

09.425

**Initiative parlementaire**  
**Article 64a LAMal et primes non payées**

**Rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique**  
**du Conseil national**

du 28 août 2009

---

Madame la Présidente,  
Mesdames et Messieurs,

Par le présent rapport, nous vous soumettons le projet de modification de la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie<sup>1</sup>, que nous transmettons simultanément au Conseil fédéral pour avis.

La commission propose d'adopter le projet d'acte ci-joint.

28 août 2009

Pour la commission:

Le président, Jürg Stahl

<sup>1</sup> RS 832.10

# Rapport

## 1 Genèse du projet

La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) s'est déjà penchée sur le problème de l'augmentation du nombre d'assurés ne payant pas leurs primes et de la suspension de la prise en charge des coûts des prestations qui en découle: le 22 février 2007, elle a examiné une première fois les conséquences de l'art. 64a LAMal<sup>2</sup>, qui était entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2006, et a chargé l'administration d'élaborer plusieurs solutions en vue de la séance suivante. Le 27 avril 2007, sur la proposition du Département fédéral de l'intérieur (DFI), elle a décidé, par 12 voix contre 12, et grâce à la voix prépondérante du président, de rechercher une solution au niveau de l'ordonnance. Le Conseil fédéral a présenté une modification de l'ordonnance en question, qui est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> août 2007<sup>3</sup>. A sa séance du 25 mars 2009, la CSSS-N a procédé à l'examen préalable de l'initiative parlementaire 07.452 n (LAMal. Modification de l'art. 64a), déposée par le groupe socialiste; durant la séance, l'administration lui a présenté un texte de révision des art. 64a et 65 LAMal, sur lequel le DFI et la Conférence suisse des directrices et directeurs de la santé (CDS) ont trouvé un accord avec l'approbation partielle de Santéuisse. Sur cette nouvelle base, la CSSS-N a décidé à l'unanimité de déposer une initiative de commission, à laquelle son homologue du Conseil des Etats a donné son feu vert sans opposition le 11 mai 2009. Après avoir chargé l'administration de lui présenter un rapport complémentaire pour la séance suivante, la commission a approuvé, le 25 juin 2009, un projet d'acte dont seules les dispositions d'entrée en vigueur restaient à préciser. Le 28 août 2009, la commission a approuvé le présent rapport assorti du projet d'acte par 13 voix contre 7 et 4 abstentions. Elle a renoncé à lancer une consultation sur le sujet, estimant qu'elle connaissait suffisamment les avis des principaux acteurs concernés (cantons, assureurs) suite aux longues négociations qui ont déjà eu lieu.

## 2 Grandes lignes du projet

La réglementation actuelle pour les cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts dans l'assurance-maladie sociale date du 18 mars 2005, lorsque les Chambres fédérales ont adopté l'art. 64a LAMal au vote final<sup>4</sup>. L'al. 2 de cet article prévoit la suspension de la prise en charge des coûts des prestations lorsque, 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. La CDS estime que, depuis l'entrée en vigueur de l'art. 64a le 1<sup>er</sup> janvier 2006, 150 000 personnes environ ont été concernées par une suspension de la prise en charge des coûts des prestations; en conséquence, les fournisseurs de prestations doivent faire face à un grand nombre de factures impayées (qui représentent quelque 80 millions de francs pour les hôpitaux).

<sup>2</sup> RO 2005 3587

<sup>3</sup> Art. 105a ss OAMal (RO 2007 3573; RS 832.102)

<sup>4</sup> BO 2005 N 471; BO 2005 E 393

A sa séance du 27 avril 2007, la CSSS-N a renoncé à entreprendre une révision de la loi, estimant – à l’instar du conseiller fédéral Pascal Couchepin – que les problèmes seraient résolus plus rapidement au niveau de l’ordonnance: la modification proposée (nouveaux art. 105a–e) de l’ordonnance sur l’assurance-maladie (OAMal)<sup>5</sup> a en effet pu entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> août 2007<sup>6</sup>. Cette modification visait en premier lieu à encourager les accords contractuels entre les cantons et les assureurs. Ces négociations entre les cantons et les assureurs n’ont pas permis, pour l’instant, de réaliser des progrès significatifs dans ce domaine.

Dans ce contexte, le chef du DFI a pris l’initiative d’inviter les cantons et les assureurs à des entretiens, qui ont permis de parvenir à un accord portant sur les principaux points. Le résultat de ces entretiens constitue également la base de la présente révision.

La situation est différente selon les cantons et les communes, et les sources d’informations sont relativement peu nombreuses. Plusieurs cantons (BS, GE, NE, VS, VD) ainsi que trois communes du canton de Fribourg (dont la ville de Fribourg) ont conclu des conventions réglant le problème avec les assureurs. Sur la base d’une telle convention, les assureurs signataires s’engagent à renoncer à suspendre la prise en charge des prestations si le canton simplifie la procédure de prise en charge du contentieux. En règle générale, cette dernière se fonde sur l’acte de défaut de biens obtenu dans le cadre de la procédure d’exécution, qui constitue la preuve que la prise en charge concerne effectivement des assurés insolvable. Ces conventions n’ont aucun caractère obligatoire pour les assureurs: dans le canton de Genève, une association d’assureurs (le Groupe Mutuel) a résilié la convention qu’il avait conclue avec le canton, faisant passer la part des assurés concernés par une telle convention de 80 % à moins de 50 %. Dans le canton de Thurgovie, les assurés en demeure sont inscrits sur une liste à laquelle l’accès est réservé à la majeure partie des fournisseurs de prestations, aux communes, au préposé cantonal à la protection des données, à un responsable de l’office cantonal de la santé et à l’office cantonal de l’informatique. Les personnes qui figurent sur cette liste n’ont plus droit aux prestations de l’assurance-maladie sociale, à l’exception des prestations qui relèvent des traitements d’urgence. Dans les cantons qui n’ont conclu aucune convention avec les assureurs, l’art. 64a LAMal est généralement appliqué. Toutefois, les pratiques varient selon les cantons en ce qui concerne les prestations de santé auxquelles les personnes en demeure ont encore accès.

La suspension de la prise en charge des coûts des prestations peut entraîner des difficultés financières pour les fournisseurs de prestations et remet en question le principe même de l’assurance-maladie sociale. En outre, elle a des conséquences négatives sur les personnes concernées, qui risquent de ne plus recevoir les soins dont elles ont besoin.

La révision de la loi vise à apporter une solution sur le long terme en supprimant la suspension de la prise en charge des coûts, en définissant une procédure claire, en réaffirmant la responsabilité financière des cantons et des assureurs et en fixant la manière dont doivent être traitées les créances accumulées jusqu’à l’entrée en vigueur de la révision de l’art. 64a LAMal. Cette dernière privilégie le retour à la situation en vigueur avant le 1<sup>er</sup> janvier 2006, comme le demande l’initiative du canton du Tessin «Loi fédérale sur l’assurance-maladie» (08.323 é). En résumé, le

<sup>5</sup> RS 832.102

<sup>6</sup> RO 2007 3573



sont réglés aux art. 26 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) et 7 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA). Le taux de l'intérêt moratoire est actuellement de 5 % par an.

L'autorité cantonale compétente doit également avoir la possibilité d'agir en faveur de l'assuré avant que la procédure de poursuite n'aboutisse à un acte de défaut de biens, pour cette raison, elle peut demander à l'assureur de lui indiquer le débiteur à l'encontre duquel il a engagé une procédure de poursuite. Lorsque le droit cantonal le prévoit, l'assureur annonce d'office à l'autorité cantonale compétente les débiteurs. Est considéré comme débiteur la personne qui paie habituellement les primes et autres factures pour lui-même ou pour d'autres personnes, par exemple, le père de famille pour son épouse et ses enfants au titre de son obligation d'entretien.

#### *Art. 64a, al. 3*

L'assureur doit annoncer à l'autorité cantonale compétente, par débiteur, les assurés concernés et le montant total des créances relevant de l'assurance obligatoire des soins (primes, participations aux coûts arriérées, intérêts moratoires et frais de poursuite) qui ont donné lieu à des actes de défaut de biens ou à des titres équivalents. Il devra lui fournir également l'attestation de l'organe de contrôle certifiant l'exactitude des montants indiqués. L'autorité cantonale pourra ainsi calculer la part qu'elle doit verser à l'assureur conformément à l'al. 4. La périodicité de l'annonce des données et la fixation des délais sont réglées au niveau de l'ordonnance. Le Conseil fédéral définira les documents considérés comme équivalents à un acte de défaut de biens au niveau de l'ordonnance (cf. al. 7). Il s'agit de documents qui constatent officiellement l'insolvabilité du débiteur et permettent aux cantons d'effectuer le versement de leur part sur une base digne de foi.

Les contrôles effectués par les organes de révision désignés par le canton visent notamment à vérifier l'exactitude du contenu des annonces effectuées par l'assureur: Il s'agit en particulier d'examiner que les données annoncées concernent des primes et des participations aux coûts ainsi que les frais de poursuite relevant de l'assurance-maladie sociale, à l'exclusion de tous les autres frais liés, par exemple, aux assurances complémentaires. L'institution d'un organe de révision va ainsi faciliter la gestion des actes de défaut de biens ou de documents jugés équivalents annoncés par les assureurs et permettre aux cantons d'agir sans tarder.

#### *Art. 64a, al. 4*

Sur la base de l'annonce faite par l'assureur prévue à l'al. 3, l'autorité cantonale compétente versera à l'assureur 85 % du montant total des créances (primes, participations aux coûts, intérêts moratoires) ayant donné lieu à un acte de défaut de biens.

#### *Art. 64a, al. 5*

L'assureur garde l'acte de défaut de biens ou le titre équivalent afin de pouvoir continuer à faire valoir ce titre au delà et indépendamment de la prise en charge par le canton prévue à l'al. 4. L'assureur conserve ce titre conformément aux règles de la LP et jusqu'à ce que l'assuré ait payé intégralement les primes et les participations aux coûts fondées sur un acte de défaut de biens ou sur un titre équivalent ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite.

Lorsque l'assureur obtient de l'assuré le paiement de tout ou partie d'arriérés, l'assureur doit reverser au canton la moitié des montants payés par l'assuré. En effet, comme l'assureur demeure le créancier vis-à-vis de ses assurés, il demeure seul en mesure d'obtenir de nouveaux paiements de la part des assurés débiteurs que ce soit sur la base de nouvelles poursuites ou d'un accord. Il est dès lors justifié que l'assureur conserve la moitié des paiements eu égard aux coûts comme il est juste que le canton puisse récupérer une partie des paiements exécutés pour l'assuré.

*Art. 64a, al. 6*

Les assureurs sont responsables de l'encaissement des primes. Tant que l'assuré en demeure n'a pas payé intégralement les montants arriérés dus, il ne peut pas, sous réserve de l'art. 7, al. 3 et 4, LAMal changer d'assureur. Cette disposition vise ainsi à éviter la multiplication de procédures onéreuses tant d'un point de vue administratif que financier pour les assureurs. Il n'est pas nécessaire que plusieurs assureurs doivent engager une procédure contre un même assuré. Cela facilite ainsi la procédure de poursuite de l'assureur concerné. Par ailleurs, si le changement d'assureur était autorisé pour les assurés en retard de paiement, le moment de la délivrance de l'acte de défaut de biens, et partant du paiement des primes par le canton, serait retardé d'autant. Ce n'est souhaitable ni pour les assureurs ni pour les assurés. Il est donc justifié de reprendre à l'art. 64a révisé cette disposition légèrement modifiée qui est réglée dans l'actuel art. 64a, al. 4.

*Art. 64a, al. 7*

Sur la base de cette disposition, le Conseil fédéral sera chargé de fixer au niveau de l'ordonnance en particulier les tâches de l'organe de révision mandaté par les cantons de désigner les autres titres équivalents à un acte de défaut de biens et de régler les modalités de l'annonce des données des assureurs aux cantons et des versements aux assureurs par les cantons (forme, périodicité, délais). Il règle également les modalités de la procédure de sommation et de poursuite.

*Art. 64a, al. 8*

Quant aux personnes soumises à l'assurance obligatoire en Suisse alors qu'elles résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège, il s'agit principalement de frontaliers et de bénéficiaires de rentes et des membres de leur famille sans activité lucrative, ainsi que des membres sans activité lucrative de la famille des détenteurs d'une autorisation de séjour. Ces assurés sont peu nombreux, environ 22 000, car la plupart d'entre eux ont exercé leur droit d'option et sont assurés dans leur pays de résidence. Etant donné que ces personnes n'ont pas de domicile en Suisse, il convient de déléguer au Conseil fédéral la compétence de prévoir, au niveau de l'ordonnance, une disposition qui tienne compte de leur situation particulière.

*Art. 65, al. 1*

Parallèlement à la révision de l'art. 64a LAMal, il est proposé de modifier l'art. 65, al. 1, LAMal. Cette modification résulte d'une motion (07.3275) acceptée par le Conseil fédéral le 30 mai 2007 et adoptée par le Conseil des Etats le 13 juin 2007 et par le Conseil national le 4 décembre 2007.

En effet, aujourd'hui, le système du versement des réductions des primes est laissé au choix des cantons, le versement est effectué soit aux assureurs, soit aux assurés. Avec cette modification, dorénavant tous les cantons verseront, au plus tard deux ans dès l'entrée en vigueur de cette modification, le montant des réductions des primes directement aux assureurs auprès desquels les assurés bénéficiaires de ces réductions sont affiliés. Le versement des réductions des primes directement aux assurés ne sera plus possible.

Le versement direct des montants alloués au titre de la réduction des primes aux assureurs garantit que ces montants sont effectivement utilisés aux fins de réduction des primes des ayants droit. Ce système permet également de diminuer le risque pour l'assureur de ne pas recouvrer les arriérés de paiement. Ainsi, le lien étroit entre la problématique de la procédure en cas de non-paiement des primes et la réduction des primes justifie que la proposition de modification de l'art. 65, al. 1, LAMal soit présentée en même temps que le projet de révision de l'art. 64a LAMal.

#### *Art. 65, al. 2*

Par souci de simplification administrative et d'économie de frais administratifs, un standard uniforme pour l'échange des données entre les cantons et les assureurs est prévu pour tous les cantons. Le Conseil fédéral en fixe les modalités dans l'ordonnance après avoir entendu les cantons et les assureurs.

#### *Art. 65, al. 4<sup>bis</sup> (nouveau)*

Afin que les bénéficiaires d'une réduction des primes soient informés le plus rapidement possible et que la réduction des primes soit effectivement accordée dès que le droit à celle-ci et le montant sont reconnus, le canton doit informer l'assureur de ce fait suffisamment tôt, de telle manière que l'assureur puisse en prendre connaissance avant la facturation des primes. L'assureur doit ensuite informer l'ayant droit de la réduction effective des primes au plus tard à la facturation suivante des primes.

#### *Art. 65, al. 5*

Comme jusqu'ici, les assureurs seront tenus à une collaboration qui s'étend au-delà de l'art. 82 LAMal réglant l'assistance administrative dans des cas particuliers. Toutefois, dans la mesure où les cantons sont tenus de verser le montant de la réduction de primes directement aux assureurs, en vertu de l'al. 1, ils n'auront plus à les en indemniser. En effet, en cas de non-paiement de la prime par l'assuré, l'assureur recevra désormais au moins la part de la prime correspondant au subside. Il s'agit de tenir compte de cet avantage financier.

#### *Dispositions transitoires de la modification du ...*

##### *Al. 1 et 2*

Ces deux alinéas se réfèrent à l'art. 64a de la présente modification.

Le but visé par ces dispositions transitoires est de régler les cas antérieurs à l'entrée en vigueur de la modification de l'art. 64a LAMal, c'est-à-dire les créances nées avant l'entrée en vigueur de la présente modification.

Jusqu'à présent, aucune obligation au niveau fédéral n'incombait aux cantons de prendre en charge les primes et participations aux coûts irrécouvrables. Ils pouvaient le faire, s'ils le souhaitaient, soit sur la base du droit cantonal, soit notamment dans le cadre de conventions passées avec un ou plusieurs assureurs-maladie. La pratique des cantons est donc différente.

La présente disposition transitoire tient ainsi compte de la pratique des cantons sous l'empire de l'art. 64a LAMal dans son actuelle teneur et leur permet d'autre part de choisir entre deux options.

Dans un premier cas, les cantons peuvent prendre en charge les primes, participations aux coûts, intérêts moratoires et frais de poursuite échus jusqu'à l'entrée en vigueur de la présente modification et ayant donné lieu à un acte de défaut de biens. Les assureurs remboursent alors les prestations fournies ayant fait l'objet d'une suspension de la prise en charge aux débiteurs. Les débiteurs sont selon le système appliqué les assurés, les fournisseurs de prestations ou les cantons, si ces derniers ont accordé des prestations au titre de l'aide sociale, par exemple.

Dans le second cas, les cantons ne prennent pas en charge les arriérés. Les assureurs maintiennent alors les suspensions de la prise en charge des prestations décidées sur la base de l'art. 64a LAMal dans sa teneur actuelle et ne remboursent pas les prestations fournies jusqu'à l'entrée en vigueur de la présente modification. Le remboursement ne sera effectué qu'au moment où l'assuré aura intégralement payé les primes ou les participations aux coûts objets de la réquisition de poursuite, ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite échus.

### *Al. 3*

Cet alinéa se réfère à l'art. 65 de la présente modification.

Les cantons qui versent les réductions des primes directement aux assurés disposeront d'un délai de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification pour s'adapter à la nouvelle disposition (art. 65, al. 1, LAMal). Jusqu'à ce que le canton ait adopté la nouvelle disposition relative au versement direct de la réduction des primes aux assureurs, l'autorité cantonale compétente prendra en charge 87 % de l'ensemble des créances selon l'al. 4 au lieu de 85 %. Il s'agit de tenir compte du fait que l'assureur risque de ne pas recevoir la part de prime correspondant au subside, alors qu'il l'aurait reçue dans un canton versant le montant de la réduction des primes à l'assureur. Par ailleurs, les modalités de versement du subside à l'assuré se traduisent par un avantage financier relatif pour le canton qu'il s'agit de prendre également en compte.

## **4 Conséquences**

### **4.1 Conséquences financières pour la Confédération**

La réglementation du non-paiement des primes concerne les relations entre les assurés, les assureurs et les cantons. Quant à la réglementation concernant les réductions de primes, elle ne porte que sur les modalités de versement desdites réductions par les cantons. Ces nouvelles réglementations n'entraînent aucune nouvelle obligation ni extension d'obligations existantes pour la Confédération. Il n'y a dès lors pas de conséquences ni financières, ni en matière de personnel pour la Confédération.

## **4.2 Conséquences financières pour les cantons**

La plupart de cantons prennent en charge aujourd'hui déjà la totalité des impayés irrécouvrables des assureurs afin que la suspension des de la prise en charge des prestations prévue dans le droit actuel puisse être levée. Certains cantons ont de plus conclu avec certains assureurs des conventions selon lesquelles il n'y a pas de suspension des prestations si le canton garantit le paiement. Cette pratique parfois lourde administrativement et hétérogène est désormais remplacée par une réglementation forfaitaire administrativement simple et valable pour tous les cantons et tous les assureurs.

Par ailleurs, selon la présente révision, si les assureurs parviennent à obtenir de leurs assurés le paiement même partiel des créances qui ont été payées par le canton, ils devront restituer aux cantons 50 % des montants encaissés.

Ainsi est-il difficile de chiffrer l'impact financier de la présente modification, mais on peut supposer que l'effet financier sera minime ou pratiquement nul au regard notamment des allègements administratifs considérables.

En ce qui concerne le système de réduction des primes, là encore, les principes même de la réduction de primes ne changent pas. Seules les modalités de paiements sont concernées: elles seront désormais unifiées sur le plan national. Il ne devrait s'en suivre aucune conséquence financière ni d'effets en matière de personnel.

## **4.3 Conséquences financières pour l'assurance-maladie**

Pour les assureurs-maladie, l'avantage principal de la présente modification consiste en ce qu'ils ont la garantie de recevoir de la part des cantons 85 % du montant total de leurs créances irrécouvrables, au plus tard lors de la délivrance de l'acte de défaut de biens. Ils peuvent ainsi limiter leurs pertes financières, ce dont en fin de compte bénéficie l'ensemble de leurs assurés. L'effet économique prévisible de cet avantage est difficile à mesurer. L'uniformisation du système de traitement des primes impayées dans toute la Suisse représente aussi pour les assureurs une simplification administrative qui devrait permettre une limitation de leurs frais administratifs, même s'il est difficile d'en chiffrer l'impact.

## **5 Relation avec le droit européen**

Le droit européen (droit de la Communauté européenne et droit du Conseil de l'Europe) n'établit pas de normes dans les domaines que traite le présent projet de révision. Les Etats demeurent libres de déterminer ces aspects comme ils l'entendent.

## **6 Bases légales**

### **6.1 Constitutionnalité et légalité**

Cette loi se fonde sur l'art. 117 de la Constitution qui confère à la Confédération une large compétence en matière d'organisation de l'assurance-maladie.

### **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 dans le domaine de l'assurance-maladie sociale. Le présent projet l'habilite en outre à légiférer dans les domaines suivants: Règlement des tâches de l'organe de révision, les modalités d'annonce des assureurs et de versement des cantons (art. 64a, al. 7), situation des assurés résidant dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège (art. 64, al. 8); modalités d'échange des données selon un standard uniforme (art. 65, al. 2).