13.080

**Message
concernant la modification de la loi fédérale
sur l'assurance-maladie**

**(Compensation des risques. Séparation de l'assurance de base
et des assurances complémentaires)**

du 20 septembre 2013

Madame la Présidente,
Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Par le présent message, nous vous soumettons, en vous proposant de l'adopter, le projet de modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie relatif à la compensation des risques et à la séparation de l'assurance de base et des assurances complémentaires.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Présidente, Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

20 septembre 2013

Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération, Ueli Maurer
La chancelière de la Confédération, Corina Casanova

Aperçu

La compensation des risques doit être inscrite sans limitation de temps dans la loi sur l'assurance-maladie et elle doit également être améliorée; ainsi, l'incitation à pratiquer la sélection des risques sera considérablement réduite pour les assureurs dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. En outre, l'assurance-maladie sociale qui comprend l'assurance obligatoire des soins et l'assurance facultative d'indemnités journalières et que l'on dénomme assurance de base et les assurances complémentaires doivent être séparées, ce qui signifie qu'elles seront dorénavant pratiquées par des sociétés différentes et que, dans les groupes de sociétés, des mesures visant à empêcher l'échange d'informations entre une caisse-maladie pratiquant l'assurance-maladie sociale et une autre société du même groupe seront instituées. Cette mesure amènera davantage de transparence et servira également à combattre la sélection des risques.

Situation actuelle

L'assurance obligatoire des soins (AOS) est actuellement pratiquée par 61 assureurs-maladie dans un régime de concurrence. Elle se fonde sur le principe de solidarité et est financée au moyen d'une prime uniforme. Les assureurs sont ainsi incités à assurer des risques aussi bons que possible et à cette fin de pratiquer la sélection des risques. La compensation des risques provisoire dans sa forme actuelle n'arrive pas à entraver ce phénomène de manière suffisante.

Un autre point critiqué dans le système actuel est en outre la transparence restreinte des assureurs-maladie qui pratiquent l'assurance-maladie sociale et les assurances complémentaires dans la même société. La transparence restreinte concerne en premier lieu les aspects financiers mais certains problèmes de protection des données entre les deux domaines d'assurance ne peuvent pas être entièrement exclus malgré les règles de droit en vigueur en matière de protection des données.

Dans le présent projet, le Conseil fédéral propose les adaptations nécessaires dans le système d'assurance-maladie afin de l'améliorer.

Contenu du projet

Le perfectionnement du régime de compensation des risques et son inscription définitive dans la loi réduiront considérablement les incitations des assureurs à pratiquer la sélection des risques dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins.

Par ailleurs, l'assurance-maladie sociale qui comprend l'assurance obligatoire des soins et l'assurance facultative d'indemnités journalières et que l'on dénomme assurance de base et les assurances complémentaires doivent être séparées et être pratiquées à l'avenir par des sociétés (entités juridiques) distinctes. Il faudra également instituer des mesures visant à empêcher l'échange d'informations entre une caisse-maladie et une autre société du même groupe. Cette mesure amènera davantage de transparence et servira également à combattre la sélection des risques.

L'introduction de mesures contre la sélection des risques permettra de maintenir la concurrence entre les assureurs et de faire en sorte qu'elle s'exerce davantage là où le législateur le voulait à l'origine, c'est-à-dire au niveau de la qualité des offres d'assurance, des prestations et du contrôle des coûts.

Message

1 **Présentation du projet**

1.1 **Situation actuelle**

1.1.1 **Réglementations actuelles**

Compensation des risques

L'assurance obligatoire des soins est fondée sur le principe de la solidarité et est financée au moyen de primes uniformes. Cela signifie que chaque assuré paie, indépendamment de son âge, de son sexe ou de tout autre indicateur de son état de santé, la même prime à la même caisse-maladie du même canton pour le même modèle d'assurance (art. 61 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, LAMal)¹. La prime unique garantit la solidarité entre bien-portants et malades, les premiers payant pour les seconds. Mais cette prime ne correspond pas au risque effectif, c'est-à-dire au risque que l'assuré représente pour l'assureur de tomber malade et de générer ainsi des frais à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Il s'ensuit que les assureurs ont intérêt à assurer des risques aussi bons que possible et sont incités de ce fait à pratiquer une sélection des risques. Autrement dit, ils ciblent leur publicité sur les personnes en bonne santé, les «bons risques», pour qu'elles s'assurent auprès d'eux, tout en cherchant à décourager les personnes malades, ou «mauvais risques», soit en mettant des obstacles à leur affiliation, en dépit de l'obligation d'admission fixée par l'art. 4 LAMal, soit en les incitant à résilier leur affiliation auprès d'eux.

C'est pour réduire cette incitation que la compensation des risques a été mise en place. Introduite en Suisse par l'arrêté fédéral du 13 décembre 1991 sur des mesures temporaires contre la désolidarisation dans l'assurance-maladie², entré en vigueur le 1^{er} janvier 1993, la compensation des risques a été transposée dans le droit ordinaire avec l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996. La LAMal prévoyait d'abord la compensation des risques pour une durée limitée à dix ans et ne prenait en compte comme critères de risque que l'âge et le sexe. Mais sa durée de validité a été prolongée à plusieurs reprises, la dernière fois en 2011. La compensation des risques figure actuellement dans les dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007, et le présent projet prévoit de l'inscrire dans la LAMal pour une durée indéterminée.

Dans le système actuel, la compensation des risques est le principal instrument de lutte contre la désolidarisation entre assureurs-maladie. Elle crée une compensation entre les assureurs dont l'effectif d'assurés présente un risque de maladie moindre et ceux dont l'effectif d'assurés présente un risque plus élevé. Elle vise une compensation financière des différences de structure entre les effectifs, lesquelles aboutissent à des différences dans les frais de maladie et donc aussi dans les primes. De plus, la compensation des risques devrait réduire, voire éliminer, l'incitation pour les assureurs à tirer avantage de la situation en sélectionnant les risques. Elle pourra empêcher cette sélection des risques de façon d'autant plus efficace que les facteurs de

¹ RS 832.10

² RO 1991 2607

compensation utilisés permettront de prévoir avec précision les coûts individuels des assurés. La compensation des risques en vigueur prend en compte les facteurs de l'âge et du sexe, ainsi que, depuis le 1^{er} janvier 2012, du risque de maladie élevé représenté par un séjour d'au moins trois jours dans un hôpital ou un EMS durant l'année précédant la compensation. Mais il existe encore d'autres risques de maladie, en particulier dans le secteur ambulatoire, dont les critères mentionnés ne rendent pas compte.

Assurance de base et assurances complémentaires

L'assurance-maladie sociale qui comprend l'assurance obligatoire des soins et l'assurance facultative d'indemnités journalières et que l'on dénomme assurance de base est, comme son nom l'indique, une assurance sociale. Les assurances-maladie complémentaires sont au contraire des assurances privées. L'assurance-maladie sociale peut actuellement être pratiquée par des caisses-maladie ou par des entreprises d'assurance privées soumises à la loi du 17 décembre 2004 sur la surveillance des assurances (LSA)³ qui bénéficient d'une autorisation du DFI (art. 11, 12 et 68 LAMal). Cependant, à ce jour, aucune entreprise d'assurance privée n'a encore fait usage de cette possibilité. Par ailleurs, les caisses-maladie peuvent proposer, en plus de l'assurance-maladie sociale, d'autres formes d'assurance, notamment l'assurance-accidents au sens de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA)⁴ ou des assurances complémentaires soumises à la loi du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA)⁵. Actuellement, trois caisses-maladie proposent l'assurance-accidents au sens de la LAA et seize gèrent l'assurance de base et les assurances complémentaires au sein de la même société (entité juridique).

1.1.2 Problèmes actuels

Des analyses de la répartition des frais dans l'assurance-maladie sociale ont montré que 40 % de la population n'occasionnent aucun frais à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Par contre, 10 % de la population génèrent près de 70 % des frais. Puisque, comme cela a déjà été dit, l'assurance obligatoire des soins est fondée sur le principe de la solidarité et est financée au moyen d'une prime uniforme, les assureurs ont intérêt à assurer des risques aussi bons que possible et sont dès lors incités à pratiquer une sélection des risques. Autrement dit, ils ciblent leur publicité sur les personnes en bonne santé, les «bons risques», pour qu'elles s'assurent auprès d'eux, tout en cherchant à décourager les personnes malades, ou «mauvais risques», soit en mettant des obstacles à leur affiliation, en dépit de l'obligation d'admission fixée par l'art. 4 LAMal, soit en les incitant à résilier leur affiliation auprès d'eux.

La sélection des risques peut se pratiquer de diverses manières. Une étude de Baumgartner et Busato⁶ montre clairement qu'il existe des différences parfois significatives dans la manière dont les assureurs répondent aux demandes d'offre, selon qu'elles proviennent de bons ou de mauvais risques. Par exemple, ils répondent plus rapidement aux premières qu'aux secondes. C'est que plus le temps d'attente aug-

³ RS 961.01

⁴ RS 832.20

⁵ RS 221.229.1

⁶ Christian Baumgartner/André Busato, Risikoselektion in der Grundversicherung – eine empirische Untersuchung, Schweizerische Ärztezeitung 2011.

mente, plus il est probable que la personne concernée aille s'assurer auprès d'une autre caisse-maladie. On constate aussi des différences dans la transmission de la demande à un assureur meilleur marché à l'intérieur du même groupe (afin d'offrir une prime plus avantageuse aux bons risques), ou alors des offres pour des modèles avec choix limité du fournisseur de prestations sont proposées aux bons risques sans qu'ils en fassent la demande, pour leur offrir une prime plus avantageuse. La sélection des risques opère aussi au moyen de comparatifs qui ne présentent pas toujours les différentes offres de façon complète et objective, en ce sens que certaines personnes ne peuvent pas accéder à certaines offres ou ne peuvent même les voir.

Sous sa forme actuelle, la compensation des risques ne permet pas de contrer suffisamment ce phénomène. Il faut par conséquent l'améliorer.

Un point critique non négligeable du système actuel réside dans la transparence limitée des caisses-maladie qui pratiquent l'assurance-maladie sociale et les assurances complémentaires au sein de la même société. Ce manque de transparence a trait, d'une part, aux aspects financiers. Même si cela n'est pas licite, il ne peut être exclu dans la situation actuelle que des moyens financiers provenant de l'assurance-maladie sociale soient affectés aux assurances complémentaires («subventionnement croisé»). La disposition qui oblige les assureurs à créer des dépôts séparés ne concerne que la fortune liée et non la fortune libre. Il est donc possible d'échanger les placements financiers qui ne sont pas clairement séparés ou de ne pas attribuer proportionnellement leurs rendements à l'assurance de base et à l'assurance complémentaire. A cela s'ajoute le fait que si un assureur gérant l'assurance de base et les assurances complémentaires au sein d'une seule et même société fait faillite, il s'agit d'un subventionnement croisé car si les deux branches ont bien leurs propres réserves, c'est toute la société qui fait faillite. Le risque de subventionnement croisé existe par ailleurs aussi au niveau des coûts administratifs non imputables directement.

D'autre part, certains problèmes de protection des données se posent dans ces domaines. Les données sanitaires sont des données personnelles sensibles qui doivent être protégées et qui ne doivent pas pouvoir être transmises, même au sein du même groupe d'assurance. Il ne peut être exclu qu'un échange d'informations ait néanmoins lieu. L'échange de données favorise à nouveau la sélection des risques, puisque des données et des informations provenant de l'assurance-maladie sociale peuvent être utilisées abusivement pour les assurances complémentaires. Il faut donc réglementer concrètement la séparation des informations afin de pouvoir contrôler le respect de la protection des données. En outre, la sécurité financière d'une société qui pratique l'assurance-maladie sociale et les assurances complémentaires au sein de la même entité juridique est plus restreinte en cas d'insolvabilité d'un des deux domaines d'assurance. Même si ceux-ci tiennent des comptes séparés, l'indépendance (financière) n'est pas la même qu'avec deux sociétés séparées. En fin de compte, la séparation de l'assurance-maladie sociale et des assurances complémentaires présente aussi des avantages au niveau des activités de surveillance et de la clarification des compétences qui en résulte.

1.1.3 Mandat

Pour les raisons qui viennent d'être mentionnées, le Conseil fédéral a reconnu qu'il était nécessaire d'agir. Il a donc décidé de préparer et de mettre en consultation un contre-projet indirect à l'initiative populaire «Pour une caisse publique d'assurance-maladie». Ce projet apporte des correctifs ciblés aux points faibles du système actuel, sans procéder pour autant au changement de cap radical demandé par l'initiative populaire.

Le contre-projet a été mis en consultation du 27 février au 3 juin 2013. Les résultats de la procédure montrent pour l'essentiel que l'introduction de mesures contre la sélection des risques rencontre un écho favorable et qu'une large majorité des participants souhaite un vote rapide sur l'initiative populaire «Pour une caisse publique d'assurance-maladie», dont le Conseil fédéral recommande le rejet. Le peuple ayant déjà refusé à plusieurs reprises le principe d'une caisse unique, le vote doit avoir lieu rapidement de façon à pouvoir clore le dossier. S'agissant de la consultation, il convient de se référer également au ch. 1.3.2.

En décembre 2012, cinq motions parlementaires au contenu identique et intitulées *Initiative populaire «Pour une caisse publique d'assurance-maladie»*. *Organiser rapidement la votation populaire sans contre-projet* ont été déposées⁷. Une motion a été déposée au Conseil des Etats, les autres, au Conseil national. Bien qu'elles aient été rejetées par le Conseil fédéral, les motions ont été adoptées par les deux Chambres lors des sessions de printemps et d'été 2013.

Etant donné les résultats clairs qui ont émergé à la fois au Parlement et lors de la consultation, le Conseil fédéral a décidé de renoncer à un contre-projet indirect et de présenter au Parlement un projet séparé de modification de la LAMal. Le Conseil fédéral propose ainsi une révision importante et depuis longtemps nécessaire. Son objectif est de remédier aux incitations négatives à la sélection des risques dans l'assurance-maladie sociale, incitations qui sont contraires à la volonté du législateur.

Le Conseil fédéral est conscient que les commissions compétentes ont déjà donné suite à deux initiatives parlementaires qui demandent d'apporter des améliorations au régime de la compensation des risques. Chacune de ces initiatives conçoit néanmoins la compensation des risques d'une façon qui lui est propre et qui diffère aussi de celle prônée par le Conseil fédéral: l'initiative 11.473 ne prévoit pas de donner au régime de la compensation des risques un statut définitif, tandis que l'initiative 12.446 ne souhaite pas inscrire le critère de morbidité ou le «séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social» dans la loi. En ce qui concerne ces deux initiatives parlementaires, voir le ch. 1.4.2.

Le texte de loi mis en consultation sous la forme de contre-projet à l'initiative populaire est fondamentalement identique à celui qui avait été introduit par le Parlement et adopté par les deux chambres dans le cadre des débats parlementaires sur le projet «managed care» (04.062). Le texte de loi a été salué par presque tous les participants à la consultation. Dans le souci d'introduire le plus rapidement possible une compensation des risques améliorée et de tenir compte du souhait général de ne pas proposer de contre-projet à l'initiative «Pour une caisse publique d'assurance-

⁷ 12.4123 Motion de Courten Thomas du 12 décembre 2012, 12.4157 Motion Humbel Ruth ainsi que 12.4164 Motion Cassis Ignazio du 13 décembre 2012 et 12.4277 Motion Schwaller Urs et 12.4207 Motion Hess Lorenz du 14 décembre 2012.

maladie», le Conseil fédéral a décidé d'adopter une révision de loi en vue d'une amélioration supplémentaire de la compensation des risques s'appuyant sur un texte législatif qui a déjà été bien accueilli par les participants à la consultation et par le Parlement. L'idée est, comme cela était déjà prévu lors de la consultation, d'inscrire définitivement la compensation des risques dans la loi. Pour réduire encore l'incitation à sélectionner les risques, le projet prévoit aussi la séparation institutionnelle de l'assurance-maladie sociale et des assurances complémentaires, ainsi que l'introduction de dispositifs visant à empêcher l'échange d'informations: ce dernier élément a été soutenu par la moitié des participants à la consultation.

1.2 Réglementation proposée

1.2.1 Assise légale définitive et amélioration de la compensation des risques

Cela fait un certain temps déjà que des efforts sont entrepris par le Parlement pour asseoir définitivement dans la LAMal le principe de la compensation des risques – actuellement régi par des dispositions transitoires⁸ et limité à une période de cinq ans – et pour améliorer la compensation des risques par l'ajout d'indicateurs permettant de rendre compte de façon adéquate d'un risque de maladie accru des assurés. Une telle amélioration devait déjà être introduite dans le cadre du projet «managed care» (04.062), lequel a cependant été rejeté en votation populaire le 17 juin 2012⁹, ce qui a signifié du même coup le rejet de la base légale pour le perfectionnement de la compensation des risques. Par ailleurs, les initiatives parlementaires 11.473 du groupe socialiste et 12.446 du groupe libéral-radical demandaient elles aussi une définition plus précise de la compensation des risques. Concrètement, celle-ci devait être complétée par des critères appropriés, reflétant la morbidité des assurés. La motion 12.3815 du groupe vert-libéral formule également une exigence similaire.

La compensation des risques pourrait être améliorée par l'intégration d'indicateurs rendant compte du risque de maladie élevé qui viendraient s'ajouter au séjour à l'hôpital ou dans un établissement médico-social. Ces indicateurs seront définis au niveau de l'ordonnance. Par exemple, les maladies chroniques sont souvent traitées à l'aide de médicaments spécifiques. Des données pharmaceutiques ou les coûts de médicaments pourraient ainsi servir d'indicateurs de maladies chroniques et devraient donc être inclus dans la compensation des risques. Les domaines hospitaliers ambulatoire et stationnaire seront couverts par le critère du séjour hospitalier durant l'année précédente conjointement avec celui des groupes de coûts pharmaceutiques.

Grâce à cette mesure, il sera possible de contrer le plus efficacement la sélection des risques et la concurrence entre assureurs pourra s'exercer davantage là où le législateur le voulait à l'origine, c'est-à-dire au niveau de la qualité des offres d'assurance, des prestations et du contrôle des coûts. Cela correspond aux principes de base de l'assurance-maladie sociale en Suisse, qui garantit la solidarité entre malades et bien-portants ainsi que des soins efficaces et de qualité pour tous.

⁸ Dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 (compensation des risques).

⁹ FF 2012 7159

1.2.2 Séparation de l'assurance de base et des assurances complémentaires

Les problèmes exposés au ch. 1.1.2 justifient qu'à l'avenir, l'assurance-maladie sociale et les assurances complémentaires ne puissent plus être pratiquées au sein de la même entité juridique. Les groupes de sociétés qui gèrent aussi une caisse-maladie en leur sein doivent garantir au moyen de «barrières» appropriées que les données des assurés ne puissent être transmises des assureurs-maladie aux autres sociétés du groupe. Ainsi, les assureurs maladie doivent disposer de banques de données séparées pour les décomptes de prestations de l'assurance de base et de l'assurance complémentaire. De plus, le médecin-conseil qui décide des prestations de l'assurance obligatoire des soins ne doit pas être le même que celui travaillant pour les assurances complémentaires. Des unités, comme la logistique et d'autres services centraux, peuvent et doivent continuer d'être exploitées en commun, pour profiter des synergies et éviter une augmentation des frais administratifs.

1.3 Appréciation de la solution retenue

1.3.1 Exposé des motifs

Le système actuel de l'assurance-maladie présente des lacunes, en ce sens que les incitations à pratiquer la sélection des risques ne peuvent pas être suffisamment réduites. Afin d'agir contre ce phénomène, le Conseil fédéral souhaite créer des dispositions légales claires. A cette fin, la compensation des risques qui était jusqu'à présent limitée dans le temps et réglée dans les dispositions transitoires sera d'une part inscrite dans la loi et, d'autre part, une nouvelle fois améliorée. Une séparation de l'assurance-maladie sociale et des assurances complémentaires inscrite dans la loi garantit une plus grande transparence dans les deux domaines d'assurance et limite justement la sélection des risques.

1.3.2 Résultats de la consultation

Le 27 février 2013, le Conseil fédéral a ouvert la consultation concernant la proposition de contre-projet indirect à l'initiative populaire. La consultation a duré jusqu'au 3 juin 2013. Le contre-projet prévoyait lui aussi d'améliorer et d'inscrire dans la loi la compensation des risques, ainsi que de séparer l'assurance de base des assurances complémentaires. Une réassurance obligatoire pour les très hauts coûts devait également être introduite. Ce dernier point a été rejeté par une majorité des participants à la consultation. A l'exception de la proposition concernant la réassurance, le contenu du contre-projet était identique à celui de la présente proposition. Les résultats de la procédure de consultation peuvent donc être repris ici.

Les gouvernements cantonaux, les conférences des directeurs cantonaux de la santé, des finances et des affaires sociales, ainsi que la Conférence des gouvernements cantonaux ont été invités à participer à la consultation. Les partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale, les associations faitières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national, les associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national, ainsi que les diverses organisations du

système de santé représentant notamment les fournisseurs de prestations, les assureurs et les patients ont également été invités à prendre position. Ainsi, 197 autorités et organisations intéressées ont été consultées.

Au total, 111 prises de position ont été transmises. Tous les cantons ont participé à la procédure de consultation. Sept prises de position émanent des partis politiques représentés à l'échelle fédérale; 43 proviennent des fournisseurs de prestations et des organisations du système de santé, six des assureurs et de leurs associations; 23 enfin proviennent d'autres associations.

Sur les 111 prises de position transmises, 28 soutenaient le contre-projet, dont la moitié rédigée par des fournisseurs de prestations et des organisations du système de santé. Les autres participants à la consultation n'ont pas apporté leur soutien au contre-projet ou l'ont rejeté, tout en reconnaissant la nécessité de principe de corriger les effets pervers du système actuel, en particulier en matière de sélection des risques. L'assise légale définitive et l'amélioration de la compensation des risques ont été jugées nécessaires et n'ont quasiment pas été contestées sur le fond. L'opinion majoritaire était toutefois que ces modifications doivent être apportées dans le cadre de la procédure législative ordinaire au lieu d'être liées à un contre-projet et à la discussion sur la caisse unique.

La proposition de séparer l'assurance-maladie sociale des assurances complémentaires a également été soutenue par la moitié environ des participants qui se sont prononcés sur cette question.

Pour connaître les détails des prises de position, il convient de se reporter au rapport sur la consultation¹⁰.

1.4 Lien entre la proposition et d'autres modifications législatives envisagées

1.4.1 Loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSAMal)

Le projet de loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (12.027), que le Conseil fédéral a transmis au Parlement le 15 février 2012, comprend des mesures visant à renforcer la surveillance du système actuel d'assurance-maladie et des améliorations dans les domaines de la sécurité financière et de la gestion d'entreprise des caisses-maladie. Il ne prévoit toutefois pas de modifier le système et donc pas de séparation de l'assurance de base et des assurances complémentaires. Une telle séparation permettrait pourtant de simplifier la surveillance sur ces deux domaines de l'assurance. Le projet est actuellement discuté par la commission du deuxième conseil.

En raison de leur thématique qui se rapporte à la surveillance de l'assurance-maladie, les projets législatifs relatifs à l'amélioration de la compensation des risques et à la séparation de l'assurance de base et des assurances complémentaires pourraient être intégrés à la LSAMal lorsque celle-ci aura été adoptée, avec les adaptations nécessaires.

¹⁰ www.admin.ch > droit fédéral > procédures de consultation > Procédures de consultation terminées > 2013 > DFI

1.4.2 Motions et initiatives parlementaires

Les initiatives parlementaires «Compensation des risques» du groupe socialiste du 21 septembre 2011 (11.473n) et «Introduction rapide d'un système efficace de compensation des risques» du groupe libéral-radical du 14 juin 2012 (12.446n) ont été déposées par crainte de voir l'intégration de la compensation des risques dans la LAMal et l'amélioration de sa définition être rejetées en votation populaire en même temps que le projet «managed care». Les initiatives correspondent pour l'essentiel au projet actuel du Conseil fédéral, puisqu'elles demandent l'une et l'autre une amélioration du système de compensation des risques par l'ajout d'indicateurs de morbidité supplémentaires. Une telle amélioration est également demandée par la motion «Assurance-maladie. Améliorer la compensation des risques en introduisant des facteurs de morbidité» déposée par le groupe vert-libéral le 26 septembre 2012 (12.3815).

1.5 Relation avec le droit européen

1.5.1 Droit de l'Union européenne

Aux termes de l'art. 3, par. 3, al. 2, du Traité sur l'Union européenne¹¹, l'Union a pour mission de promouvoir la justice et la protection sociales. La libre circulation des travailleurs à l'intérieur de l'Union est fixée à l'art. 45 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE)¹². Le principe de la libre circulation requiert une coordination des régimes nationaux de sécurité sociale, ce que prévoit l'art. 48 TFUE. Le droit européen 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 œuvre par le règlement (CE) n° 883/2004¹³ et par le règlement d'application n° 987/2009¹⁴. Depuis l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'accord sur la libre circulation des personnes Suisse-UE¹⁵, la Suisse participe à ce système multilatéral de coordination.

¹¹ JO C 326 du 26.10.2012, p. 13.

¹² JO C 326 du 26.10.2012, p. 47

¹³ Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, (RS **0.831.109.268.1**).

¹⁴ Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, (RS **0.831.109.268.11**).

¹⁵ Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, (RS **0.142.112.681**).

1.5.2 Instruments du Conseil de l'Europe

Le Code européen de sécurité sociale du 16 avril 1964 (CESS)¹⁶ règle, dans sa partie II, les 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 de maladie, 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 de maladie, et la durée des prestations servies peut être limitée à 26 semaines par cas. Lors de la ratification du CESS, la Suisse a déclaré ne pas reprendre les obligations découlant de la partie II. S'agissant de l'organisation des systèmes de sécurité sociale, le CESS prévoit que lorsque l'administration n'est pas assurée par un département gouvernemental responsable devant un parlement, des représentants des personnes protégées doivent participer à l'administration ou y être associés avec pouvoir consultatif dans des conditions prescrites; la législation nationale peut aussi prévoir la participation de représentants des employeurs et des autorités publiques (art. 71).

Le Code européen de sécurité sociale (révisé) du 6 novembre 1990 étend le champ d'application personnel et matériel du CESS. Il entrera en vigueur dès que deux membres au moins du Conseil de l'Europe l'auront ratifié. A ce jour, seuls les Pays-Bas l'ont ratifié (22.12.2009) et treize autres Etats l'ont signé.

La Charte sociale européenne du 18 octobre 1961 et la Charte sociale européenne révisée du 3 mai 1996 inscrivent à leur art. 12 le droit à la sécurité sociale. La Suisse n'a ratifié ni l'une ni l'autre.

2 Commentaire des dispositions

Préambule

Comme d'autres lois fédérales, la LAMal en vigueur se réfère dans son préambule à la disposition pertinente de la Constitution de 1874 (art. 34^{bis} aCst.). Le Conseil fédéral saisit l'occasion des révisions partielles de textes de loi pour adapter le préambule à la Constitution *actuelle*. Les dispositions en vigueur de la LAMal se fondent sur l'art. 117, al. 1, de la Constitution en vigueur (Cst.)¹⁷ qui habilite la Confédération à légiférer sur l'assurance-maladie.

Remplacement d'expressions et art. 7

Al. 2, 2^e phrase

Une adaptation linguistique est prévue ici : « Office fédéral de la santé publique (office) » est remplacé par « OFSP ». En outre, dans tout l'acte « département » est remplacé par « DFI ».

¹⁶ RS 0.831.104

¹⁷ RS 101

Art. 11

Du fait que le nouvel art. 12, al. 1, prévoit que l'assurance obligatoire des soins ne peut être gérée que par les caisses-maladie, l'art. 11 est superflu et peut être abrogé.

Art. 12

Al. 1

L'al. 1 définit qui peut gérer l'assurance obligatoire des soins. Actuellement, il s'agit des caisses-maladie au sens de l'art. 12, ainsi que des entreprises d'assurance privées soumises à la LSA qui bénéficient de l'autorisation prévue à l'art. 13. Désormais, il ne sera plus possible pour une entreprise d'assurance privée de pratiquer l'assurance obligatoire des soins. Cette modification n'a pas de conséquences pratiques, puisqu'aucune entreprise d'assurance privée n'a fait usage de cette possibilité jusqu'ici.

Al. 2

Alors qu'actuellement, les caisses-maladie doivent proposer principalement l'assurance-maladie sociale, mais peuvent aussi pratiquer en plus d'autres branches d'assurance, elles ne pourront plus proposer à l'avenir que l'assurance-maladie sociale. Celle-ci comprend, selon l'art. 1a, l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières. Du même coup, les caisses-maladie ne peuvent plus non plus gérer l'assurance-accidents au sens de la LAA. Cette modification est indispensable pour assurer la transparence complète en ce qui concerne les flux de moyens financiers. Seules sont concernées les trois caisses-maladie qui pratiquent encore l'assurance-accidents. C'est pourquoi, sous le chiffre IV de la loi proposée, la LAA doit être modifiée en conséquence. Ce changement ne doit pas être confondu avec la prise en charge des coûts en cas d'accidents par l'assurance obligatoire des soins (art. 28 LAMal). Cette disposition continue de s'appliquer pour les personnes non couvertes par une assurance-accidents au sens de la LAA.

L'assurance-maladie sociale, contrairement aux assurances complémentaires, ne poursuit pas un but lucratif. En raison de cette différence de nature, mais aussi pour garantir la protection des données et la transparence, ces deux branches doivent à l'avenir être gérées indépendamment l'une de l'autre. Pour certaines sociétés, il en résulte qu'elles ne pourront plus pratiquer que l'assurance-maladie sociale au sein de la même entité juridique. Seize assureurs qui pratiquent aujourd'hui les deux types d'assurance au sein de la même société sont touchés par ce changement. Une réglementation transitoire s'applique dans leur cas: ils doivent réaliser la séparation des deux branches dans les trois ans qui suivent l'entrée en vigueur de la modification de loi (voir ch. III de la loi proposée).

Al. 3

L'al. 3 actuel est abrogé, car les caisses-maladie ne pourront plus proposer à l'avenir que l'assurance-maladie sociale.

Art. 13

Al. 1

Comme seules les caisses-maladie peuvent encore gérer l'assurance-maladie sociale (cf. art. 12), le terme d'institution d'assurance ne convient plus et doit être remplacé

par celui de caisse-maladie. Il ressort ainsi clairement que le DFI ne peut donner l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale qu'à des caisses-maladie.

Al. 2, let. g

Une caisse-maladie ne peut plus proposer d'autre assurance au sein de la même entité juridique que l'assurance-maladie sociale. De nombreux assureurs ont déjà procédé à cette séparation ces dernières années sans y être contraints par la loi. Actuellement, seules seize sociétés gèrent encore l'assurance-maladie sociale et les assurances complémentaires au sein de la même entité juridique. Cependant, pour un groupe d'assureurs qui gère une caisse-maladie mais aussi d'autres branches d'assurance, il doit rester possible de proposer des assurances complémentaires, pour autant qu'il le fasse dans une entité juridique séparée et qu'il prenne des mesures afin d'empêcher l'échange d'informations et le transfert de données entre la caisse-maladie et les autres sociétés du groupe, en particulier les assurances complémentaires. Les données relatives à la santé sont des données personnelles particulièrement sensibles, qui doivent être protégées et qui ne peuvent être transmises, même à des sociétés du même groupe d'assurance. Bien que les dispositions légales interdisent clairement un échange de données, il ne peut être exclu — qu'un échange d'informations ait néanmoins lieu. Il s'agit d'empêcher que les assurances complémentaires obtiennent de l'assurance-maladie sociale des données et autres informations personnelles relatives aux assurés. Il ne doit pas non plus y avoir de transfert de données dans l'autre sens. Ainsi, les assureurs maladie doivent disposer de banques de données séparées pour les décomptes de prestations de l'assurance de base et de l'assurance complémentaire. De plus, le médecin-conseil qui décide des prestations de l'assurance obligatoire des soins ne doit pas être le même que celui travaillant pour les assurances complémentaires.. Simultanément, il faut continuer de tirer parti des synergies et pouvoir, par exemple, utiliser en commun la logistique et d'autres services centraux.

Section 1a Compensation des risques

Art. 17 Principe

Les nouveaux art. 17 à 17b correspondent pour l'essentiel au ch. 2 des dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 (compensation des risques). L'inscription de la compensation des risques dans la LAMal et son amélioration par l'adoption d'un nouveau critère de compensation (cf. art. 17, al. 4) étaient déjà prévues dans le projet «managed care» (04.062) qui a été rejeté en votation populaire le 17 juin 2012. Une définition plus précise de la compensation des risques a été demandée par deux initiatives parlementaires (11.473 et 12.446; voir à ce sujet également ch. 1.4.2). L'inscription de la compensation des risques dans la loi et l'amélioration prévue sont maintenant concrétisées dans le présent projet. Une autre nouveauté est apportée: les assurés qui changent de caisse ne seront plus pris en compte à l'avenir dans la compensation des risques.

Al. 4

Actuellement, la compensation des risques considère comme indicateur d'un risque de maladie élevé un séjour de plus de trois nuits consécutives dans un hôpital ou un établissement médico-social au cours de l'année précédente. Sont pris en compte les

séjours ayant eu lieu en Suisse soit dans un hôpital ou un établissement médico-social au sens de l'art. 39, soit dans un hôpital ayant conclu un contrat conformément à l'art. 49a, al. 4, pour autant que des prestations de l'assurance obligatoire des soins aient été fournies pour ce séjour. Avec l'amélioration prévue, d'autres indicateurs de la morbidité des assurés pourront s'y ajouter. On pense en particulier aux coûts des médicaments prescrits dans le secteur ambulatoire. L'assureur concerné doit, suivant les cas, supporter des frais très élevés sans obtenir de compensation, car la compensation des risques actuelle ne reconnaît pas le critère du coût des médicaments en tant que facteur de morbidité. Pour empêcher que les paiements de compensation n'incitent à une augmentation des prescriptions de médicaments, on pourrait aussi ne prendre en considération que les principes actifs qui sont utilisés pour traiter des maladies coûteuses spécifiques et pour lesquelles il n'existe presque pas d'alternative au traitement médicamenteux (groupes de coûts pharmaceutiques). Comme pour la définition des séjours d'au moins trois nuits dans un hôpital ou un établissement médico-social déterminants pour la compensation des risques et pour la désignation des exceptions, la compétence de déterminer d'autres indicateurs qui définissent la morbidité des assurés est déléguée au Conseil fédéral.

Art. 17a Facteurs déterminants pour le calcul de la compensation des risques

Le contenu de cet article correspond aussi pour l'essentiel au ch. 2 des dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 (compensation des risques). Seul l'al. 4 apporte une nouveauté et l'al. 5 est nouveau.

Al. 2

Parce que désormais plusieurs critères pour le risque élevé de maladie sont déterminants, une adaptation rédactionnelle et terminologique de l'al. 2 est nécessaire.

Al. 4

Les assurés qui changent de caisse ne devront plus être pris en compte à l'avenir s'agissant de la communication du nombre de nuits consécutives (art. 17, al. 4). Actuellement, la compensation des risques nécessite un échange considérable de données entre assureurs via l'Organisme central de transfert pour la compensation des risques (ZEMRA). D'une part, cet échange a pour effet d'augmenter les frais administratifs liés à la compensation des risques; d'autre part, les personnes qui changent d'assureur ne représentent qu'un faible pourcentage d'assurés et sont relativement peu nombreux parmi les assurés ayant séjourné en hôpital ou dans un établissement médico-social au cours de l'année précédente, car ce sont plutôt les personnes bien portantes qui tendent à changer d'assureur. Il s'ensuit que le volume de redistribution supplémentaire dû à la prise en compte des séjours en hôpital ou dans un établissement médico-social des personnes qui ont changé d'assureur peut être jugé minime. Etant donné que le travail et les frais occasionnés par la prise en compte des changements d'assureurs sont supérieurs à leur utilité, ceux-ci ne seront désormais plus pris en compte dans le calcul de la compensation des risques et dans le risque élevé de maladie.

Al. 5

Le Conseil fédéral peut prévoir des exceptions s'agissant des indicateurs de morbidité dans le calcul de la compensation des risques. En ce qui concerne le critère «séjours dans un hôpital ou un établissement socio-médical», l'on pense en particulier

ici aux séjours en raison de la maternité car celle-ci ne représente pas un critère de risque élevé de maladie. De même – comme c’est déjà le cas dans le droit actuel –, les séjours hospitaliers à l’étranger ne doivent pas être pris en compte car les définitions et les conditions applicables aux hôpitaux à l’étranger diffèrent en partie de celles qui prévalent en Suisse. Les séjours dans des institutions de la zone frontalière qui constituent des projets pilotes au sens de l’art. 36a de l’ordonnance du 27 juin 1995 sur l’assurance-maladie (OAMal)¹⁸ ne tombent en revanche pas sous ces exceptions.

Art. 17b Exécution

Le contenu de cet article correspond aussi au ch. 2, al. 4 à 6, des dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 (compensation des risques); il ne contient pas de nouveauté.

Art. 21 Surveillance

Al. 2

L’al. 2 concerne la surveillance des assurances complémentaires. Comme les caisses-maladie ne peuvent plus en proposer, cette disposition doit être abrogée.

Al. 6

Cet alinéa concerne la surveillance des institutions d’assurance privées. Comme celles-ci n’ont plus le droit de pratiquer l’assurance-maladie sociale, cette disposition doit être abrogée.

Art. 62 Formes particulières d’assurance

Al. 3

Il s’agit ici d’adapter le renvoi aux nouveaux articles sur la compensation des risques (art. 17 à 17b).

*Dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007
(Compensation des risques)*

2. Nouveau régime de compensation des risques

La présente modification se substitue au régime de compensation des risques réglé par le ch. 2 des dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 (Compensation des risques). Elle transpose la compensation des risques dans le droit ordinaire et l’inscrit, avec les art. 17 à 17b, de façon définitive – c’est-à-dire sans en limiter la durée – dans la loi. Le ch. 2 des dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 doit par conséquent être abrogé.

Dispositions transitoires relatives à la modification proposée

Un délai doit être accordé aux caisses-maladie pour qu’elles puissent se conformer aux nouvelles exigences de la loi. La séparation de l’assurance de base et des assu-

¹⁸ RS 832.102

rances complémentaires, en particulier, demandera un certain temps aux sociétés concernées. Elles doivent gérer simultanément les affaires d'assurance. Un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la modification de la loi leur est donc accordé pour opérer ce changement. Quant aux mesures visant à empêcher l'échange d'informations entre une caisse-maladie et une autre société du même groupe, elles doivent être également mises en place dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur.

3 Conséquences

3.1 Conséquences pour la Confédération

La baisse de la sélection des risques fera que les assurés seront moins nombreux à changer d'assureur, ce qui entraînera une diminution des coûts de mutation. Il en résulte une modération de l'augmentation du volume des primes et donc un accroissement plus faible des subsides que la Confédération verse aux cantons pour financer la réduction individuelle des primes en vertu de l'art. 66 LAMal.

Le projet ne nécessite pas de ressources en personnel supplémentaires de la part de la Confédération.

3.2 Conséquences pour les cantons et les communes

Le projet ne nécessite pas de ressources en personnel supplémentaires de la part des cantons et des communes. Les cantons étant libres de déterminer le montant de leur contribution à la réduction individuelle des primes, c'est à eux qu'il appartient de déterminer s'ils souhaitent l'adapter.

3.3 Conséquences pour l'économie

Le volume financier de l'assurance obligatoire des soins correspond à 4 à 5 % du produit intérieur brut. Il n'y a pas lieu de s'attendre à ce que le projet ait des conséquences en termes économiques. Cependant, le frein mis à la sélection des risques se traduira dans le secteur de l'assurance-maladie par une utilisation plus efficace des ressources. Le projet contribue à améliorer la clarté et l'efficacité des processus de financement de l'assurance-maladie sociale. De plus, la concurrence entre assureurs pourra s'exercer davantage là où le législateur le voulait à l'origine, c'est-à-dire au niveau de la qualité des offres d'assurance et du contrôle des coûts. En ce sens aussi, le projet contribue à l'optimisation du système.

3.4 Conséquences financières pour l'assurance-maladie

Parallèlement à une amélioration de la compensation des risques, le projet renonce à transmettre les données relatives à la morbidité de l'assuré en cas de changement d'assurance. Il produit ainsi deux effets contraires:

- Une définition plus précise de la compensation des risques entraîne pour l'institution commune LAMal une légère augmentation des frais administratifs liés à la validation des livraisons des données et aux révisions par sondage auprès des assureurs.
- Dans le régime actuel de la compensation des risques, les séjours en hôpital ou en EMS des assurés ayant changé de caisse sont pris en compte dans les données transmises par les assureurs. L'échange de données entre assureurs passe par l'Organisme central de transfert pour la compensation des risques (ZEMRA) mis en place par l'institution commune LAMal. La décision de ne plus transmettre les données relatives à la morbidité de l'assuré en cas de changement d'assurance fait que le ZEMRA devient superflu. Les coûts d'exploitation de cet organisme disparaissent donc, de sorte que les frais administratifs incombant à l'institution commune selon l'art. 18 LAMal pour l'exécution de la compensation des risques diminuent d'environ 100 000 francs.

Ces frais seront désormais pris en charge par les assureurs-maladie. Pour ces derniers aussi, les conséquences sur les ressources financières et en personnel sont partagées:

- L'amélioration de la compensation des risques diminue les incitations pour les assureurs à sélectionner les risques. La diminution de la sélection des risques se traduira tant par une baisse des frais de publicité et d'acquisition que par une baisse du nombre de changements de caisse, même si la concurrence continue de s'exercer au niveau des offres et du contrôle des coûts. Chaque année, à l'heure actuelle, 6 à 12 % des assurés changent de caisse-maladie. Chaque changement de caisse entraîne des coûts, compris entre 150 et 200 francs.
- Une amélioration de la compensation des risques ne devrait entraîner qu'une augmentation très légère des frais administratifs pour la collecte et la transmission des données. La vérification par l'organe de révision de la transmission de ces données devrait elle aussi s'avérer plus complexe et donc plus onéreuse, mais seulement dans une faible mesure. L'amélioration de la compensation des risques conduit par conséquent à une très légère augmentation des frais administratifs pour les assureurs-maladie.
- En revanche, la suppression des dépenses nécessaires pour établir et transmettre les données relatives à la morbidité de l'assuré en cas de changement d'assurance, ce qui se faisait jusque-là par le ZEMRA, réduit les charges financières et en personnel pour les assureurs.

La séparation de l'assurance-maladie sociale et des assurances complémentaires ne devrait causer qu'une augmentation minimale des frais administratifs. De nombreuses sociétés l'ont déjà effectuée et ont attribué les deux types d'assurance à des entités juridiques différentes sans y être contraintes par la loi. Les données que les assureurs remettent chaque année à l'Office fédéral de la santé publique montrent que les sociétés ayant procédé ces dernières années (2006 à 2011) à la séparation de l'assurance-maladie sociale des assurances complémentaires et à leur intégration dans des unités juridiquement distinctes n'ont pas vu leurs frais administratifs augmenter. Au contraire, une diminution de la part de ces frais dans le volume des primes a pu être constatée pour dix des onze assureurs concernés.

Les dispositifs visant à empêcher l'échange d'informations nécessitent des adaptations dans les systèmes internes des assureurs, qui, selon leur organisation, pour l'ensemble des assurances maladie, coûteront environ 10 millions de francs. Ces investissements correspondent à des dépenses uniques. En principe, lorsque des systèmes empêchent l'échange d'informations, il n'y a pas plus de factures à contrôler. Selon l'organisation des systèmes empêchant l'échange d'information, il faut prévoir une dépense supplémentaire annuel de 10 millions de francs pour la branche de l'assurance maladie.

On peut supposer que les mesures prévues, auront pour le solde un effet de modération des coûts et ainsi également sur l'évolution des primes, en particulier par suite de la diminution attendue des coûts de changement d'assureur par les assurés et de la concurrence renforcée s'agissant du contrôle des coûts.

4 Relation avec le programme de la législature et avec les stratégies nationales du Conseil fédéral

4.1 Relation avec le programme de la législature

Le projet n'a été annoncé ni dans le message du 25 janvier 2012 sur le programme de la législature 2011 à 2015¹⁹ ni dans l'arrêté fédéral du 15 juin 2012 sur le programme de la législature 2011 à 2015²⁰. Ce qui est décisif pour cette affaire, ce sont cependant les résultats de la consultation sur le contre-projet indirect à l'initiative populaire «Pour une caisse publique d'assurance-maladie» que le Conseil fédéral souhaitait soumettre tout d'abord au Parlement. La consultation a certes montré qu'il fallait renoncer au contre-projet mais qu'il était clairement nécessaire d'agir de manière urgente contre la sélection des risques. C'est dans ce contexte que le Conseil fédéral soumet au Parlement le présent projet.

4.2 Relation avec les stratégies nationales du Conseil fédéral

Dans son rapport «Santé 2020» du 23 janvier 2013²¹, le Conseil fédéral fait de la réduction des incitations à la sélection des risques chez les assureurs son objectif 2.1. S'y ajoutent l'amélioration de la compensation des risques et une meilleure séparation de l'assurance de base et de l'assurance complémentaire.

¹⁹ FF 2012 349

²⁰ FF 2012 6667

²¹ www.bag.admin.ch> Thèmes > Santé 2020

5 Aspects juridiques

5.1 Constitutionnalité

Le projet s'appuie sur l'art. 117 Cst. Selon cette disposition, la Confédération légifère sur l'assurance-maladie et sur l'assurance-accidents. Cette disposition lui octroie aussi la compétence de légiférer pour réduire les incitations indésirables dans l'assurance obligatoire des soins, en particulier la sélection des risques.

5.2 Compatibilité avec les obligations internationales de la Suisse

Le présent projet de loi règle la compensation des risques dans l'assurance obligatoire des soins et la séparation entre l'assurance-maladie sociale et les assurances complémentaires. Il concerne donc l'organisation du système de l'assurance-maladie sociale en Suisse. La Suisse n'est liée par des aucun traité international qui serait contraire à cette réglementation de droit interne.

5.3 Forme de l'acte à adopter

La réglementation de la compensation des risques et les règles relatives à la séparation entre l'assurance-maladie sociale et les assurances complémentaires comprennent des dispositions importantes qui affectent les droits et les obligations des assureurs et des assurés. De telles dispositions doivent impérativement être édictées sous la forme d'une loi fédérale (art. 164, al. 1, let. c, Cst.).

5.4 Frein aux dépenses

L'art. 159 Cst. prévoit que les dispositions relatives aux subventions, ainsi que les crédits d'engagement et les plafonds de dépenses, s'ils entraînent de nouvelles dépenses uniques de plus de 20 millions de francs ou de nouvelles dépenses périodiques de plus de 2 millions de francs, doivent être adoptés à la majorité des membres de chaque conseil. Ne prévoyant ni dispositions relatives aux subventions ni crédits d'engagement, le présent projet n'est pas soumis au frein des dépenses.

5.5 Délégation de compétences législatives

L'art. 96 LAMal délègue au Conseil fédéral les compétences de réglementation nécessaires à la mise en œuvre de l'assurance-maladie sociale (édiction des dispositions d'exécution). En vertu de ce projet de loi, le Conseil fédéral est également autorisé à édicter des dispositions dans les domaines suivants:

Il doit définir les indicateurs de morbidité des assurés (art. 17, al. 4, 2^e phrase).

Il peut prévoir des exceptions s'agissant des indicateurs de morbidité dans le calcul de la compensation des risques (art. 17a, al. 5).

5.6

Protection des données

La séparation de l'assurance-maladie sociale des assurances complémentaires ainsi que les dispositifs visant à empêcher l'échange d'informations entre les caisses-maladie et d'autres assurances au sein d'un même groupe servent la protection des données entre les deux domaines des assurances. Il s'agit en particulier d'éviter que les données collectées dans un domaine d'assurance ne soient utilisées dans l'autre domaine à des fins de sélection des risques.