

04.031

**Message  
concernant la révision de la loi fédérale  
sur l'assurance-maladie  
(Stratégie et thèmes urgents)**

du 26 mai 2004

---

Messieurs les Présidents,  
Mesdames et Messieurs,

Nous vous soumettons, par le présent message, une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, en vous proposant de l'approuver.

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

26 mai 2004

Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération, Joseph Deiss

La chancelière de la Confédération, Annemarie Huber-Hotz

---

## Condensé

*L'introduction, le 1<sup>er</sup> janvier 1996, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) a passablement modifié le paysage de la politique sociale et assurancielle. Elle a, d'une part, considérablement amélioré la situation des assurés au regard de la protection contre le risque de la maladie et elle a, d'autre part, introduit des instruments de maîtrise des coûts. La LAMal a pour objectifs de garantir la solidarité entre les assurés et l'accès à des soins de qualité. Des études effectuées à ce sujet permettent de considérer ces objectifs comme atteints. En revanche, l'objectif de la maîtrise des coûts demeure celui dont les résultats sont les moins satisfaisants.*

*Fort de cette constatation, le Conseil fédéral a jugé, dès les premières réformes de la LAMal, qu'il était essentiel de consolider le système là où les résultats se sont révélés positifs et de l'optimiser dans le domaine de la maîtrise des coûts, puisque les instruments n'ont pas déployé tous les effets escomptés. Le Conseil fédéral a estimé que le problème des coûts dans l'assurance-maladie s'explique avant tout par le fait que le contrôle de la quantité des prestations, dans les cas individuels, est insuffisant. Raison pour laquelle les solutions qu'il a proposées se sont essentiellement portées sur des corrections visant à agir sur le volume.*

*Après le rejet de la 2<sup>e</sup> révision de la LAMal, le Conseil fédéral a décidé de relancer le processus de révision de la loi et a poursuivi une stratégie reposant sur deux axes, soit la consolidation et l'optimisation du système.*

*Le Conseil fédéral propose ainsi de présenter les points qui n'ont pas été contestés lors de la 2<sup>e</sup> révision de la LAMal, complétés de certains éléments provenant de travaux préparatoires relatifs à la 3<sup>e</sup> révision. Ces réformes s'inscrivent dans une stratégie uniforme mais ne sont pas présentées dans un message unique: la réforme procèdera en deux temps et par deux paquets législatifs distincts à l'intérieur desquels les révisions seront présentées «individuellement» dans des messages partiels. Le premier paquet législatif se compose de quatre messages.*

*En premier lieu, le présent message. Il règle les aspects thématiques suivants:*

- la prolongation de la compensation des risques: ce système arrive à échéance à la fin de l'année 2005, il est donc 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 n'entraîne 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;*

- 
- *les prescriptions relatives au rapport de gestion et à la présentation des comptes des assureurs;*
  - *l'introduction d'une carte d'assuré.*

*Suivent ensuite les autres messages qui traitent des points suivants:*

- *La liberté de contracter<sup>1</sup>: elle 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.*
- *La réduction de primes<sup>2</sup> 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<sup>e</sup> révision de la LAMal.*
- *Les règles de la participation aux coûts<sup>3</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2005, de nouveaux paramètres pour la participation aux coûts semble peu réaliste, il faut néanmoins clarifier cette question au plus vite.*

*Enfin, le second paquet législatif sera soumis, en principe, au Parlement avant la session d'automne 2004. Il portera sur les systèmes de managed care ainsi que sur le financement hospitalier.*

1 FF 2004 4055

2 FF 2004 4089

3 FF 2004 4121

## Table des matières

<b>Condensé</b>	<b>4020</b>
<b>1 Partie générale</b>	<b>4024</b>
1.1 La nécessité d'une réforme de l'assurance-maladie sociale	4024
1.2 Stratégie de réforme adoptée jusqu'ici	4025
1.3 Stratégie de réforme future après l'échec de la deuxième révision de la LAMal	4026
1.3.1 Principe	4026
1.3.2 Mise en œuvre	4026
1.3.3 Calendrier	4030
1.4 Procédure de consultation relative à la proposition du Conseil fédéral concernant une révision partielle de la LAMal	4033
<b>2 Grandes lignes du projet</b>	<b>4034</b>
2.1 Compensation des risques	4034
2.1.1 Réglementation en vigueur	4034
2.1.2 Analyse et nécessité d'une révision de la réglementation en vigueur	4035
2.1.3 Grandes lignes de la réglementation proposée	4036
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	4036
2.2.1 Réglementation en vigueur	4036
2.2.2 Analyse et nécessité d'une révision de la réglementation en vigueur	4037
2.2.3 Grandes lignes de la réglementation proposée	4037
2.3 Tarifs des soins	4038
2.3.1 Réglementation en vigueur	4038
2.3.2 Analyse et nécessité d'une révision de la réglementation en vigueur	4039
2.3.3 Grandes lignes de la réglementation proposée	4039
2.4 Présentation des comptes	4039
2.4.1 Réglementation en vigueur	4039
2.4.2 Analyse et nécessité d'une révision de la réglementation en vigueur	4040
2.4.3 Grandes lignes de la réglementation proposée	4040
2.5 Carte d'assuré	4041
2.5.1 Réglementation en vigueur	4041
2.5.2 Analyse et nécessité d'une révision de la réglementation en vigueur	4041
2.5.3 Grandes lignes de la réglementation proposée	4042
<b>3 Partie spéciale: commentaires des différents articles</b>	<b>4042</b>
3.1 Dispositions de la LAMal	4042
3.2 Dispositions de la loi fédérale urgente du 21 juin 2002	4044

<b>4 Conséquences</b>	<b>4045</b>
4.1 Conséquences financières	4045
4.2 Conséquences économiques	4045
<b>5 Lien avec la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons</b>	<b>4046</b>
<b>6 Lien avec le programme de la législature</b>	<b>4046</b>
<b>7 Relation avec le droit européen</b>	<b>4046</b>
7.1 Le droit de la Communauté européenne	4046
7.2 Les instruments du Conseil de l'Europe	4047
7.3 Compatibilité du projet avec le droit européen	4048
<b>8 Bases juridiques</b>	<b>4048</b>
8.1 Conformité à la Constitution et à la législation	4048
8.2 Forme de l'acte à adopter	4048
8.3 Délégation de compétences législatives	4048
<b>Loi fédérale sur l'assurance-maladie (<i>Projet</i>)</b>	<b>4051</b>
<b>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 (<i>Projet</i>)</b>	<b>4053</b>

# Message

## 1 Partie générale

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

Lors de son introduction, la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (loi sur l'assurance-maladie, LAMal; RS 832.10), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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, 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: l'analyse des effets montre que la LAMal a comblé les principales lacunes en matière de prestations, permettant ainsi l'accès aux soins à l'ensemble de la population. 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 dans celui 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

certaines effets de la prospérité), il a fallu se rendre à l'évidence que la concurrence entre les assureurs 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 nécessité d'une réforme dans l'assurance-maladie sociale se concentre principalement dans le domaine de la maîtrise des coûts.

## 1.2 Stratégie de réforme adoptée jusqu'ici

La 1<sup>re</sup> révision de la LAMal (modification du 24 mars 2000, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2001; RO 2000 2305 ss) ayant essentiellement apporté des correctifs techniques, le Conseil fédéral, dans son message du 18 septembre 2000 relatif à la 2<sup>e</sup> révision de la LAMal (FF 2001 693 ss), se fondant sur les résultats partiels de l'analyse des effets, a placé au premier plan l'*optimisation du système*: les principes inscrits dans la LAMal doivent être appliqués de manière conséquente sans toutefois remettre le système en question. Les propositions du Conseil fédéral se sont donc limitées à la réalisation des principes de 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 fournies est insuffisant; c'est pourquoi, les solutions qu'il a proposées se sont essentiellement portées 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 double stratégie:

- *Consolidation du système dans la 2<sup>e</sup> révision de la LAMal*: lors des débats parlementaires relatifs à la 2<sup>e</sup> révision de la LAMal, la consolidation du système représentait déjà l'élément principal. Pour que le projet de révision ne soit pas surchargé, il ne devait 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> révision de la LAMal, avec pour objectif principal une meilleure maîtrise des coûts par des incitations économiques et la correction des incitations économiques inopportunes. A cet effet, il a donné mandat au DFI en août 2002 d'approfondir, en collaboration avec des experts, quatre thèmes 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 deuxième révision de la LAMal**

Après l'échec de la 2<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> révision relatives aux différents domaines, qui peuvent être complétées par certains nouveaux éléments résultant des travaux préparatoires de la 3<sup>e</sup> 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 d'augmentation des 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 inadéquates dans les cas individuels, 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. par l'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 ch. 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<sup>e</sup> 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 ch. 1.3.3)*

La LAMal a également introduit une nouvelle réglementation de la prise en charge des coûts dans le domaine des soins: alors que, sous l'ancien droit 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 dus à l'âge. Pour mieux maîtriser cette évolution des coûts dans le domaine Spitex et dans 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>e</sup> 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 traitée par le Conseil des Etats (03.3597 Mo C/SSS-CN/Réforme du financement des soins), charge 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 du fait que la transparence des coûts soit atteinte ou non, 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. Cette façon de procéder, mise en oeuvre lors de la 2<sup>e</sup> révision de la LAMal, devrait donc être prise en considération lors des prochaines étapes législatives.

*Liberté de contracter (voir let. [d] du graphique sous ch. 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 admis par la loi (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 limité dans le temps doit être remplacé par une réglementation, par laquelle l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie est subordonnée 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<sup>e</sup> révision de la LAMal. Les cantons, auxquels la Constitution confère la tâche de garantir à leur population de pouvoir bénéficier de soins médicaux, seraient chargés de fixer le nombre minimum de fournisseurs de prestations avec lesquels les assureurs devront 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 ch. 1.3.3)*

Le problème de l'actuel système de financement de l'assurance-maladie par des primes individuelles (primes par tête), qui doit être conservé, réside dans le fait que les charges sont lourdes pour les ménages comptant plusieurs personnes. C'est pourquoi il avait été proposé, dans le cadre de la 2<sup>e</sup> 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 ménages 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 a rallié une majorité et doit être repris avec une augmentation de 200 millions de francs des subsides fédéraux pour la réduction de primes.

*Participation aux coûts (voir let. [f] du graphique sous ch. 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<sup>e</sup> 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 inappropriées dans les cas individuels, 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<sup>e</sup> révision de la LAMal, sans toutefois toucher au montant maximum autorisé (qui resterait à 700 francs par an). La quote-part des enfants demeurera en revanche à 10 %. C'est là une façon de décharger l'assurance-maladie sans mettre en péril les impératifs sociaux de la participation aux coûts ne préterrant notamment pas des patients atteints de maladies chroniques et les ménages avec enfants.

*Financement hospitalier (voir let. [c] et [g] du graphique sous ch. 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 le fait que le texte de loi et sa logique étaient clairs. Par un arrêt rendu le 30 novembre 2001, le Tribunal fédéral des assurances (TFA; ATF 127 V 422 ss) 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 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<sup>e</sup> révision de LAMal.
- à moyen terme, la 2<sup>e</sup> 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 assu-

reurs-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, favorisant donc la concurrence, a rallié 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 repose sur le rapport prix-prestation et sur la transparence nécessaire du marché.

Cette démarche en deux temps devrait être reprise pour les prochaines étapes de la révision: à court terme, il s'agit pour des 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<sup>e</sup> 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 ch. 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<sup>e</sup> révision de la LAMal, afin de promouvoir ces modèles, les assureurs auraient été obligés de proposer, seuls ou à plusieurs, des formes particulières d'assurance avec un choix limité de fournisseurs de prestations. Le Parlement a prévu que les assureurs devaient proposer des modèles dans lesquels les fournisseurs de prestations doivent être coresponsables du budget convenu. Ceci revenait de fait à les contraindre à proposer un réseau intégré de soins, qui a été 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.

### **1.3.3                    Calendrier**

Une des principales raisons de l'échec de la 2<sup>e</sup> 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 impé-

ratifs du calendrier (priorité donnée aux domaines dont la réglementation actuelle est limitée dans le temps). En appliquant ces critères, on obtient la composition et les prochaines étapes des trains de mesures de la révision de l'assurance-maladie suivantes:

#### *Premier train de mesures*

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

- *Message IA*: 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 prescriptions 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 prescriptions relatives au rapport de gestion et à la présentation des comptes des assureurs (art. 60, al. 4 à 6, de la 2<sup>e</sup> révision de la LAMal) et l'introduction d'une carte d'assuré (art. 42a de la 2<sup>e</sup> révision de la LAMal).
- *Message IB*: la liberté de contracter doit remplacer le gel des admissions des fournisseurs de prestations ambulatoires 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<sup>e</sup> révision de la LAMal).
- *Message IC*: la réduction de primes est l'élément correcteur social central de la prime par tête; pour des raisons de politique sociale, elle devrait donc être présentée et adoptée rapidement, notamment dans la perspective des améliorations en faveur des ménages avec enfants qu'apporte la solution discutée dans le cadre de la 2<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> révision de la LAMal).
- *Message ID*: 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<sup>er</sup> 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*

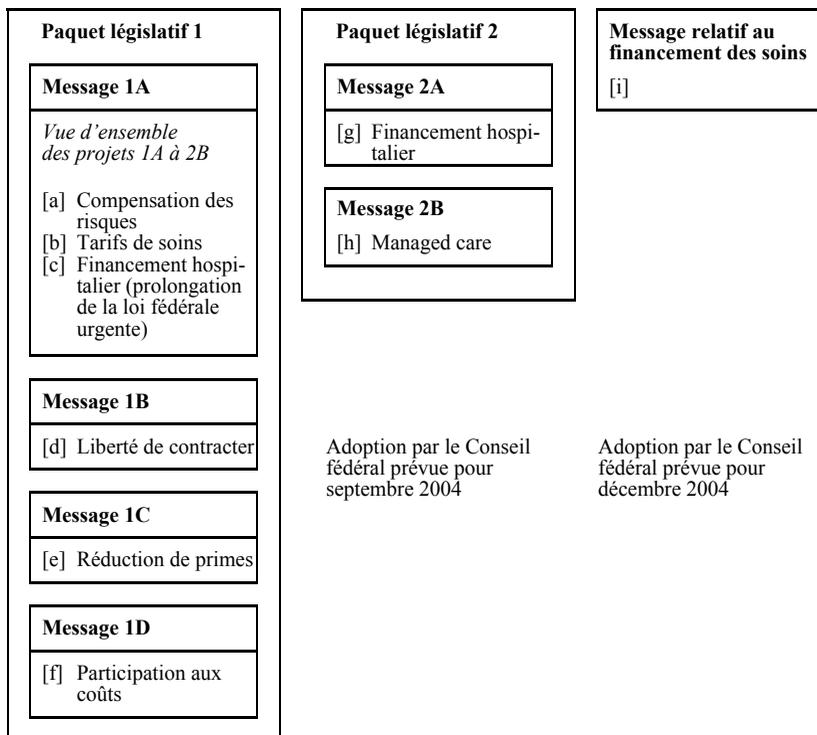
Le second paquet législatif sera soumis au Parlement avant la session d'automne 2004. Là aussi, une procédure accélérée sera demandée, de façon à ce que l'approbation des modifications soit possible durant la session d'hiver 2004. Le second train de mesures est subdivisé comme suit du point de vue thématique:

- *Message 2A*: l'élément essentiel du premier message de la deuxième étape est le financement hospitalier, 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<sup>er</sup> 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, on examinera 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 adopté 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



### 1.4 Procédure de consultation relative à la proposition du Conseil fédéral concernant une révision partielle de la LAMal

La proposition du Conseil fédéral concernant la révision partielle de la LAMal a été mise en procédure de consultation auprès des cantons, des partis politiques et des milieux intéressés en mars 2004. Les résultats montrent que le projet mis en consultation a reçu un accueil différencié selon les dispositions présentées.

*La stratégie globale* présentée dans le présent projet a été favorablement accueillie par la majorité des participants.

L'introduction d'une *carte d'assuré* (art. 42a) a globalement été saluée. D'aucuns ont souligné le fait que cette carte devait être un pas en direction d'une carte de santé, alors que d'autres participants, en revanche, craignant que des données personnelles ne soient divulguées, ne désirent pas aller au-delà de cette carte d'assuré ou/et insistent pour que les règles relatives à la protection des données soient renforcées.

Les dispositions relatives à *la présentation des comptes* n'ont pas soulevé de remarques particulières.

En ce qui concerne *la prolongation de la compensation des risques*, les opinions concordent sur la nécessité d'une prolongation alors que sur la compensation des risques elle-même (qui ne fait l'objet d'aucune modification matérielle dans le présent projet), les avis sont fort partagés. Certains prônent le maintien de la compensation des risques telle qu'elle existe, alors que d'autres souhaitent que ces 5 années de prolongation puissent servir à mener des réflexions plus approfondies sur son fonctionnement et son existence futurs (critère de la morbidité, pool de risques élevés, suppression totale).

*La disposition transitoire* concernant le gel des tarifs-cadre, a été sans nul doute la disposition la plus contestée du présent message. Les participants ont principalement demandé – lorsqu'un refus total au gel n'a pas été exprimé – à ce que la protection tarifaire soit assouplie. Ils ont également évoqué l'inégalité de traitement entre les cantons qui connaissent des échelons tarifaires différents. Ils demandent également à ce que seuls les EMS soient concernés.

*La loi fédérale urgente sur le financement des hôpitaux* s'est principalement heurtée à une critique: la durée de la prolongation. En effet, la plupart des participants estiment que la prolongation doit aller au-delà de 2006. Certains participants souhaitent que les cliniques privées soient également incluses.

## **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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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. Comme les assurés jeunes et bien portants allaient continuer à utiliser la possibilité de changer d'assureur, il était prévisible, si l'on introduisait le libre passage intégral sans facteur de correction, que les assureurs ayant une structure de risques défavorable présenteraient 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 auraient diminué, même si lentement, grâce au libre passage et l'on a également cru que la compensation des risques ne pouvait conduire au 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<sup>e</sup> 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 assureurs.

### **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<sup>e</sup> 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, 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'assurance 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 corresponde aux exigences 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), 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<sup>e</sup> révision de la LAMal. Cette dernière 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 166 s.), 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 LAMal, 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 et non purement et simplement dans le cadre d'une disposition transitoire.

## **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 intégralement 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 93 ss), 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 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS; RS 832.112.31) au 1<sup>er</sup> 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 dans 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 de l'idée 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.

Lors de la procédure de consultation, les cantons ainsi que les organisations représentantes des soins ont demandé que la protection tarifaire soit assouplie pour les EMS, car l'on pourrait craindre des litiges ou des transferts latents de charges au détriment des contribuables. Or si la protection tarifaire venait à être assouplie, on pourrait craindre de ne plus pouvoir dissocier, en termes de coûts, les prestations relevant strictement de la LAMal et celles relatives à l'encadrement et à l'hôtellerie, ce qui pourrait entraîner une transparence insuffisante de la facturation. Si les fournisseurs de prestations ne sont plus sollicités, on risque de provoquer un désintéret pour un réaménagement ordinaire du financement des soins. Par ailleurs, les tarifs-cadre doivent garantir le remboursement des prestations de soins relevant de la LAMal conformément aux critères de l'art. 32 LAMal (à savoir, l'adéquation et le caractère économique). En outre, les niveaux de tarifs les plus élevés devront être augmentés et les tarifs-cadre ne seront valables qu'un certain temps: le message relatif à la réforme ordinaire du financement des soins doit en effet être soumis au Parlement cette année encore. Pour ces motifs, le Conseil fédéral renonce explicitement à assouplir la protection tarifaire.

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

L'OCP est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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<sup>e</sup> révision de la LAMal, de maintenir ces tarifs jusqu'à l'entrée en vigueur de la révision 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 le présent projet la démarche amorcée au cours de 2<sup>e</sup> 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 mais 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 85a de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (ordonnance sur l'assurance-maladie, OAMal; RS 832.102)

RS 832.102) pour définir la présentation des comptes dans le domaine du plan comptable uniforme (art. 82 OAMal), de la communication à l'OFSP (art. 85 OAMal), de la publication (art. 85a 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. Conformément à l'art. 85a OAMal, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, un document destiné au public comprenant notamment le rapport de gestion, les données principales et les chiffres doit être établi. Les assureurs doivent mettre ce document à la disposition de toute personne intéressée.

S'agissant de la forme et du contenu du rapport de gestion, l'Office fédéral des assurances sociales<sup>4</sup> 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 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 soient 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'OFSP, autorité de surveillance, par 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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

<sup>4</sup> Le domaine assurance-maladie a été transféré le 1<sup>er</sup> janvier 2004 de l'Office fédéral des assurances sociales à l'Office fédéral de la santé publique.

Conseil fédéral fixe notamment de quelle manière le rapport de gestion doit être rendu accessible au public. Il peut en outre déterminer les cas dans lesquels un compte de groupe doit également être établi.

Ainsi, la transparence dans la présentation des comptes des assureurs-maladie est accrue et les dispositions qui s'appliquent sont en principe 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.

## **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] n° 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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. Elle n'a donc pas de lien direct avec la carte d'assuré mais le revers de la carte d'assuré suisse pourrait être utilisé pour la carte européenne d'assurance-maladie.

### **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 entreprendre l'élaboration d'une base légale dans le cadre des modifications à court terme afin de permettre l'introduction d'un tel instrument 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 durant les travaux parlementaires relatifs à la 2<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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. Les informations que la carte d'assuré contient sont des données personnelles particulièrement dignes de protection au sens de la loi sur la protection des données. Elle ne peut, par conséquent, être utilisée à d'autres fins. Par ailleurs, l'enregistrement et la consultation des données en cas d'urgence ne sont possibles qu'avec le consentement de la personne assurée.

## **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.

*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 peut 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 éléments dont la présentation relève de la compétence du Conseil fédéral. Ce dernier doit pouvoir régler au niveau de l'ordonnance les prescriptions – existantes dans le cadre des directives édictées par l'autorité de surveillance – relatives au rapport de gestion des assureurs. Le Conseil fédéral peut fixer 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<sup>bis</sup> (nouveau)*

La durée de validité de la compensation des risques est prolongée de 5 ans au-delà du délai fixé à l'art. 105, al. 4 (expiration de la réglementation en vigueur au 31 décembre 2005).

*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 des tarifs-cadre au 1<sup>er</sup> 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 anticiper 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 prestations 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<sup>er</sup> 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. Au vu des remarques que les cantons ont formulées lors de la procédure de consultation et afin de faciliter l'application de la réglementation en question, l'art. 2 est précisé, quant au déroulement du paiement de la facture, de la manière suivante: le tarif LAMal est d'abord facturé aux assureurs et le montant dû par le canton est exigé par la suite. Le solde est assumé par l'assureur au titre de l'assurance complémentaire ou, à défaut d'assurance complémentaire, par l'assuré lui-même.

## **4 Conséquences**

### **4.1 Conséquences financières**

Les thèmes repris dans le présent projet n'ont que des conséquences financières relativement faibles. Cela 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-cadre 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 0,5 et 5 millions de francs. Ceci est d'une importance marginale pour l'économie publique.

## **5 Lien avec la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons**

La nouvelle péréquation financière a pour objet le désenchevêtrement des tâches, des compétences et des flux financiers entre la Confédération et les cantons, ainsi que la clarification des responsabilités entre ces deux niveaux étatiques (message du Conseil fédéral du 14 novembre 2001; FF 2002 2155). Dans le cadre des travaux y relatifs, on examine également une redistribution des tâches dans le domaine des assurances sociales. Les thèmes contenus dans la présente révision ne sont pas concernés par cette redistribution.

## **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 1063).

## **7 Relation avec le droit européen**

### **7.1 Le droit de la Communauté européenne**

Aux termes de l'art. 2 du Traité instituant la Communauté européenne (traité CE), la Communauté a pour mission de promouvoir un niveau de protection sociale élevé. La libre circulation des travailleurs à l'intérieur de la Communauté est consacrée à l'art. 39 du traité CE. Elle requiert une coordination des régimes nationaux de sécurité sociale, ce que prévoit l'art. 42 du traité CE. Le droit communautaire ne prévoit pas l'harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale, les Etats membres conservant la faculté de déterminer la conception, le champ d'application personnel, les modalités de financement et l'organisation de leur système de sécurité sociale. La coordination des régimes nationaux de sécurité sociale est mise en oeuvre par le règlement du Conseil n° 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 et par son règlement d'application n° 574/72 (Règlements codifiés par le règlement du Conseil n° 118/97, JOCE n° L 28 du 30.1.1997, p. 1; modifiés en dernier lieu par le règlement du Conseil n° 859/2003, JOCE n° L 124 du 20.5.2003, p. 1). Depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002, date de l'entrée en vigueur de l'accord sur la libre circulation des personnes conclu avec la CE et ses Etats membres, la Suisse participe à ce système de coordination multilatérale. Ce système ne peut fonctionner que lorsque toutes les parties appliquent les mêmes règles.

Dans le but de simplifier l'application de cette coordination, la Communauté européenne remplace les formulaires en papier qui permettent aux assurés de bénéficier de soins en cas de séjour dans un autre Etat membre par un support format carte de crédit. Cette adaptation technique est reprise par la Suisse dans le cadre d'une mise à jour de l'annexe II de l'accord sur la libre circulation des personnes conclu avec la CE.

La recommandation du 27 juillet 1992 relative à la convergence des objectifs et politiques de protection sociale (JOCE n° L 245 du 26.8.1992, p. 49) invite les Etats membres à assurer notamment aux personnes qui résident légalement sur leur territoire l'accès aux soins nécessaires de santé ainsi qu'aux mesures visant à la prévention des maladies.

## **7.2 Les instruments du Conseil de l'Europe**

La Charte sociale européenne du 18 octobre 1961 est le pendant de la Convention européenne des droits de l'homme, pour les droits économiques et sociaux. L'art. 12 consacre le droit à la sécurité sociale: les Etats parties s'engagent à établir ou à maintenir un régime de sécurité sociale, à le maintenir à un niveau satisfaisant, à s'efforcer de le porter progressivement à un niveau plus élevé et à prendre des mesures pour assurer l'égalité de traitement entre les nationaux et les ressortissants des autres Etats parties. La Suisse a signé la Charte le 6 mai 1976, mais le Parlement en ayant refusé la ratification en 1987, ce traité ne lie pas notre pays.

La Charte sociale européenne (révisée) du 3 mai 1996 met à jour et adapte le contenu matériel de la Charte de 1961. Elle constitue un accord distinct de la Charte sociale européenne de 1961 qu'elle n'abroge pas. Le droit à la sécurité sociale figure également à l'art. 12. La Charte sociale révisée est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 1999. La Suisse n'a pas ratifié cet instrument.

Le Code européen de sécurité sociale du 16 avril 1964 a été ratifié par la Suisse le 16 septembre 1977 (RO 1978 1491). Notre pays n'en a toutefois pas accepté la partie II relative aux soins médicaux. Tout Etat qui entend accepter les obligations découlant de la partie II du Code doit notamment garantir l'attribution de prestations médicales aux personnes protégées en cas d'état morbide, quelle qu'en soit la cause, et en cas de maternité. Le bénéficiaire peut être tenu de participer aux frais des soins médicaux reçus en cas d'état morbide et la durée des prestations servies peut être limitée à 26 semaines par cas.

Le Code européen de sécurité sociale est complété par un Protocole qui fixe des normes supérieures. La Suisse n'a pas ratifié le Protocole au Code.

Le Code européen de sécurité sociale (révisé) du 6 novembre 1990 constitue aussi un accord distinct du Code européen de sécurité sociale qu'il n'abroge pas. Le Code (révisé) élève les normes du Code européen de sécurité sociale, notamment par l'extension du champ d'application personnel, par l'octroi de nouvelles prestations et par l'augmentation du montant des prestations en espèces. Il introduit parallèlement une plus grande flexibilité en ce sens que les conditions de ratification ont été assouplies et que les normes sont formulées d'une manière suffisamment souple pour tenir compte au mieux des réglementations nationales. N'ayant été ratifié par aucun pays, le Code (révisé) n'est pas encore en vigueur.



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<sup>e</sup> phrase), présentation des comptes et sécurité financière des assureurs (art. 60, al. 6, 1<sup>re</sup> phrase), publication du rapport de gestion (art. 60, al. 6, 2<sup>e</sup> phrase).

