entre la réduction des primes et les prestations complémentaires.

4.1.1 Conséquences pour la Confédération

Les subsides fédéraux maximaux sont fixés par un nouvel arrêté fédéral simple pour les années 2005 à 2008 (cf. ch. 3 Partie spéciale: Commentaire des différents articles, Arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie). Les subsides fédéraux selon l'arrêté fédéral simple n'ont jamais été versés complètement au cours des dernières années. Le taux d'utilisation des subsides a cependant augmenté de façon continue (cf. ch. 1.1.4 Problèmes généraux d'exécution, Utilisation des subsides fédéraux).

Si on part d'un taux d'utilisation moyen constant par les cantons de 84 pour-cent (état 2002), les subsides fédéraux se réduisent en conséquence.

Subsides fédéraux à verser (avec un taux d'utilisation de 84 pour-cent)⁴:

| | Arrêté fédéral actuel 2004 – 2007 | | Révision partielle réduction des primes, Arrêté fédéral 2005 – 2008 | | |
|-------|--------------------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------|---|
| Année | Subsides fédéraux maximaux | Augmentation annuelle en % | Subsides fédéraux maximaux | Augmentation annuelle en % | Subsides fédéraux avec un taux d'utilisation de 84% |
| 2004 | 2349 | | | | |
| 2005 | 2384 | +1.5% | 2584 | (+200) ⁵ | 2171 |
| 2006 | 2420 | +1.5% | 2662 | +3% | 2236 |
| 2007 | 2456 | +1.5% | 2741 | +3% | 2302 |
| 2008 | | | 2824 | +3% | 2372 |

4.1.2 Conséquences pour les cantons

La loi offre une marge de manœuvre aux cantons pour la mise en oeuvre du but social échelonné. Les cantons influencent leur charge financière de manière déterminante en fixant les revenus maximaux en vertu de l'art. 65a, al. 6, en répartissant les assurés en catégories de revenu dans le cadre des prescriptions légales de l'art. 65a, al. 5, et en décidant s'il faut continuer d'octroyer des exonérations totales de primes. La marge de manœuvre dont ils disposent déjà selon l'art. 66, al. 5, LAMal (diminution de 50 pour-cent au maximum du montant de la contribution fédérale à prendre en charge) et l'art. 66, al. 6, LAMal (report à l'exercice annuel suivant du montant des subsides fédéraux et cantonaux non versés) est en outre maintenue en l'état.

Le besoin de subvention estimé par le biais du modèle augmente en moyenne de 7.2 pour-cent chaque année. Cette augmentation est imputable avant tout à l'évolution inégale des salaires et des coûts de la santé (cf. ch. 4.1 Conséquences financières). Les instruments que les cantons ont à disposition pour influencer leur charge financière permettent de freiner la dynamique des coûts provoquée par une extension annuelle du cercle des bénéficiaires et de diminuer le besoin de subvention en conséquence. Sur la base des subsides fédéraux maximaux fixes, c'est les cantons qui prennent la décision, dans le cadre de la mise en oeuvre du but social échelonné, de prévoir la fixation des revenus maximaux donnant droit à une réduction de primes et la répartition des catégories de revenu de telle façon que les subsides fédéraux disponibles soient épuisés et que le besoin cantonal en subvention puisse être couvert avec un complément correspondant par les subsides cantonaux.

⁴ En millions de francs.

⁵ Augmentation unique de 200 millions de francs du montant fixé dans l'actuel arrêté fédéral simple pour l'année 2005.

4.2 Conséquences économiques

La fixation des subsides fédéraux pour la réduction des primes par le biais d'un arrêté fédéral limité à quatre ans intervient en application de l'art. 66 LAMal et depuis l'entrée en vigueur de la loi. Avec la réglementation proposée, on reprend ainsi un mécanisme appliqué depuis 1996. Il ne faut pas attendre des répercussions économiques massives de l'augmentation unique de la contribution fédérale de 200 millions de francs et de l'augmentation annuelle de la contribution fédérale maximale de 3 pour-cent qui suivra. En principe, la charge supplémentaire des pouvoirs publics conduit certes à un effet de croissance négatif. Néanmoins, cet effet devrait être atténué par le fait que les moyens injectés par les pouvoirs publics augmenteront le pouvoir d'achat des personnes de condition économique modeste à qui ils sont versés, même avec un certain retard.

L'hypothèse selon laquelle aucune répercussion économique importante ne va se manifester avec la nouvelle réglementation repose sur le fait que la confrontation du besoin en subvention attendu (cf. ch. 4.1 Conséquences financières) avec les moyens disponibles (cf. ch. 3 Partie spéciale: Commentaire des différents articles, Arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie) laisse penser que les moyens mis à disposition pourraient suffire pour couvrir les prétentions et qu'il ne faut ainsi pas partir du point de vue que l'introduction de la nouvelle réglementation engendrera des effets de redistribution plus grands au plan suisse. Il faut toutefois attendre de voir les conséquences de la nouvelle réglementation dans certains cantons. Ceux-ci ont toutefois la haute main pour adapter le système à leurs propres situations.

5 Lien avec la nouvelle péréquation financière entre la Confédération et les cantons

Le Message concernant la Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) du 14 novembre 2001 (FF 2002 2155) prévoit que la réduction des primes des assurés de condition économique modeste est une tâche commune de la Confédération et des cantons. Selon le modèle de l'époque, les cantons auraient dû compléter les contributions fédérales de façon à ce que la charge financière maximale des assurés, fixée par la Confédération pour chaque canton, ne soit pas dépassée. Au niveau suisse, la charge représentée par les primes ne devait pas dépasser 10 pour-cent du revenu. La Confédération devait supporter 25 pour-cent des coûts moyens de la santé pour 30 pour-cent de la population.

Dans le cadre des adaptations de la législation du deuxième message relatif à la RPT, il faudra tenir compte de la décision du Conseil fédéral de proposer la présente solution de but social échelonné. Il faudra en particulier prendre en considération l'influence de la nouvelle marge de manœuvre de la Confédération et des cantons et celle du besoin en subvention résultant du but social sur le modèle de répartition des coûts du premier message RPT.

6 Lien avec le programme de la législature

Le projet figure dans le rapport sur le programme de la législature 2003-2007 du 25 février 2004 en tant qu'objet des Grandes lignes (FF 2004 ...).

7 Bases juridiques

7.1 Constitutionnalité

7.1.1 Arrêté fédéral

L'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie est un arrêté simple, non sujet au référendum, dont la base légale est l'art. 66, al. 2, LAMal.

7.1.2 Révision

Le projet se fonde sur l'art. 117 de la Constitution fédérale.

7.2 Délégation des compétences législatives

L'art. 96 LAMal prévoit la délégation au Conseil fédéral de la compétence d'édicter les dispositions d'exécution dans le domaine de l'assurance-maladie sociale. Le présent projet l'habilite nouvellement à légiférer dans les domaines suivants: modalités de l'encaissement des primes et de la procédure de rappel, ainsi que règlement des conséquences d'un retard dans le paiement des primes (art. 64a, al. 5), obligation des autorités fiscales de fournir les renseignements nécessaires (art. 65a, al. 2) et établissement des primes de référence cantonales (art. 65a, al. 4).

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Réduction des primes)

Modification du

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,

vu le message du Conseil fédéral du¹,

arrête:

I

La loi fédérale du 18 mars 1994² sur l'assurance-maladie est modifiée comme suit:

Section 3a Non-paiement des primes et des participations aux coûts

Art. 64a (nouveau)

¹ Lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur doit lui envoyer un rappel écrit et lui impartir un délai supplémentaire de 30 jours; il attire l'attention de l'assuré sur les conséquences qu'il encourt s'il n'effectue pas ses paiements dans ce délai (al. 2).

² Si, malgré le rappel, l'assuré n'a effectué aucun paiement et qu'une réquisition de continuer la poursuite a été déposée dans le cadre de la procédure d'exécution forcée, l'assureur suspend la prise en charge des coûts des prestations jusqu'à ce que les primes ou les participations aux coûts arriérées soient payées intégralement. Simultanément, il informe le service cantonal chargé de veiller au respect de l'obligation de s'assurer que les prestations sont suspendues. Les dispositions cantonales qui prévoient une annonce à une autre autorité sont réservées.

³ Dès qu'il a reçu l'intégralité des primes ou des participations aux coûts arriérées, l'assureur prend en charge les coûts des prestations fournies pendant la durée de la suspension.

⁴ En dérogation à l'art. 7, l'assuré en défaut ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes ou les participations aux coûts arriérées. L'art. 7, al. 3 et 4, est réservé.

⁵ Le Conseil fédéral fixe les modalités de l'encaissement et de la procédure de rappel et règle les conséquences d'un retard de paiement.

Art. 65

¹ Les cantons accordent une réduction de primes aux assurés de condition économique modeste qui ont leur domicile en Suisse. Sont considérés comme des assurés de condition économique modeste :

¹ FF 2004 ...

² RS 832.10

- a. les assurés pour lesquels les primes de l'assurance obligatoire des soins représentent une lourde charge;
- b. les familles qui peuvent faire valoir le droit à une déduction sociale conformément à l'art. 213, al. 1, let. a, de la loi fédérale du 14 décembre 1990 sur l'impôt fédéral direct³ (LIFD) et pour lesquelles les primes de l'assurance obligatoire des soins représentent une lourde charge.

² Les enfants pour lesquels une déduction sociale est accordée en vertu de l'art. 213, al. 1, let. a, LIFD n'ont pas de droit propre à une réduction des primes.

³ Le Conseil fédéral peut étendre le droit à la réduction des primes à des personnes tenues de s'assurer qui ne sont pas domiciliées en Suisse mais qui y séjournent de façon prolongée.

⁴ Les réductions des primes sont fixées de telle manière que les subsides annuels de la Confédération et des cantons au sens de l'art. 66 soient en principe versés intégralement.

Art. 65a Détermination de la situation économique de l'assuré et du droit à la réduction de prime

¹ Les cantons déterminent la situation économique des assurés en se fondant sur le revenu net au sens de l'art. 25 LIFD. 10 % de la fortune imposable selon le droit cantonal sont ajoutés au revenu net.

² Les cantons se basent sur les valeurs fiscales de la dernière taxation passée en force. Si cette taxation remonte à plus de trois ans, l'estimation provisoire est déterminante; si celle-ci fait défaut pour l'impôt fédéral direct, la dernière taxation passée en force ou l'estimation provisoire pour l'impôt cantonal sur le revenu est déterminante. Le Conseil fédéral peut obliger les autorités fiscales à fournir aux autorités cantonales compétentes les renseignements dont elles ont besoin pour fixer les réductions de primes.

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, notamment à la demande de l'assuré.

⁴ Ils déterminent le droit à la réduction de prime en fonction des primes de référence que le Conseil fédéral fixe pour chaque canton après consultation de ce dernier. Les primes de référence doivent être fixées de façon à être inférieures aux primes moyennes déterminantes pour le canton.

⁵ Les primes de référence font l'objet d'une réduction lorsqu'elles sont supérieures à la participation des assurés, échelonnée en fonction de la catégorie de revenu. Les cantons répartissent les assurés en au moins quatre catégories de revenu. La participation est fixée aux pourcentages suivants :

- a. pour les personnes citées à l'art. 65, al. 1, let. a, à 4 % au plus du revenu déterminant pour la catégorie de revenu la plus basse et 12 % au plus pour la catégorie de revenu la plus élevée;

³ RS 642.11

- b. pour les personnes citées à l'art. 65, al. 1, let. b, à 2 % au plus du revenu déterminant pour la catégorie de revenu la plus basse et à 10 % au plus pour la catégorie de revenu la plus élevée.

⁶ Les cantons peuvent fixer des revenus maximaux donnant droit à une réduction des primes.

Art. 65b (nouveau) Versement

Après avoir déterminé le cercle des ayants droit, les cantons veillent à ce que les montants versés au titre de la réduction des primes le soient de manière à ce que les ayants droit n'aient pas à satisfaire à l'avance à leur obligation de payer les primes.

Art. 65c (nouveau) Information et collaboration

¹ Les cantons informent régulièrement les assurés de leur droit à la réduction des primes.

² Les assureurs sont tenus à une collaboration qui s'étende au-delà de la disposition prévue à l'art. 82, pour autant que les cantons les indemnisent équitablement.

³ Les cantons donnent à la Confédération des informations rendues anonymes sur les assurés bénéficiaires afin qu'elle puisse examiner si les buts de politique sociale ont été atteints. Le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires.

Art. 65d (nouveau)

Ancien art. 65a

II

Dispositions transitoires de la modification du ... (Réduction des primes)

¹ Les cantons doivent mettre en place le système prévu aux art. 65 et 65a dans un délai de 3 ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification.

² L'entrée en vigueur de la présente modification rend caduc l'arrêté fédéral du 17 septembre 2003 sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie pour les années 2004 à 2007⁴. Les subsides fédéraux sont augmentés de 200 millions de francs l'année de l'entrée en vigueur de la présente modification.

III

¹ La présente modification de loi est sujette au référendum.

² Elle entre en vigueur le 1^{er} janvier 2005 en l'absence de référendum, ou le 1^{er} janvier de l'année qui suit son acceptation par le peuple.

⁴ FF 2003 6297

Arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie

du

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,

vu l'art. 167 de la Constitution¹,

vu l'art. 66, al. 2, de la loi fédérale du 18 mars 1994² sur l'assurance-maladie (LAMal),

vu le message du Conseil fédéral du ...³,

arrête:

Article 1

Pour les années 2005 à 2008, les subsides fédéraux s'élèvent à:

- a. 2584 millions de francs pour l'année 2005 ;
- b. 2662 millions de francs pour l'année 2006 ;
- c. 2741 millions de francs pour l'année 2007 ;
- d. 2824 millions de francs pour l'année 2008.

Art. 2

Le présent arrêté n'est pas sujet au référendum.

¹ RS 101

² RS 832.10

³ FF 2004 ...

Projets de révisions dans l'assurance-maladie pour la procédure de consultation

Projet 1D Participation aux coûts

- Rapport explicatif
- Propositions législatives
- Propositions de modifications de l'OAMal

**Révision partielle de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur
l'assurance-maladie**

Partie relative à la participation aux coûts

**Révision partielle de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur
l'assurance-maladie**

Rapport explicatif

Introduction

1 **Partie générale**

Selon l'art. 64, al. 2, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10), les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient ; leur participation comprend un montant fixe par année (franchise) et 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part). Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise et le montant maximal annuel de la quote-part (art. 64, al. 3, LAMal). Pour les enfants, aucune franchise n'est exigée et le montant maximum de la quote-part est réduit de moitié. Au 1^{er} janvier 2004, le Conseil fédéral a relevé la franchise ordinaire à 300 francs et le montant maximal annuel de la quote-part à 700 francs pour les adultes (art. 103, al. 1 et 2 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal, RS 832.102).

Le Conseil fédéral peut autoriser la pratique d'autres formes d'assurance, dans lesquelles l'assuré qui consent à une participation aux coûts plus élevée bénéficie en contrepartie d'une réduction de prime (art. 62, al. 2, let. a, LAMal). Il prévoit des franchises à option se montant à 400, 600, 1200 et 1500 francs pour les adultes, et à 150, 300 et 375 francs pour les enfants (art. 93, al. 1, OAMal). Les assureurs peuvent réduire les primes et le Conseil fédéral fixe les rabais maximaux (art. 95 OAMal). Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance, ainsi que le changement d'assureur, sont possibles pour la fin d'une année civile (art. 94 OAMal).

1.1 **Rappel des faits**

1.1.1 **Projet: « Bases de la 3e révision partielle de la LAMal »**

Lors de sa séance spéciale du 22 mai, le Conseil fédéral a chargé le Département fédéral de l'intérieur (DFI), entre autres, d'élaborer des propositions visant à maîtriser la demande en modifiant la participation aux coûts et d'en analyser les effets incitatifs économiques. Ces travaux devaient constituer les bases d'une 3^e révision de la LAMal.

Le DFI a donc constitué un groupe de travail qu'il a placé sous la direction du professeur Heinz Schmid, actuaire. Ce groupe comprend des représentants des assureurs-maladie suisses (santésuisse), de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (aujourd'hui Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sanitaires), de la Fédération des médecins suisses (FMH), de l'Organisation suisse des patients (OSP) et de la Patientenstelle Zurich, ainsi que du Département fédéral de l'économie (DFE) et de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS). Le groupe a notamment examiné des modèles de participation aux coûts en fonction du revenu et des prestations, et étudié d'éventuelles modifications du système en vigueur. Le professeur Schmid a résumé dans un rapport les données chiffrées et les effets de différents modèles. Ce rapport, qui n'est pas encore publié, montre qu'en ce qui concerne l'influence de la participation aux coûts sur le com-

portement des assurés, la question est délicate, car ce sont plutôt les assurés en bonne santé et bénéficiant d'une bonne situation économique qui optent pour une participation aux coûts plus élevée.

Le rapport renvoie à une étude de grande ampleur réalisée de 1974 à 1982 aux Etats-Unis (*Rand Health Insurance Experiment*), qui répartissait de manière aléatoire les assurés entre différents modèles de participation aux coûts, et à une étude de S. Felder et A. Werblow, de l'université de Magdeburg, intitulée *Der Einfluss von Zuzahlungen auf die Nachfrage nach medizinischen Leistungen: Empirische Evidenz aus der Schweiz (Influence des paiements supplémentaires sur la demande de prestations médicales : étude empirique en Suisse)*, Congrès annuel du DGSM/DGMS, septembre 2001 (voir ch. 1.1.2).

1.1.2 Résultats de recherche

La première étude mentionnée au ch. 1.1.1, *Rand Health Insurance Experiment*, a montré que la consommation de prestations médicales par les assurés ayant une participation aux coûts très élevée était inférieure d'un tiers environ à celle des assurés ayant une participation aux coûts faible, phénomène qui ne s'explique pas par le choix de traitements plus appropriés. Les consultations chez les psychothérapeutes et les chiropraticiens, en particulier, avaient fortement diminué. L'état de santé, en ce qui concerne les indicateurs étudiés (à l'exception de deux d'entre eux, la prise de la tension artérielle et le contrôle de la vue), n'était pas affecté par la consommation moindre de prestations.

L'autre étude mentionnée au ch. 1.1.1, celle de S. Felder et A. Werblow, a conclu que les règles relatives aux paiements supplémentaires ont une influence significative sur la demande de prestations médicales. La probabilité pour que les assurés fassent usage de prestations dans l'espace d'une année est de 80 % chez ceux ayant choisi la franchise légale minimale et de 43 % seulement chez ceux ayant choisi la franchise à option maximale. Le phénomène augmente avec l'âge des assurés. Les effets sont également significatifs quand l'assuré passe à la franchise directement supérieure : sa consommation de prestations médicales diminue alors de 7,7 %. Si l'on tient compte des indicateurs de l'état de santé, les effets sont moindres, mais restent significatifs.

Dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal, l'examen a porté principalement sur les formes particulières d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations. Les formes particulières d'assurance avec franchise à option sont mentionnées à propos des changements d'assureur. L'analyse a montré que le pourcentage de personnes qui changent d'assureur est minime et que ceux qui changent le plus souvent sont les ménages à revenu élevé, ainsi que les grands ménages (voir Office fédéral des assurances sociales, Aspects de la sécurité sociale, Analyse des effets de la LAMal, rapport de synthèse, Berne 2001, p. 104).

Les rapports de recherche de l'OFAS n° 2/98 et 4/98 (études de Prognos SA sur le choix des formes d'assurance et les coûts de santé assumés par les assurés), qui s'appuyaient sur des enquêtes réalisées auprès des assurés avant l'entrée en vigueur de la LAMal, contiennent des informations sur les choix des assurés et la consom-

mation de prestations médicales. Dans le premier de ces rapports, on constate que les données ne mettent pas en évidence une influence de la franchise sur cette consommation. On s'aperçoit par ailleurs que ce sont principalement des assurés en bonne santé, âgés de 25 à 55 ans et ayant un niveau de formation moyen ou supérieur, qui choisissent une franchise plus élevée. En outre, le revenu équivalent des assurés ayant choisi une franchise à option est plus élevé d'un bon quart que celui des assurés traditionnels.

L'OFAS a publié une statistique des franchises à option 1999, dont l'une des conclusions était que les assureurs paient d'autant moins de prestations que la franchise est élevée. Ce phénomène s'explique par les facteurs suivants (l'influence de chacun des facteurs pris séparément n'est pas chiffrable) :

- participation aux coûts élevée,
- structure selon l'âge et le sexe (équilibrée par le système de compensation des risques),
- état de santé,
- consommation de prestations consciente des coûts.

Une analyse longitudinale publiée en 2003 par l'OFAS dans la série « Statistiques de la sécurité sociale » donne des informations sur l'évolution des franchises annuelles à option (Les franchises 1997-2001, OFAS, Berne 2003). Citons notamment les conclusions relatives aux changements survenus dans le choix du montant des franchises et à la consommation de prestations suivant les différents montants. Sur ce dernier point, l'évolution est intéressante : pendant la durée de l'étude, de moins en moins d'assurés ont choisi la franchise ordinaire et la franchise à option la plus basse, tandis qu'ils étaient de plus en plus nombreux à préférer la franchise la plus élevée (1500 francs). Cette tendance s'est poursuivie durant l'année 2002. Nous ne disposons pas encore des résultats pour les années 2003 et 2004 et ne pouvons donc pas avoir la certitude que la diminution des réductions maximales sur les franchises à option entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2004 incitera les assurés à choisir d'autres franchises.

1.1.3 Deuxième révision de la LAMal

Durant les débats relatifs à la 2^e révision de la LAMal, que le Parlement a refusée lors du vote final durant la session d'hiver 2003, une proposition demandant l'augmentation de la quote-part a été rejetée. Selon cette proposition, la quote-part pour les assurés n'ayant pas choisi une forme particulière d'assurance avec coresponsabilité budgétaire devait être augmentée à 20 %. La version finale maintenait la quote-part à 10 %, mais le Conseil fédéral pouvait l'augmenter et la fixer à 20 % au maximum pour les assurés n'ayant pas choisi une forme d'assurance particulière plus avantageuse. Les assureurs-maladie étaient obligés de proposer des formes d'assurance avec coresponsabilité budgétaire et un choix limité des fournisseurs de prestations. Le Conseil fédéral aurait pu autoriser des exceptions, par exemple pour les régions rurales.

1.1.4 Données chiffrées

En 2002, les dépenses des assureurs-maladie pour les prestations de l'assurance-maladie obligatoire ont atteint 17,1 milliards de francs au total ; sur cette somme, 2,5 milliards ont été assumés par les assurés au titre de la participation aux coûts. Celle-ci se compose des franchises (environ 60 % de la participation, selon une estimation interne de l'OFSP) et des quotes-parts (environ 40 %).

En 2002, 51,8 % des assurés avaient une assurance avec franchise ordinaire, 40,5 % un modèle avec franchise à option et 7,7 % une assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations ou une assurance avec bonus. Parmi les assurés adultes ayant choisi une franchise à option, 24,2 % avaient une franchise de 400 francs, 9,9 % une franchise de 600 francs, 2,5 % une franchise de 1200 francs et 11,4 % une franchise de 1500 francs.

1.2 Objectifs politiques

Avec les modifications proposées ici, le Conseil fédéral veut mettre en place la réglementation la plus simple possible. Celle-ci vise plusieurs objectifs : inciter davantage les assurés à assumer leurs responsabilités en termes de consommation de prestations, accorder une plus grande marge de manœuvre aux assureurs-maladie notamment pour les franchises à option et continuer à garantir l'attractivité de ces assurances. Mais elle doit aussi instaurer un cadre précis afin d'empêcher que les frais supplémentaires deviennent insupportables pour les assurés malades et que les assureurs pratiquent une sélection des risques. En augmentant la quote-part et par conséquent la responsabilité des assurés, le Conseil fédéral espère rendre ceux-ci plus conscients des coûts et ainsi mieux maîtriser ces derniers. Il suit le même raisonnement quand il accorde plus de souplesse aux assureurs pour les franchises à option.

Pour atteindre ces objectifs, la loi prévoit de faire passer la quote-part de 10 à 20 %, de donner au Conseil fédéral la compétence de l'abaisser ou de la supprimer pour certaines prestations, et de conserver le montant maximal annuel de 700 francs.

Selon le Conseil fédéral, cette modification de loi doit être traitée par les Chambres en procédure accélérée, même si l'entrée en vigueur n'est pas possible avant le 1^{er} janvier 2006. En effet, l'augmentation de la quote-part à 20 % aura une influence importante sur le montant des primes ; or les assureurs ont besoin de connaître la réglementation définitive de la participation aux coûts au plus tard au milieu de l'année afin de pouvoir commencer à temps le calcul des primes pour l'année suivante. Le projet relatif à la stratégie globale prévoit bien que le second train de mesures pourra aussi être approuvé durant la session d'hiver 2004, mais des retards sont possibles ; il est donc nécessaire, par prudence, que ce projet soit intégré au premier paquet législatif.

Des modifications de l'OAMal seront proposées en même temps que cette modification de loi ; elles devraient entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2005. Ces modifications de l'ordonnance, qui font partie d'une stratégie globale visant à maîtriser les coûts en renforçant la responsabilité des assurés, concernent les franchises à option. Les assureurs-maladie seraient libres de choisir les réductions de primes associées à chacune des franchises, mais tenus de respecter certaines conditions : tout d'abord, la

prime minimale serait un pourcentage de la prime correspondant à l'assurance avec la franchise ordinaire de 300 francs pour les adultes et sans franchise pour les enfants ; ensuite, la franchise maximale ne dépasserait pas 2500 francs pour les adultes et les jeunes adultes, et 600 francs pour les enfants ; enfin, les réductions de primes – comme la réglementation actuelle le prévoit déjà – ne devraient pas être plus importantes que 80 % du risque de participer aux coûts assumé par les assurés ayant choisi une franchise plus élevée. Pour les adultes, ce risque correspond à la différence entre la franchise ordinaire et la franchise choisie.

1.3 Effets sur le plan de la politique sociale

Avec l'augmentation de la quote-part à 20 %, c'est surtout pour les assurés adultes dont les coûts de santé sont compris entre 300 et 7300 francs par an et pour les enfants dont les coûts vont jusqu'à 3500 francs par an que la participation aux coûts serait plus élevée. La participation aux coûts annuelle maximale pour les assurés adultes ayant choisi la franchise ordinaire resterait de 1000 francs (300 francs de franchise et 700 francs de quote-part), mais ce chiffre serait atteint avec 3800 francs par an déjà, au lieu des 7300 francs actuels. En revanche, les malades chroniques ayant des coûts élevés et qui paient déjà 1000 francs de participation ne verraient pas leurs charges augmenter, pas plus que les enfants qui paient le montant maximal annuel de 350 francs. Pour les assurés de situation économique modeste, notamment les bénéficiaires de prestations complémentaires, la participation aux coûts serait en totalité ou en partie remboursée. L'augmentation de la quote-part reste donc à la portée des personnes concernées. La charge pour les assurés en fonction des coûts annuels est présentée dans le tableau ci-dessous. Les estimations faites par l'administration permettent de dire que ces nouveaux taux réduisent de 3 % au total le volume des coûts à couvrir par les primes.

Charge pour les assurés suivant les coûts annuels et les franchises

(* QP = quote-part)

| Coûts annuels de traitement | Franchise 300 francs | | Franchise 1500 francs | |
|-----------------------------|----------------------|---------|-----------------------|---------|
| | QP* 10 % | QP 20 % | QP 10 % | QP 20 % |
| 1000 | 370 | 440 | 1000 | 1000 |
| 2000 | 470 | 640 | 1550 | 1600 |
| 3000 | 570 | 840 | 1650 | 1800 |
| 4000 | 670 | 1000 | 1750 | 2000 |
| 5000 | 770 | 1000 | 1850 | 2200 |
| 6000 | 870 | 1000 | 1950 | 2200 |
| 7000 | 970 | 1000 | 2050 | 2200 |
| 8000 | 1000 | 1000 | 2150 | 2200 |
| 9000 | 1000 | 1000 | 2200 | 2200 |

2

Grandes lignes du projet

2.1

Modifications au niveau de la loi

Le Conseil fédéral prévoit de continuer à inscrire dans la loi une quote-part en pourcentage. La 2^e révision de la LAMal qui a été rejetée proposait de déléguer au Conseil fédéral la compétence de fixer une quote-part de 20 %. Le présent projet fait la proposition inverse : c'est la quote-part de 20 % qui est inscrite dans la loi et le Conseil fédéral peut décider d'un pourcentage inférieur. Les compétences actuelles du Conseil fédéral de diminuer ou de supprimer la participation aux coûts sont beaucoup trop étroites si la quote-part est fixée dans la loi à 20 %.

Le Conseil fédéral privilégie ainsi une solution dans laquelle le pourcentage de base de la quote-part reste inscrit dans la loi, les éventuelles exceptions étant réglées au niveau de l'ordonnance. Le plafond de la quote-part annuelle doit être maintenu à son niveau actuel, afin que le système reste supportable socialement.

Le relèvement général de la quote-part à 20 % ne devrait pas poser de problème d'application. L'élargissement des compétences du Conseil fédéral, qui l'autoriserait à diminuer ou à supprimer la participation aux coûts pour certaines prestations, est à considérer comme une invitation à faire usage de cette possibilité. Par exemple, la quote-part pourrait être fixée à 10 % pour les génériques, mais relevée à 30 % pour une préparation originale s'il existe le générique correspondant, ce qui constituerait un encouragement supplémentaire à la prescription et à la remise de génériques (un générique est en règle générale 30 % moins cher environ que la préparation originale). Par ailleurs, il est nécessaire d'examiner encore en détail un certain nombre d'éléments avant de pouvoir fixer au niveau de l'ordonnance une participation aux coûts plus élevée ou plus basse pour certaines prestations. La législation d'exécution relative à cette modification de loi ne fait pas donc pas l'objet de la procédure de consultation.

2.2

Modifications au niveau de l'ordonnance

Outre les propositions relatives aux deux modifications de loi, le présent projet contient – comme mentionné au ch. 1.2 – des propositions de modifications de l'ordonnance dans le domaine des formes particulières d'assurance avec franchise à option. Il ne s'agit pas des dispositions d'exécution en rapport avec les modifications de loi, mais de modifications qui peuvent entrer en vigueur dès le 1^{er} janvier 2005 indépendamment de l'issue du projet de modification de la loi. Pour le Conseil fédéral, elles sont étroitement liées à sa stratégie globale visant à maîtriser les coûts par des mesures renforçant la responsabilité des assurés, ce qui l'a amené à les ajouter au présent projet.

Les modèles de participation aux coûts que le projet « Bases de la 3^e révision de la LAMal » (voir ch. 1.1.1) avait considérés comme réalisables à court terme ont servi à l'élaboration des présentes propositions. Même si aucun de ces modèles n'a été repris tel quel, la combinaison d'une augmentation de la quote-part et d'un élargissement des franchises à option peut tout à fait y être intégrée.

On ne connaît pas encore les effets des modifications des franchises à option entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, mais il est certain que la réglementation en vigueur restreint considérablement la souplesse des assureurs. De plus, l'attractivité de ces formes particulières d'assurance a été quelque peu entamée par la diminution des taux de réduction maximum autorisés. La pluralité des possibilités accordées par le législateur incite le Conseil fédéral, après l'échec de la 2^e révision de la LAMal, à les rendre plus souples et plus intéressantes. Les modifications proposées visent à laisser plus de liberté aux assureurs pour aménager ces formes particulières d'assurance et leur donnent davantage de responsabilité en ce qui concerne la capacité de financement et l'attractivité de l'offre. Dans l'ordonnance, seuls sont fixés les plafonds des différents niveaux de franchises autorisés pour les adultes et les enfants, ainsi qu'un cadre précis pour les réductions de primes. Pour ces dernières, en termes de montant, il faut s'en tenir à la réglementation qui régit actuellement les réductions maximales autorisées ; mais en termes de pourcentage maximal, la prime minimale à proposer est calculée en fonction de la prime ordinaire pour l'assurance-maladie avec couverture des accidents ; c'est une exigence absolue en matière de rabais pour les formes particulières d'assurance avec franchises à option.

Les problèmes liés à la continuation automatique des franchises actuelles ou au passage à une autre franchise (parce qu'une franchise de même niveau n'est plus proposée) doivent être réglés dans les dispositions transitoires relatives à la modification de l'OAMal.

3 Partie spéciale : commentaire des différents articles

3.1 Modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

Art. 64, al. 2, let. b

La quote-part doit être augmentée de 10 à 20 %, d'une part, pour alléger les charges de l'assurance-maladie et, d'autre part, pour inciter les assurés et les fournisseurs de prestations à être davantage conscients des coûts.

Le fait de doubler la quote-part devrait pousser les assurés à consommer moins de prestations et des prestations moins chères. De plus, ce serait l'occasion pour les fournisseurs de proposer des prestations plus avantageuses et de justifier leurs coûts auprès des assurés.

Néanmoins pour que cette mesure n'augmente pas les frais que doivent assumer actuellement les assurés atteints de graves maladies ou de maladies chroniques, le Conseil fédéral entend laisser la quote-part maximale des adultes telle qu'elle figure à l'art. 103, al. 2, OAMal, c'est-à-dire à 700 francs. Pour les enfants, le montant selon l'art. 64, al. 4, LAMal reste donc à 350 francs. Le Conseil fédéral envisage aussi de laisser la franchise ordinaire à 300 francs.

Il s'ensuit qu'une personne assurée qui a opté pour la franchise ordinaire participera toujours aux coûts à concurrence de 1000 francs au maximum par année. Mais alors que ce montant correspondait jusqu'ici à des coûts de 7300 francs, il sera désormais

atteint avec des coûts de 3800 francs. C'est pour les assurés adultes dont les coûts de santé sont de l'ordre de 300 à 7300 francs et les enfants dont les coûts vont jusqu'à 3500 francs que la participation sera la plus élevée.

Art. 64, al. 6, let. b

Le Conseil fédéral peut intervenir à deux niveaux : prévoir pour certaines prestations une participation aux coûts plus élevée (let. a) et réduire ou supprimer la participation aux coûts des traitements de longue durée et du traitement de maladies graves (actuelle let. b). Le Conseil fédéral a délégué cette compétence au DFI (voir art. 105 OAMal) ; ce dernier n'en a pas encore fait usage.

Comme la quote-part doit être relevée à 20 %, les compétences du Conseil fédéral en matière d'augmentation ou de suppression de la participation aux coûts ont besoin d'être élargies, quelle que soit la durée du traitement ou la gravité de la maladie. Le Conseil fédéral aurait ainsi la possibilité de moduler la quote-part (voir point 2.1 ci-dessus).

3.2 Modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)

Art. 93, al. 1 et 1bis

La réglementation en vigueur connaît des franchises à option de 400, 600, 1200 et 1500 francs pour les adultes et de 150, 300 et 375 francs pour les enfants. Un assureur qui pratique cette forme d'assurance est tenu de proposer toutes les franchises à option, de sorte que les assurés puissent comparer facilement les rabais que les différents assureurs accordent selon la franchise choisie.

Avec la modification de l'ordonnance, les assureurs déterminent librement les franchises à option qu'ils proposent. Ils sont ainsi plus flexibles et peuvent adapter leurs offres aux besoins de leurs assurés en proposant les franchises qui leur conviennent le mieux et les plus intéressantes possibles. Les assurés font différents usages des franchises à options actuelles (voir point 1.1.4 ci-dessus) et, jusqu'en 2002, ils avaient tendance à conclure de plus en plus souvent une assurance avec la franchise maximale (1500 francs ; voir point 1.1.2 ci-dessus).

Les franchises plus élevées présentent toutefois un inconvénient pour les assurés : ils doivent assumer des coûts élevés lorsqu'ils tombent malades ou lorsqu'ils ont un accident (dans le cas où leur assurance-maladie couvre aussi les accidents). Si l'on veut limiter le risque financier assumé par les assurés, il faut plafonner les franchises à 2500 francs pour les adultes, y compris les jeunes adultes, et à 600 francs pour les enfants. Un assureur doit pouvoir fixer des franchises différentes pour chaque groupe d'âge (enfants, jeunes adultes et adultes). Il lui est ainsi loisible de proposer pour les jeunes adultes des franchises différentes de celles des adultes et de celles des enfants. Cela peut se révéler judicieux pour deux raisons : les primes des jeunes adultes se situent en règle générale entre celles des adultes et celles des enfants et, du point de vue de la réduction des primes, les incitations peuvent être différentes.

L'assureur fixe les montants des franchises qui sont un multiple de 100 francs pour les adultes et les jeunes adultes et de 25 francs pour les enfants. Cette mesure doit permettre aux assurés et à l'autorité de surveillance de comparer plus facilement les primes prélevées pour chaque franchise. De plus, l'assureur n'a pas le droit d'appliquer des franchises différentes dans un même canton.

Art. 95, al. 1bis et 2

L'art. 95 indique les rabais qui peuvent être accordés sur l'assurance avec franchises à option. Comme jusqu'ici, les assureurs fixent le montant dont ils réduisent la prime selon les exigences d'assurance. Le droit en vigueur stipule que le rabais maximum que les assureurs peuvent accorder sur des franchises à option est fixé, d'une part, en pourcentages par rapport aux primes de l'assurance ordinaire (al. 2) et, d'autre part, en montants en fonction du risque de participer aux coûts assumé par les assurés (al. 2bis). L'al. 2 remplace le rabais maximal en pourcentage par l'obligation de fixer une prime qui doit s'élever à au moins 50 % de la prime de l'assurance ordinaire.

Le DFI a aussi demandé au professeur Schmid d'élaborer des propositions de participation aux coûts. Il disposait de deux types d'information : des données sur les assurés malades (répartis par âge, sexe et canton de domicile), fournies par les grandes caisses d'assurance, et des coûts bruts de traitement que ces dernières avaient assumés en 2001. Vu leur taille, ces assureurs couvrent environ 80 % de l'ensemble des assurés en Suisse. Ces données ont permis au professeur Schmid de calculer la part des coûts que les assurés ayant opté pour des franchises plus élevées ont pris en charge eux-mêmes. En partant d'une quote-part maintenue à 10 % et ne dépassant pas 700 francs par année, il a étudié des franchises allant jusqu'à 2000 francs et il est arrivé à la conclusion que, pour ces franchises, des économies seraient réalisables par rapport à la situation actuelle (voir tableau ci-après).

Facteurs de réduction calculés par le professeur Schmid en fonction des franchises

| Franchise | Facteur de réduction |
|-----------|----------------------|
| 300 | 0 % |
| 500 | 5,0 % |
| 1000 | 15,4 % |
| 1500 | 23,8 % |
| 2000 | 30,8 % |

Le Conseil fédéral s'est basé sur ces calculs pour adapter la réduction de primes maximale au 1^{er} janvier 2004. Il a quelque peu relevé les facteurs de réduction calculés par le professeur Schmid, puisque les factures que les assurés n'ont pas envoyées aux assureurs parce que leur montant total était inférieur à la franchise à option, ne figurent pas dans les données mentionnées. De plus, certaines caisses

présentent de meilleures structures de risques. Les pourcentages calculés par le professeur Schmid ne tiennent d'ailleurs pas compte d'éventuels changements dans le comportement des assurés et dans celui des fournisseurs de prestations, lorsque les premiers ont opté pour des franchises plus élevées.

Les assureurs seront tenus de proposer des primes avec franchises à option d'au moins 50 % de la prime ordinaire (avec couverture des accidents), correspondant au groupe d'âge et à la région de primes de la personne assurée. Cette prime minimale vaut aussi pour les assurés qui ont suspendu leur couverture accidents et pour ceux qui ont une assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations. Les données du professeur Schmid indiquent que la réduction de primes pourrait être d'environ 36 % pour une franchise de 2500 francs. La prime minimale fixée pourrait par exemple être proposée aux jeunes adultes qui sont affiliés à une caisse-maladie pratiquant des primes particulièrement basses dans un canton. La fixation de la prime minimale tient compte du fait que les assureurs versent, notamment pour les jeunes adultes, des contributions élevées au titre de la compensation des risques.

La nouvelle réglementation permet aussi aux assureurs de proposer dans un même canton des rabais différents en pourcentages, ce qui se justifie surtout si l'on considère les différences de primes parfois considérables entre les régions et entre jeunes adultes et adultes. Par conséquent, la dernière phrase de l'al. 1bis doit être supprimée.

Les primes des franchises à option continueront d'être limitées par des montants pour les rabais maximaux. Le 1^{er} janvier 2004, le Conseil fédéral a fixé ces montants : la réduction de primes par année civile ne doit pas être plus importante que 80 % du risque de participer aux coûts assumé par les assurés ayant choisi une franchise plus élevée (al. 2bis). Pour les adultes, ce risque correspond à la différence entre la franchise ordinaire et la franchise choisie. Cette réglementation devant être maintenue, l'al. 2bis reste inchangé. Pour une franchise à option de 2500 francs, le risque augmente de 2200 francs par rapport à la franchise ordinaire de 300 francs. 80 % donnent une réduction de primes maximale de 1760 francs par année ou de 146 fr. 60 par mois. Dans l'assurance obligatoire, aucune franchise n'étant perçue pour les enfants (art. 64, al. 4, LAMal), le risque mentionné correspond à la franchise choisie. Pour une franchise à option de 600 francs, la réduction de prime maximale correspond donc à 480 francs, soit 40 francs par mois. Le tableau ci-après indique pour trois primes différentes les primes minimales avec et sans assurance-accidents.

Exemples de primes selon l'art. 95

| Prime déterminante a) | Franchise b) | Rabais maximal c) | Prime minimale d) | Prime avec couverture accidents | | Primes sans couverture accidents | |
|--------------------------|-----------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|---|----------------------------------|---|
| | | | | Prime minimale effective e) | Taux du rabais par rapport à la prime de base f) | Prime minimale effective g) | Taux du rabais par rapport à la prime de base h) |
| 200 | 500 | 160 | 100 | 187 | 6,7 % | 167 | 7,4 % |
| | 1000 | 560 | 100 | 153 | 23,3 % | 133 | 25,9 % |
| | 1500 | 960 | 100 | 120 | 40,0 % | 100 | 44,4 % |
| | 2000 | 1360 | 100 | 100 | 50,0 % | 100 | 44,4 % |
| | 2500 | 1760 | 100 | 100 | 50,0 % | 100 | 44,4 % |
| 250 | 500 | 160 | 125 | 237 | 5,3 % | 212 | 5,9 % |
| | 1000 | 560 | 125 | 203 | 18,7 % | 178 | 20,7 % |
| | 1500 | 960 | 125 | 170 | 32,0 % | 145 | 35,6 % |
| | 2000 | 1360 | 125 | 137 | 45,3 % | 125 | 44,4 % |
| | 2500 | 1760 | 125 | 125 | 50,0 % | 125 | 44,4 % |
| 300 | 500 | 160 | 150 | 287 | 4,4 % | 257 | 4,9 % |
| | 1000 | 560 | 150 | 253 | 15,6 % | 223 | 17,3 % |
| | 1500 | 960 | 150 | 220 | 26,7 % | 190 | 29,6 % |
| | 2000 | 1360 | 150 | 187 | 37,8 % | 157 | 42,0 % |
| | 2500 | 1760 | 150 | 153 | 48,9 % | 150 | 44,4 % |

- a) La prime déterminante correspond à la prime mensuelle comprenant la couverture accidents pour une franchise ordinaire de 300 francs.
- b) Exemples de franchises à option.
- c) La réduction de primes par année civile selon l'art. 95, al. 2bis, OAMal ne doit pas être plus importante que 80 % du risque de participer aux coûts assumé par les assurés ayant choisi une franchise plus élevée. Elle correspond pour une franchise donnée à un montant fixe.

- d) La prime minimale selon l'art. 95, al. 2 OAMal (nouveau) doit s'élever à 50 % au moins de la prime ordinaire avec couverture des accidents correspondant au groupe d'âge et à la région de prime de l'assuré. Elle représente 50 % de la prime déterminante selon la colonne a).
- e) Prime minimale qui doit être demandée selon les prescriptions de l'art. 95, al. 2 et 2 bis, lorsque les accidents sont également couverts.
- f) Prime selon la colonne e) par rapport à la prime déterminante selon la colonne a).
- g) Prime minimale qui doit être demandée selon les prescriptions de l'art. 95, al. 2 et 2 bis, lorsque les accidents ne sont pas couverts. Le supplément pour la couverture des accidents est estimé à 10 %.
- h) Prime selon la colonne g) par rapport à la prime déterminante selon la colonne a).

Dispositions transitoires

Le Conseil fédéral suppose que les personnes assurées à qui les assureurs ne proposent plus les mêmes franchises à option opteront plutôt pour la franchise directement supérieure. De ce fait, dès le 1^{er} janvier 2005, les personnes assurées ayant choisi une franchise à option la garderont et, si leur assureur ne la propose plus dans leur canton de domicile pour leur classe d'âge, elles se verront attribuer la franchise directement supérieure, pour autant qu'elles n'aient pas opté pour une autre franchise avant le 31 décembre 2004. Ainsi, toute personne assurée sait quelle franchise lui est appliquée. Cette réglementation peut aussi concerner les assurés qui, à la fin de l'année, passent de la catégorie des enfants à celle des adultes.

A causes des modifications importantes concernant les franchises à option, les caisses ont jusqu'au 31 octobre 2004 pour indiquer par écrit à toutes les personnes qui leur sont affiliées qu'elles proposent de nouvelles franchises à option et quelles sont les réductions de primes correspondantes. Cette disposition doit entrer en vigueur le 1^{er} octobre 2004.

4 Conséquences

4.1 Conséquences financières

4.1.1 Conséquences pour la Confédération

Le relèvement de la quote-part à 20 % devrait influencer sur les subventions fédérales allouées aux cantons pour l'octroi de prestations complémentaires selon l'art. 1a, al. 1, en corrélation avec l'art. 3d, al. 1, let. f, de la loi fédérale du 19 mars 1965 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LPC, RS 831.3) et occasionner des charges supplémentaires estimées à 8 millions de francs.

4.1.2 Conséquences pour les cantons et les communes

Le relèvement de la quote-part aura une incidence pour les cantons : ils seront plus fortement mis à contribution qu'aujourd'hui pour la prise en charge de la participation aux coûts dans le cadre des prestations complémentaires selon l'art. 3d,

al. 1, let. f, LPC ou le remboursement des frais de maladie au titre de l'aide sociale. L'augmentation de la part des cantons aux prestations complémentaires est estimée à 27 millions de francs.

Sur la base des réglementations cantonales, des participations aux coûts sont aussi prises en charge pour certains bénéficiaires de l'aide sociale dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Par conséquent, les budgets de l'aide sociale des cantons et des communes verront leurs frais augmenter par suite de l'augmentation de la quote-part. La Confédération ne dispose cependant d'aucune donnée à ce sujet.

4.2 Conséquences pour l'assurance-maladie

Les estimations faites par l'administration permettent de dire que si l'on double la quote-part, le volume des primes sera réduit de quelque 3 %. Ces estimations supposent que la quote-part annuelle maximale reste à 700 francs et la franchise ordinaire à 300 francs pour les adultes et qu'il n'y a pas de franchise pour les enfants. L'assurance-maladie obligatoire aurait ainsi 500 millions de francs de moins à assumer (voir récapitulatif ci-après).

Effets du relèvement de la quote-part de 10 à 20 %

| Participation aux coûts : coûts supplémentaires à la charge des assurés | en % des coûts globaux | en millions de francs |
|--|---------------------------|--------------------------|
| Adultes (quote-part maximale 700 francs) | 2,9% | 419 |
| Enfants (quote-part maximale 350 francs) | 6,8% | 74 |
| Total | | 493 |

Le relèvement de la quote-part de 10 à 20 % a deux effets : les assurés malades assument une participation aux coûts plus élevée ; les assureurs – et par là l'ensemble des assurés – sont déchargés d'autant. Ce transfert de charges dépend de la franchise choisie. Les coûts à la charge des assureurs seront diminués de 3,3 % pour l'assurance avec la franchise de base de 300 francs, taux qui s'abaisse pour l'assurance avec des franchises plus élevées, mais atteint encore 2,6 % pour la franchise à option de 1500 francs. Si l'on considère la répartition des assurés selon les différents échelons de franchise, les assureurs verront leur charge diminuer de 419 millions de francs au total, soit 2,9 % pour les adultes. Pour les enfants, suivant ce même raisonnement, la charge serait allégée de 74 millions de francs, soit 6,8 %. Le relèvement de la quote-part charge proportionnellement davantage les enfants, notamment parce que ceux-ci ne paient pas de franchise ordinaire et que seulement 11 % des enfants ont un régime d'assurance avec une franchise. Avec la nouvelle réglementation, leur charge augmentera de plus du double de celle des adultes.

4.3 Conséquences économiques

L'augmentation de la quote-part de 10 à 20 % est, d'une part, un instrument de pilotage et, d'autre part, un instrument de financement. Une quote-part élevée incitera les assurés à consommer les prestations médicales en toute connaissance de cause, donc à renoncer aux prestations superflues. Même si l'on sait que l'augmentation des quotes-parts est liée à une diminution des prestations, le comportement plus conscient des assurés n'est pas la seule explication de ce changement, d'autres causes sont liées au système d'assurance (S. Felder, A. Werblow, p. 3) Lorsque l'on recourt cependant à l'augmentation de la quote-part, l'efficacité s'accroît au niveau national : le renoncement à des prestations superflues pour obtenir le même résultat concernant l'état de santé permet d'utiliser les ressources dans un autre but. Néanmoins pour limiter les effets indésirables dans le domaine de la politique sociale, la quote-part doit rester plafonnée à 700 francs.

L'augmentation proposée permettra de réduire le volume des coûts de quelque 3 % dans l'assurance obligatoire des soins. Les futures primes seront réduites pratiquement dans la même mesure. Autrement dit, seule l'augmentation des coûts supérieure à l'estimation des 500 millions de francs augmentera les primes durant l'année de la modification de loi. On pourra étudier par la suite s'il s'agit d'un transfert unique à la charge des assurés qui assument les prestations de l'assurance obligatoire des soins ou si le changement de comportement induit est durable. Même si cet instrument déploie les effets souhaités, les conséquences d'un changement de comportement n'apparaîtront que peu à peu ; il ne faut pas s'attendre à des effets soudains et marqués sur la consommation privée, ni à des répercussions sur le marché du travail et sur celui des biens. Du reste, 500 millions de francs équivalent approximativement à 1 ‰ du produit intérieur brut ou 2 ‰ de la consommation des ménages privés. Ces comparaisons permettent aussi de conclure que la modification de loi n'aura qu'une incidence minimale sur l'économie nationale.

5 Programme de la législature

Le projet figure déjà dans le rapport sur le programme de la législature 2003-2007 du 25 février 2004 en tant qu'objet des Grandes lignes (FF 2004...).

6 Bases juridiques

6.1 Constitutionnalité

Le présent projet se fonde sur l'art. 117 de la Constitution fédérale.

6.2 Délégation de compétences législatives

L'art. 96 LAMal prévoit la délégation au Conseil fédéral de la compétence d'édicter les dispositions d'exécution nécessaires dans le domaine de l'assurance-maladie sociale. Le présent projet l'habilite en outre à légiférer dans les domaines suivants:

Augmentation ou diminution de la quote-part de 20 % (art. 64, al. 6).

**Loi fédérale
sur l'assurance-maladie
(LAMal) (participation aux coûts)**

Modification du

*L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,
vu le message du Conseil fédéral du¹,
arrête:*

I

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie² est modifiée comme suit:

Art. 64, al. 2, let. b et 6, let. b

² Leur participation comprend:

b. 20 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part).

⁶ Le Conseil fédéral peut:

b. réduire ou supprimer la participation aux coûts de certaines prestations;

II

¹ La présente loi est sujette au référendum.

² Elle entre en vigueur, en l'absence de référendum, le 1^{er} janvier 2006 ou le 1^{er} janvier de l'année qui suit son acceptation par le peuple.

**Ordonnance
sur l'assurance-maladie
(OAMal) (participation aux coûts)**

Modification du ...

*Le Conseil fédéral suisse
arrête:*

I

L'ordonnance du 27 juin 1995¹ sur l'assurance-maladie est modifiée comme suit:

Art. 93, al. 1 et Ibis (nouveau)

¹ Les assureurs peuvent pratiquer, en plus de l'assurance des soins ordinaire, une assurance dans laquelle les assurés peuvent choisir une franchise plus élevée que le montant fixé à l'art. 103, al. 1 (franchise à option). Les franchises à option peuvent se monter au plus à 2'500 francs pour les adultes et les jeunes adultes et au plus à 600 francs pour les enfants. Un assureur peut offrir des franchises différentes pour les adultes, les jeunes adultes et les enfants. Celles-ci s'appliquent à l'ensemble du canton.

^{Ibis} Les assureurs fixent le montant des franchises selon l'al. 1 pour les adultes et les jeunes adultes en montants qui correspondent à un multiple de cent francs, et pour les enfants en montants qui correspondent à un multiple de 25 francs.

Art. 95, al. Ibis et 2

^{Ibis} Les assureurs fixent le montant dont ils réduisent la prime selon les exigences d'assurance. Ils respectent les réductions de primes maximales prescrites aux al. 2 et 2bis.

² La prime de l'assurance avec franchises à option s'élève à au moins 50 % de la prime de l'assurance ordinaire avec couverture des accidents pour le groupe d'âge et la région de prime de l'assuré.

II

Dispositions transitoires

¹ Les assureurs doivent informer par écrit chaque assuré jusqu'au 31 octobre 2004 au plus tard sur les nouvelles franchises à option et sur les réductions de primes accordées en relation avec celles-ci.

² Pour les assurés qui ont choisi une franchise à option, la même franchise à option s'applique à partir du 1^{er} janvier 2005 ou, si celle-ci n'est pas offerte par leur assureur dans leur canton pour leur groupe d'âge, la franchise à option du montant supérieur le plus proche que leur assureur offre dans leur canton pour leur groupe d'âge, tant qu'ils n'ont pas choisi une autre franchise.

III

¹ La présente modification, sous réserve de l'al. 2, entre en vigueur le 1^{er} janvier 2005.

² L'al. 1 des dispositions transitoires entre en vigueur le 1^{er} octobre 2004.

... 2004

Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération, Joseph Deiss

La chancelière de la Confédération, Annemarie Huber-Hotz