

Initiative populaire
«pour une assurance-maladie financièrement supportable»
(Initiative des caisses-maladie)

Rapport de la commission du Conseil des Etats sur un contre-projet
au niveau législatif (modification de la loi fédérale
sur l'assurance-maladie)

du 17 octobre 1988

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs,

Nous fondant sur l'article 18, 2^e alinéa, du règlement du Conseil des Etats, nous vous soumettons le rapport écrit suivant.

Lors de sa séance du 22 avril 1988, la commission a décidé à l'unanimité (par 8 voix contre 0 et 3 abstentions) de proposer au Conseil des Etats de soumettre au verdict du peuple et des cantons l'initiative populaire «pour une assurance-maladie financièrement supportable» en leur recommandant de la rejeter. Simultanément, la commission a décidé par 8 voix contre 3 de poursuivre ses travaux en vue d'élaborer un contre-projet indirect au niveau législatif.

Le contre-projet a été élaboré par le président de la commission avec l'aide de l'administration. Il contient des éléments du programme urgent ainsi que diverses propositions visant à améliorer les prestations de l'assurance-maladie, à freiner les dépenses et à affecter les subsides modérément élevés d'une manière plus judicieuse. La commission a adopté le contre-projet par 9 voix contre 4 lors de sa séance du 6 juillet 1988.

Par sa proposition, la *majorité de la commission* entend éliminer rapidement les points de l'assurance-maladie sociale qui ont besoin d'être révisés et créer les conditions permettant ultérieurement une révision plus large. A son avis, cette proposition tend à stabiliser le système de financement et de prestations de l'assurance-maladie et pourrait aboutir au retrait de l'initiative, dont l'acceptation obérerait le budget de la Confédération et ne ferait qu'aggraver les défauts de l'assurance-maladie sociale.

La *minorité de la commission* n'a pas l'intention d'examiner le contre-projet. Elle estime qu'il est trop tôt pour présenter un nouveau projet, étant donné le rejet massif par le peuple, le 6 décembre 1987, du programme urgent dont il faudra reprendre divers points. Il n'y a pas de points incontestés dans le domaine de l'assurance-maladie, de sorte qu'un nouveau projet devra faire l'objet de soins attentifs. En outre, il est peu probable qu'on retire l'initiative malgré l'existence du contre-projet.



La commission a approuvé par 7 voix contre 4 le projet de décision au cours du vote général.

Propositions

La *majorité de la commission* propose d'adopter la décision concernant un contre-projet indirect.

La *minorité de la commission* (Hänsenberger, Béguin, Gautier, Schoch) propose de ne pas examiner la décision concernant un contre-projet indirect.

Annexes

- 1 Propositions de la commission
- 2 Propositions de la minorité
- 3 Explications de la commission

17 octobre 1988

Au nom de la commission:
Le président, Huber

B

Loi fédérale sur l'assurance-maladie

Projet

Modification du

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,
vu le rapport de la Commission du Conseil des Etats du 17 octobre 1988¹⁾,
arrête:

I

La loi fédérale du 13 juin 1911²⁾ sur l'assurance-maladie est modifiée comme il suit:

Modifications rédactionnelles

La référence au titre premier est biffée dans les articles 27, 1^{er} alinéa, 2^e phrase, et 33, 1^{er} alinéa, 1^{re} phrase.

Dans les articles 21, 6^e alinéa, 23, 1^{er} alinéa, 24 et 25, 1^{er}, 2^e et 4^e alinéas, l'expression «personnel paramédical» est remplacée par l'expression «personnel paramédical et personnel prodiguant des soins hors de l'hôpital».

Art. 3, al. 4^{bis}

^{4bis} Elles peuvent gérer des assurances complémentaires dans le domaine de la maladie et de la maternité; ces assurances doivent être financées indépendamment de l'assurance de base. Les caisses réglementent ces assurances et peuvent, ce faisant, déroger à la présente loi en ce qui concerne l'admission des assurés, le droit aux prestations et l'échelonnement des cotisations; sont réservés les cas où la loi prévoit expressément qu'une de ses dispositions s'applique aussi aux assurances complémentaires.

¹⁾ FF 1988 III 1262

²⁾ RS 832.10

Art. 5, 1^{er} al.

¹ Toute personne résidant en Suisse, qui n'a pas atteint l'âge donnant droit à une rente de l'AVS, a le droit de s'affilier à une caisse dont elle remplit les conditions statutaires d'admission.

Art. 6^{bis}, 1^{er} al., dernière phrase et 3^e al.

¹ Dernière phrase abrogée.

³ Le Conseil fédéral détermine à quelles conditions et dans quelle mesure les cotisations peuvent être échelonnées dans l'assurance collective des soins médicaux et pharmaceutiques ainsi que pour faciliter l'assurance des familles et celle des mineurs, ou en faveur de certains groupes de personnes.

Art. 11^{bis}

V. Information
par les caisses

Les caisses communiquent par écrit à leurs membres une fois par année:

- a. Quelles prestations médicales et pharmaceutiques correspondent au minimum légal;
- b. Quelles prestations de soins complémentaires sont incluses dans l'assurance de base;
- c. Quelles assurances complémentaires elles offrent et quels frais supplémentaires il en résulte pour l'assuré.

Art. 12, 2^e al., ch. 1, let. b, ch. 2 et 4, 3^e à 6^e al.

² Au titre de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques les caisses doivent prendre en charge au moins:

1. En cas de soins ambulatoires:
 - b. Les traitements et les soins administrés, sur prescription d'un médecin, par le personnel paramédical ou le personnel prodiguant des soins hors de l'hôpital;
2. En cas de soins hospitaliers, le forfait pour frais de traitement en division commune, et les taxes pour des prestations diagnostiques et thérapeutiques spéciales (art. 22^{quinquies}); l'article 22^{sexies}, 1^{er} alinéa, est réservé;
4. Certains examens destinés à détecter à temps les maladies ainsi que des mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés;

³ Les prestations pour soins médicaux et pharmaceutiques en cas de soins ambulatoires ou hospitaliers sont accordées sans limite de durée.

⁴ Abrogé

⁵ Après avoir consulté les commissions nommées par lui, le Conseil fédéral fixe en détail les prestations couvertes par l'assurance de base des soins médicaux et pharmaceutiques. Ne peuvent constituer des prestations obligatoires que les méthodes d'examen ou de traitement nouvelles ou déjà appliquées, les moyens, les appareils, les médicaments et les analyses dont l'efficacité est prouvée scientifiquement, qui sont appropriés à leur but et économiques. Si ceux-ci ne satisfont pas ou plus à ces exigences, ils peuvent être exclus des prestations obligatoires. Le Conseil fédéral désigne, de plus, les prestations que les caisses ne peuvent pas prendre en charge dans l'assurance de base, même à titre facultatif.

⁶ *Abrogé*

Art. 12^{ter}

Abrogé

Art. 14, 2^e al., ch. 3, let. c et ch. 4, 4^e à 7^e al.

² Les prestations aux femmes assurées pour les soins médicaux et pharmaceutiques doivent comprendre en outre:

3. Une contribution fixée par le Conseil fédéral:

c. Aux frais occasionnés par les soins à domicile de la mère et de l'enfant pendant une période limitée après l'accouchement.

4. Au plus quatre examens de contrôle pendant la grossesse et un pendant les huit semaines qui suivent l'accouchement.

⁴ L'assurée qui cesse totalement ou partiellement d'exercer une activité lucrative moins de huit semaines avant l'accouchement ne peut subir de ce fait aucune réduction de l'indemnité journalière. Elle n'a toutefois droit à cette prestation que dans la mesure où elle ne se livre à aucune activité préjudiciable à sa santé.

⁵ La caisse verse une indemnité d'allaitement aux assurées qui allaitent entièrement ou partiellement leur enfant pendant dix semaines. Le Conseil fédéral en fixe le montant.

⁶ Les frais occasionnés par les examens de contrôle et les soins qui sont en rapport avec la maternité doivent être pris en charge dès le début de la grossesse et pendant les huit semaines qui suivent l'accouchement. L'indemnité journalière est versée pendant seize semaines, dont huit au moins après l'accouchement. Elle ne peut être imputée sur la durée des prestations en cas de maladie et l'indemnité doit être versée même après l'expiration de cette durée.

⁷ Les femmes qui ne sont pas assurées pour les soins médicaux et pharmaceutiques et dont le revenu et la fortune à prendre en compte n'atteignent pas un montant fixé par le Conseil fédéral ont droit à des prestations en cas de maternité si, lors de l'accouchement, elles sont domiciliées en Suisse depuis au moins 270 jours sans interruption. Ces prestations s'élèvent aux quatre cinquièmes de celles dues aux femmes assurées. Les intéressées peuvent exercer leur droit contre paiement d'une taxe appropriée, auprès de n'importe quelle caisse de leur lieu de résidence. Les tarifs, les taux de prestations et les règles de procédure valables pour la caisse choisie sont applicables.

Art. 14^{bis}

VII. Participations aux frais

¹ Les caisses sont tenues d'imposer aux assurés, en cas de maladie, une participation aux frais sous forme d'un montant fixe par année (franchise annuelle) et d'une quote-part en pour-cent.

² Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise annuelle de même que le montant maximal de la quote-part. Il peut échelonner ces montants d'après la capacité financière des assurés et il les adapte périodiquement à l'évolution des salaires et des prix ainsi qu'à l'évolution des coûts de l'assurance-maladie.

³ Pour la participation aux frais, les règles suivantes sont notamment applicables:

- a. Elle est la même pour les deux sexes;
- b. La quote-part s'élève, jusqu'à concurrence du montant maximal par année, à 15 pour cent des frais médicaux et pharmaceutiques dépassant la franchise annuelle;
- c. Pour les enfants, le montant de la franchise annuelle et le montant maximal de la quote-part sont réduits de moitié;
- d. La participation totale aux frais ne saurait excéder, pour les enfants d'une famille assurés auprès de la même caisse, la participation maximale fixée par le Conseil fédéral pour les assurés adultes.

⁴ Aucune participation aux frais ne peut être exigée:

- a. Pour les examens préventifs et les mesures de contrôle;
- b. En cas de maternité.

⁵ Le Conseil fédéral peut prévoir une participation aux frais plus élevée pour des prestations déterminées. Il peut réduire ou supprimer la participation aux frais pour des traitements prolongés ainsi que pour le traitement de maladies graves et transmissibles. Il peut dispenser, entièrement ou partiellement, les caisses de percevoir la franchise et la quote-part en pour-cent, lorsqu'elles pratiquent

des modèles d'assurance pour lesquels ces mesures se révèlent inapplicables.

⁶ Les caisses peuvent donner à leurs membres la possibilité de conclure une assurance avec des franchises annuelles à choix, qui sont plus élevées que la franchise prévue au 2^e alinéa. Les cotisations seront réduites en conséquence. Les caisses règlent le passage d'un système de franchise annuelle à l'autre et peuvent prévoir un délai, de cinq ans au plus, pour le passage à une franchise annuelle inférieure. Le Conseil fédéral fixe les montants des franchises annuelles à choix, les montants maximaux de la participation aux frais ainsi que le cadre de réduction des cotisations.

⁷ Les tarifs applicables aux prestations de l'assurance-maladie vaent aussi pour les prestations à prendre en charge par les assurés, au titre de la participation aux frais.

Art. 16, 3^e al.

³ Les caisses peuvent passer avec des médecins des conventions, qui excluent l'adhésion d'autres médecins, s'il existe au moins simultanément, dans le rayon d'activité de la caisse, un autre régime tarifaire, auquel les médecins peuvent adhérer au sens du 1^{er} alinéa.

Art. 18

II. Médecins-
conseils

¹ Après avoir consulté les sociétés médicales cantonales, les caisses désignent des médecins, chargés notamment de vérifier si les traitements sont appropriés et économiques (médecins-conseils). Lorsqu'un médecin ou une organisation de médecins conteste le droit d'un médecin d'exercer la fonction de médecin-conseil d'une caisse, l'article 24 est applicable par analogie.

² Les médecins, les pharmaciens, les chiropraticiens, les sages-femmes, le personnel paramédical, le personnel prodiguant des soins hors de l'hôpital, les laboratoires et les établissements hospitaliers doivent donner aux médecins-conseils les renseignements nécessaires.

³ Les médecins-conseils transmettent aux services administratifs compétents de la caisse les indications dont celle-ci a besoin, notamment pour imposer une réserve, fixer ses prestations ou vérifier si le traitement est économique. En communiquant ces renseignements à la caisse, ils respectent les droits de la personnalité des assurés.

⁴ Les associations faitières suisses de médecins et des caisses fixent les modalités concernant cette communication et règlent le statut

des médecins-conseils. Si elles ne parviennent pas à s'entendre, le Conseil fédéral établit la réglementation nécessaire.

Art. 19^{bis}

IV. Choix de l'établissement hospitalier. Prise en charge des frais

¹ L'assuré a le libre choix entre les établissements hospitaliers suisses appropriés au traitement de sa maladie. En cas de cure thermale ordonnée par le médecin, l'assuré a le libre choix entre les stations thermales suisses dirigées par un médecin.

² Sont des établissements hospitaliers les établissements et les divisions de ceux-ci qui servent au traitement hospitalier de malades, garantissent une assistance médicale suffisante et disposent d'un personnel approprié et spécialement formé ainsi que d'équipements médicaux adéquats. Ne sont pas des établissements hospitaliers les établissements dont l'activité consiste principalement à prodiguer des soins plutôt qu'à dispenser des traitements.

³ Si l'assuré se rend à son lieu de résidence, aux environs de celui-ci ou, pour des raisons médicales, en un autre lieu, dans un établissement hospitalier où l'on soigne les membres des caisses selon la présente loi, la caisse prend en charge le forfait pour frais de traitement qui est applicable à l'assuré dans cet établissement.

⁴ Si l'assuré se rend dans un établissement hospitalier sans que les conditions posées au 2^e alinéa soient remplies, la caisse prend en charge le forfait pour frais de traitement applicable dans l'établissement hospitalier correspondant qui est le plus proche du lieu de résidence de l'assuré et qui soigne les membres des caisses selon la présente loi.

⁵ Les cantons dressent, après avoir consulté les intéressés, une liste des établissements hospitaliers situés sur leur territoire en les classant par catégories; les caisses doivent verser leurs prestations seulement si le séjour d'un assuré a eu lieu dans un établissement hospitalier qui figure sur cette liste.

⁶ Les cantons peuvent fixer, sur leur territoire, des planifications obligatoires:

- a. Garantissant que les besoins en soins hospitaliers soit couverts, les soins prodigués hors de l'hôpital ou dans des institutions ou homes étant dûment pris en compte;
- b. Règlant l'équipement en installations médico-techniques coûteuses dans le domaine hospitalier ou ambulatoire.

Ces planifications doivent tenir compte de manière appropriée des cliniques privées. Les caisses ne doivent verser leurs prestations que dans la mesure où les fournisseurs de prestations médicales se conforment auxdites planifications.

⁷ Après avoir consulté les intéressés, le Conseil fédéral fixe le genre et le montant des prestations allouées par les caisses en cas de séjour partiel dans un établissement hospitalier. En cas de séjour partiel dans des institutions et homes qui, sans être des établissements hospitaliers, prodiguent des soins médicaux à leurs pensionnaires, les caisses doivent allouer les mêmes prestations qu'en cas de traitement ambulatoire (art. 12, 2^e al., ch. 1^{er}). Les caisses peuvent convenir d'un remboursement forfaitaire avec l'institution ou le home.

Art. 21, 7^e al.

⁷ Le Conseil fédéral peut prévoir des contrôles scientifiques systématiques pour les analyses effectuées par les médecins, les laboratoires et les pharmaciens qui pratiquent pour le compte de l'assurance-maladie.

Art. 22, 3^e al., troisième phrase

³ ... Les conventions doivent être approuvées par le gouvernement cantonal, qui vérifie si les taxes et les autres clauses sont économiques et conformes à la loi et à l'équité.

Art. 22^{bis}, titre marginal et 7^e al., deuxième à quatrième phrases

⁷ ... Dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques et dans l'assurance d'une indemnité journalière, le médecin doit fournir au débiteur des honoraires toutes les indications qui sont nécessaires pour fixer les prestations et pour vérifier si le traitement est économique. Ces indications comprennent notamment celles qui concernent le diagnostic ainsi que les examens et les traitements, de même que les dates de ceux-ci. Le médecin est fondé, ou astreint si l'assuré le demande, à ne fournir les indications d'ordre médical qu'au médecin-conseil de la caisse.

2. Absence de disposition conventionnelle
a. En général

Art. 22^{quater}, titre marginal et 2^e à 6^e al.

² Les tarifs pour les prestations des chiropraticiens, des sages-femmes, du personnel paramédical et du personnel prodiguant des soins hors de l'hôpital, ainsi que pour les traitements ambulatoires dispensés par les établissements hospitaliers sont fixés par conventions passées avec les caisses. En l'absence de convention, le gouvernement cantonal établit les tarifs, après avoir consulté les intéressés.

II. Autres tarifs pour traitements ambulatoires

³ Les conventions que les caisses passent avec les pharmaciens, les chiropraticiens, les sages-femmes, le personnel paramédical et le

personnel prodiguant des soins hors de l'hôpital, les laboratoires et les établissements hospitaliers doivent être approuvées par le gouvernement cantonal. Les conventions qui valent pour toute la Suisse doivent être approuvées par le Conseil fédéral. L'autorité compétente vérifie si les taxes et les autres clauses sont économiques et conformes à la loi et à l'équité.

⁴ L'article 22^{bis}, 7^e alinéa, est applicable par analogie. Si un assuré qui se fait connaître comme tel le lui demande et s'il s'agit de prestations prises en charge par la caisse, le pharmacien ne réclamera sa rémunération qu'à la fin du traitement.

⁵ et ⁶ *Abrogés*

Art. 22quinquies

III. Indemnisation en cas de séjour dans un établissement hospitalier
1. Forfait pour frais de traitement

¹ Le forfait pour frais de traitement (art. 12, 2^e al., ch. 2) couvre au plus 60 pour cent des frais d'exploitation de l'établissement hospitalier par patient dans la division commune.

² Dans le calcul des frais d'exploitation ne sont pas pris en compte:
a. Les frais de formation et de recherche;
b. En principe les frais d'investissement lorsque l'établissement est géré par une corporation de droit public ou qu'il est d'intérêt public.

³ Si l'établissement hospitalier présente une facture séparée pour des prestations spéciales, les frais correspondant à celles-ci ne peuvent pas être pris en considération lors de la fixation du forfait pour frais de traitement; pour ces prestations, 60 pour cent au plus des frais peuvent être mis à la charge des caisses.

⁴ Les caisses et les établissements hospitaliers fixent dans une convention le forfait pour frais de traitement et les taxes pour prestations spéciales. Cette convention doit être approuvée par le gouvernement cantonal. Celui-ci vérifie si elle est économique et conforme à la loi et à l'équité. Si aucune convention n'est conclue, le gouvernement cantonal fixe, après avoir consulté les intéressés, le forfait applicable aux établissements hospitaliers qui soignent les membres des caisses conformément à la présente loi. L'article 22^{bis}, 7^e alinéa, est applicable par analogie.

⁵ Les établissements hospitaliers calculent leurs frais et classent leurs prestations selon une méthode uniforme. Ils tiennent, à cet effet, une comptabilité analytique ainsi qu'une statistique de leurs prestations. Le gouvernement cantonal et les caisses peuvent consulter les comptes et autres pièces.

⁶ Le Conseil fédéral peut faire procéder à des comparaisons de frais d'exploitation entre établissements hospitaliers. Les cantons et lesdits établissements doivent fournir les pièces nécessaires.

⁷ Un forfait pour frais de traitement plus élevé peut être appliqué aux assurés qui ne résident pas dans le canton où se trouve l'établissement hospitalier. Toutefois, ce forfait – qui inclut le forfait pour frais de pension – plus une facture séparée pour des prestations spéciales ne peuvent dépasser ensemble la totalité des frais d'exploitation par patient dans la division commune.

Art. 22^{sexies}

2. Forfait pour
frais de pension

¹ Au titre du forfait pour frais de pension, l'assuré doit prendre à son compte une part du forfait pour frais de traitement, fixée par le Conseil fédéral, durant les soixante premiers jours de son séjour en établissement hospitalier.

² En cas de séjour dans la division commune, toutes les prétentions de l'établissement hospitalier sont satisfaites dès qu'il a reçu le forfait pour frais de traitement et le forfait pour frais de pension qui y est inclus; la facturation des prestations spéciales au sens de l'article 22^{quinquies}, 3^e alinéa, est réservée.

³ Le forfait pour frais de pension peut être couvert par une assurance complémentaire. Il est versé en cas de maladie ou de maternité. Les dispositions de la présente loi relatives à l'admission, aux cotisations et à la durée des prestations sont applicables par analogie. Aucune nouvelle réserve ne peut être imposée en cas d'augmentation du forfait pour frais de pension.

Art. 22^{septies}

IV. Droit de
recours

¹ Les dispositions et les décisions des gouvernements cantonaux fondées sur les articles 22 à 22^{quinquies} peuvent faire l'objet d'un recours devant le Conseil fédéral.

² Les décisions des gouvernements cantonaux fondées sur l'article 19^{bis}, 5^e alinéa, peuvent faire l'objet d'un recours devant le Tribunal fédéral des assurances.

Art. 23, titre marginal, 1^{er} al., deuxième phrase, et 2^e al.

V. Traitement
économique

¹ . . . Les caisses peuvent exiger de ces personnes ou de ces institutions qu'elles restituent des sommes versées pour les prestations dépassant cette limite.

² Une facture détaillée sera remise à l'assuré. Le Conseil fédéral fixe les indications qui doivent figurer sur les factures.

Art. 32

VI. Recours
contre le tiers
responsable

Les caisses sont subrogées, jusqu'à concurrence de leurs prestations, dans les droits de l'assuré contre le tiers responsable. Les articles 41 à 44 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA)¹⁾ sont applicables par analogie.

Art. 35

M. Subsidés
des pouvoirs
publics
1. Subsidés
fédéraux
1. Compensa-
tion des charges

¹ Pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, la Confédération alloue aux caisses un subside annuel qui est destiné à faciliter une répartition équitable des charges entre les membres. Celui-ci se détermine d'après le nombre d'assurés qui ont atteint l'âge donnant droit à une rente de vieillesse de l'AVS et s'échelonne selon l'importance de cet effectif d'assurés par rapport à l'effectif total des assurés d'une caisse.

² La Confédération peut prélever auprès des caisses qui ont un petit nombre d'assurés ayant atteint l'âge donnant droit à une rente de vieillesse de l'AVS, une contribution d'un pour cent au plus des cotisations encaissées pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. Elle affecte cette contribution à l'augmentation du subside versé, au sens du premier alinéa, aux caisses qui ont un nombre élevé d'assurés ayant atteint l'âge donnant droit à une rente de vieillesse de l'AVS.

³ La Confédération alloue aux caisses un subside annuel pour les rentiers de l'assurance-invalidité qui sont hospitalisés de manière ininterrompue pendant plus de soixante jours. Ce subside se détermine d'après le nombre des journées d'hospitalisation.

⁴ Le Conseil fédéral règle les détails.

Art. 36

2. Subsidés
pour les
femmes
a. Maternité

¹ Dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, la Confédération alloue aux caisses pour chaque accouchement un subside représentant 40 pour cent de la moyenne suisse des frais médicaux et pharmaceutiques par accouchement de l'année précédente. Dans l'assurance d'une indemnité journalière, la Confédération alloue aux caisses un subside de 50 francs par accouchement.

² La Confédération rembourse aux caisses la totalité des prestations de soins qu'elles allouent en cas de maternité conformément à l'article 14, 7^e alinéa.

¹⁾ RS 832.20

Art. 36^{bis}

b. Compensation des frais

Pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, la Confédération alloue aux caisses un subside annuel qui est destiné à compenser partiellement les frais médicaux et pharmaceutiques plus élevés qu'occasionnent les femmes. Le subside versé à chaque caisse se détermine d'après le nombre de femmes assurées et compte tenu de la différence moyenne que présentent en Suisse les frais de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, selon qu'ils sont occasionnés par les hommes ou les femmes.

Art. 37

3. Subsidés pour les enfants

¹ Pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, la Confédération alloue aux caisses un subside annuel qui est destiné à réduire les cotisations des enfants. Sont des enfants les assurés jusqu'à l'âge de seize ans révolus.

² Le subside annuel au sens du premier alinéa n'est alloué que si la caisse ne prélève pas de cotisations pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques du troisième enfant et des enfants subséquents d'une famille.

Art. 37^{bis}

4. Indemnités annuelles

Dans les régions de montagne au sens de la loi du 28 juin 1974¹⁾ sur l'aide en matière d'investissements dans les régions de montagne, la Confédération prend en charge la moitié des indemnités annuelles versées aux médecins par les cantons, les communes ou les caisses.

Art. 38

II. Subsidés cantonaux

¹ Les cantons allouent des subsides destinés à réduire les cotisations des assurés à ressources modestes. Ils définissent le cercle de ces assurés et le montant de la réduction.

² De plus, les cantons prennent en charge les cotisations pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques et la participation aux frais dont le paiement mettrait l'assuré ou celui à qui incombe l'obligation d'entretien dans une situation intolérable.

³ Dans les cantons à faible capacité financière qui comprennent d'importantes zones de montagne, la Confédération prend en charge une partie des subsides prévus au 1^{er} alinéa. Le Conseil fédéral désigne les cantons qui en bénéficient et le taux de sa participation applicable à chacun d'eux. Il peut subordonner l'octroi de celle-ci à la condition que le canton contribue par des subsides à réduire les cotisations dans une mesure minimum.

¹⁾ RS 901.1

III. Montant
des subsides
fédéraux

Art. 38^{bis}

¹ Les dépenses de la Confédération prévues aux articles 36 et 37^{bis}, figurent dans le compte d'état à la fois sous la forme d'un montant total et par catégories. La Confédération rembourse les dépenses qui datent de l'année civile précédente.

² Le montant des autres subsides annuels de la Confédération et le crédit nécessaire à cet effet sont fixés par un arrêté fédéral simple, valable trois mois, compte tenu de l'évolution des coûts dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques.

IV. Participa-
tion des
cantons aux
subsides
fédéraux

Art. 38^{ter}

¹ Les cantons prennent à leur charge la moitié des subsides fédéraux prévus à l'article 38^{bis}.

² La part à la charge de chaque canton est fixée notamment d'après:

- Les prestations légales pour soins médicaux et pharmaceutiques que les caisses allouent aux assurés dans le canton;
- La différence entre les prestations par assuré et la moyenne suisse;
- Les dépenses consenties par le canton pour les hôpitaux, pour les soins prodigués hors de l'hôpital et pour la réduction des cotisations des assurés à ressources modestes.

³ Le Conseil fédéral règle les détails, après avoir consulté les cantons.

N. Assurance-
maladie et
santé publique

Art. 39

La Confédération encourage, avec le concours des cantons, la collaboration entre les personnes et institutions qui participent à la gestion de l'assurance-maladie. Elle peut s'associer à des institutions œuvrant à cette fin ou passer avec elles des accords de collaboration.

O. Obligation
de garder le
secret

Art. 40, titre marginal

Art. 41, titre marginal

P. Exécution

II

Dispositions transitoires

a. Adaptation des dispositions cantonales et des statuts des caisses au nouveau droit

¹ Le Conseil fédéral détermine la date à laquelle les cantons et les communes doivent avoir modifié leurs dispositions d'exécution et les avoir soumises, lorsque la loi le requiert, à son approbation.

² Lorsqu'il n'est pas possible d'édicter à temps les dispositions définitives, l'autorité cantonale ou communale d'exécution peut arrêter une réglementation provisoire.

³ Le Conseil fédéral détermine la date à laquelle les caisses et les fédérations de réassurance doivent avoir modifié leurs statuts et règlements. A partir de cette date, toutes les caisses allouent leurs prestations selon le nouveau droit et reprennent, à la demande de l'assuré, le versement de celles qui sont échues en vertu de l'ancien droit, mais continueraient d'être exigibles selon le nouveau.

b. Traitements dans un établissement hospitalier

A partir de la date fixée par le Conseil fédéral, les prestations pour séjour hospitaliser devront être allouées selon le nouveau droit. Avant cette date, la réglementation des taxes valable jusqu'alors s'applique sans changement aux caisses et aux établissements hospitaliers. Si elle est modifiée dans l'intervalle, elle doit être adaptée au nouveau droit. Les établissements hospitaliers doivent introduire la comptabilité analytique et la statistique de leurs prestations conformément à l'article 22^{quinquies}, 5^e alinéa, au plus tard lors de l'application de la nouvelle réglementation des taxes.

c. Assurances complémentaires pour frais hospitaliers

¹ Les assurés peuvent, dans l'année qui suit l'entrée en vigueur de la modification du . . . de la présente loi, adapter au nouveau droit leurs assurances complémentaires pour frais hospitaliers. Si cette adaptation n'étend pas la protection garantie par l'assurance existante, les caisses ne peuvent imposer de nouvelles réserves.

² Les caisses informent les assurés de ce droit dans les six mois qui suivent l'entrée en vigueur de la modification du . . . de la présente loi. Si une caisse omet de le faire, l'assuré peut réclamer, pendant deux ans, l'adaptation rétroactive de son assurance complémentaire au nouveau droit.

d. Subsidés fédéraux alloués au cours des trois premières années qui suivent l'entrée en vigueur

¹ Les subsides fédéraux sont versés l'année qui suit celle de leur octroi.

² Dans l'année où la modification du . . . de la présente loi entre en vigueur, la Confédération verse intégralement aux caisses et aux fédérations de réassurance le solde du subside accordé selon l'ancien droit et dû pour l'année précédente.

Elle leur alloue en outre un subside complémentaire de manière que la somme dépensée de la subvention atteigne au total 1220 millions de francs.

³ Le subside fédéral alloué en vertu de l'article 38^{bis}, 2^e alinéa, s'élève à 1172 millions de francs pour 1991.

De ce montant sont versés:	Millions de francs
En vertu de:	
l'article 35	424
l'article 36 ^{bis}	632
l'article 37	95
l'article 38, 3 ^e alinéa	21

⁴ Le subside fédéral alloué en vertu de l'article 38^{bis}, 2^e alinéa, s'élève à 1234 millions de francs pour 1992

De ce montant sont versés:	Millions de francs
En vertu de:	
l'article 35	447
l'article 36 ^{bis}	665
l'article 37	100
l'article 38, 3 ^e alinéa	22

e. Entrée en vigueur de l'article 38^{ter}

Le Conseil fédéral mettra l'article 38^{ter} en vigueur dès que la mise en œuvre du premier train de mesures au titre de la nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons aura déchargé de manière appropriée les cantons dans d'autres domaines.

III

¹ La présente loi est sujette au référendum facultatif.

² Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur.

Propositions de la minorité

1. (Hänsenberger, Béguin, Gautier, Schoch)

Ne pas entrer en matière.

2. (Huber)

Art. 35, 3^e al.

³ La Confédération alloue de plus aux caisses un subside annuel pour les rentiers de l'assurance-invalidité qui reçoivent une rente entière et sont hospitalisés de manière ininterrompue pendant plus de soixante jours. Ce subside se détermine d'après le nombre des journées d'hospitalisation imputables.

3. (Miville)

Art. 38^{ter}, 2^e al., let. b

b. La différence entre les prestations par assuré qui n'a pas atteint l'âge donnant droit à une rente de l'AVS et la moyenne suisse;

4. (Miville)

Dispositions transitoires, let. d, 2^e al., deuxième phrase, 3^e et 4^e al.

² ... 1420 millions de francs.

	Mio. fr.
³ ... 1372 millions ...	
l'article 35	624
⁴ ... 1434 millions ...	
l'article 35	647

32467

Explications de la commission

Remarque préliminaire

La commission présente ci-dessous un rapport sur le contre-projet en général ainsi que sur les décisions prises, et sur les propositions de minorité, relatives aux divers articles. Vous recevrez en outre un dépliant sur lequel le texte en vigueur figurera en regard des propositions de la commission, ce qui facilitera la vue d'ensemble.

Généralités

La proposition de contre-projet dont il est ici question intègre dans le texte de loi en vigueur des éléments de révision qui reprennent du «programme d'urgence», rejeté le 6 décembre 1987 en votation populaire, les dispositions au sujet desquelles un consensus est possible. Ils apportent aussi des innovations qui n'étaient pas prévues dans ledit programme.

Le contre-projet s'articule autour de trois axes:

1. L'amélioration des prestations;
2. La réduction des coûts;
3. Une meilleure répartition et une augmentation appropriée des subventions.

Au chapitre des *prestations*, la limitation dans le temps fixée pour la prise en charge des frais hospitaliers est abolie (art. 12, 3^e al.). D'autre part, les prestations sont étendues aux soins à domicile et à certaines mesures préventives (art. 12, 2^e al., ch. 1, let. b, et ch. 4). On observera que l'idée d'une assurance obligatoire pour l'indemnité journalière en cas de maternité n'a pas été reprise.

Quant à la *réduction des coûts*, elle fait l'objet de mesures diverses. Les cantons sont habilités à élaborer des planifications à caractère obligatoire, afin d'assurer une utilisation rationnelle des capacités hospitalières et des possibilités de soins à domicile, ainsi que de limiter au nécessaire le nombre des appareils hautement perfectionnés dans les secteurs ambulatoire et hospitalier (art. 19^{bis}, 6^e al.). Les caisses-maladie sont tenues de s'assurer les services d'un médecin-conseil chargé, en particulier, de vérifier le caractère économique des traitements – la protection de la sphère privée étant mieux réglementée que dans la loi actuelle (art. 18 et 22^{bis}, 7^e al.). Plus de transparence est exigée des fournisseurs de soins, tant à l'égard de l'assuré qu'envers sa caisse-maladie (art. 23, 2^e al., et 22^{bis}, 7^e al.). Du côté des assurés, la participation aux frais est maintenue, la franchise par cas de maladie étant remplacée par une franchise annuelle et les caisses étant autorisées à proposer des franchises annuelles à option (art. 14^{bis}). A noter que la quote-part en pour-cent, qui était de 20 pour cent dans le texte rejeté le 6 décembre 1987, a été ramenée à 15 pour cent.

S'agissant du *financement*, le projet ne contient aucune disposition modifiant l'actuelle structure de base. L'assurance continuera donc d'être financée, pour l'essentiel, par les cotisations individuelles des assurés. Il s'agit toutefois d'amélio-

rer la structure actuelle de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques dans le domaine des cotisations en rappelant le principe de la mutualité, inscrit dans la loi en vigueur, et, partant, en habilitant le Conseil fédéral à limiter la sélection des risques due à l'assurance collective. De plus – comme dans le système actuel – il incombera à la Confédération de compenser au moyen de subsides les charges que la loi impose aux caisses-maladie (admission de candidats déjà malades; limitation à cinq ans de la durée de validité des réserves; durée illimitée du versement des prestations, sans supplément de cotisations pour les «mauvais» risques; prise en charge du catalogue des prestations obligatoires). Dans un système d'assurance-maladie comme le nôtre (assurance facultative, «gérée» par des institutions privées), seul le versement de subventions permet de «supporter» les charges légales que nous venons de voir. A cet égard, le subside le plus important est – comme dans le régime en vigueur – celui qui doit compenser les frais plus élevés qu'occasionnent les femmes (art. 36^{bis}). Compte tenu de cet élément, la réduction des moyens mis à disposition par la Confédération limite cependant de manière considérable la marge de manœuvre qui serait nécessaire pour modifier en profondeur le système de subventionnement, par exemple en affectant davantage de subsides fédéraux à la réduction des cotisations des assurés à ressources modestes. Toutefois, conformément au programme d'urgence de 1987, les subsides de la Confédération seront alloués de manière plus différenciée qu'aujourd'hui. Les subventions versées pour les hommes seront ainsi supprimées. Le projet met l'accent tout particulièrement sur une meilleure compensation des charges en faveur des caisses, qui ont un grand nombre d'assurés âgés. Cette compensation doit se faire non seulement grâce à des subsides fédéraux, mais encore grâce à des ressources provenant des caisses elles-mêmes (art. 35, 2^e al.). A l'exception des subventions pour la maternité (art. 36) et des indemnités annuelles versées aux médecins dans les régions de montagne (art. 37^{bis}), le montant des subsides fédéraux sera fixé par arrêté fédéral simple (par les dispositions transitoires, pour les trois premières années suivant la mise en vigueur de la loi). L'évolution des coûts de l'assurance-maladie sera toutefois prise en considération pour fixer le montant respectif de ces subventions (art. 38^{bis}, 2^e al.).

Commentaire des dispositions du projet

Titre

Le titre de la loi reste «Loi fédérale sur l'assurance-maladie». En effet, la révision de l'article 14 relatif aux prestations en cas de maternité ne justifie pas, à elle seule, la référence à la maternité dans le titre lui-même.

Pour ce qui est de l'abréviation de la loi – dans les trois langues officielles – la situation était peut claire et a amené l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) à intervenir auprès de la Chancellerie fédérale. En effet, l'abréviation actuelle – *KUVG*, *LAMA*, *LAM* – ne se justifie théoriquement plus depuis l'entrée en vigueur de la législation fédérale sur l'assurance-accidents; mais, de l'autre côté, l'abréviation – *KVG*, *LAM*, *LAM* (en italien également) – qui correspondrait au titre de la loi – est déjà «occupée» pour l'abréviation d'autres

actes législatifs (Kriegsvorsorgegesetz/KVG en allemand et Loi fédérale sur l'assurance militaire / LAM en français et en italien). Il ressort des conclusions de la Chancellerie fédérale que par souci de simplification il convient de continuer à utiliser les abréviations actuelles, soit KUVG, LAMA et LAMI. Au demeurant, cette question des abréviations sera – selon toute vraisemblance – réexaminée lors d'une révision totale de la loi.

Modifications rédactionnelles

L'intégration des soins prodigués hors de l'hôpital au catalogue des prestations obligatoires de l'assurance-maladie (cf. art. 12, 2^e al., ch. 1, let. b) nécessite une adaptation rédactionnelle des dispositions actuelles (art. 21, 23, 24 et 25) qui font seulement référence au personnel paramédical.

Article 3, alinéa 4^{bis} (Assurances complémentaires)

Actuellement, la loi ne régit pas les assurances complémentaires; celles-ci sont réglementées par les caisses-maladie et il appartient à la jurisprudence de déterminer dans quelle mesure les principes légaux – applicables à l'assurance de base – sont aussi valables. A cet égard, l'objectif de l'alinéa 4^{bis} est double: régler la question de l'applicabilité de la loi aux assurances complémentaires et donner simultanément aux caisses la plus grande liberté qu'elles ont réclamée pour l'aménagement des assurances complémentaires. Le nouveau système est, dès lors, le suivant: les caisses-maladie gèrent les assurances complémentaires en principe dans les limites de la loi; toutefois, elles sont expressément autorisées à y déroger s'agissant de l'admission des candidats à l'assurance, du droit aux prestations et de l'échelonnement des cotisations, à moins que la loi ne prévoie une exception (comme à l'art. 22^{sexies}, 3^e al.; pas de dérogation possible pour l'assurance complémentaire pour frais de pension). Par ailleurs, l'article 3, alinéa 4^{bis}, accroît la transparence au niveau du financement des assurances complémentaires, en prévoyant obligatoirement des comptes séparés; il s'agit notamment d'éviter que des excédents de l'assurance de base – qui est subventionnée par les pouvoirs publics – servent au financement des assurances complémentaires.

Article 5, 1^{er} alinéa (Droit à l'affiliation; âge d'admission)

Le texte de loi actuel est en fait dépassé par la pratique qui reconnaît à toute personne résidant ou travaillant en Suisse le droit de s'affilier à une caisse-maladie, et cela indépendamment de sa nationalité; il s'imposait donc de modifier la disposition légale en conséquence.

En outre, il était nécessaire – afin d'améliorer l'accès à l'assurance – de restreindre le droit des caisses-maladie de fixer un âge-limite trop restrictif pour l'admission (en général, cet âge se situe entre 50 et 60 ans). La fixation par la loi du principe de l'admission jusqu'à l'âge donnant droit à une rente de l'AVS semble être une solution suffisamment large, qui ne doit d'ailleurs pas empêcher les caisses de se montrer plus tolérantes encore dans leur propre pratique d'admission.

Article 6^{bis}, 1^{er} alinéa, deuxième phrase et 3^e alinéa (Cotisations de l'assurance collective des soins médicaux et pharmaceutiques)

Selon le droit en vigueur, les cotisations de l'assurance collective doivent être fixées en tenant compte des risques particuliers, l'assurance collective d'une caisse-maladie devant se suffire à elle-même (art. 13a, 1^{er} al., de l'Ordonnance II sur l'assurance-maladie). Les contrats d'assurance collective ne peuvent être conclus que dans les cas mentionnés à l'art. 2 de l'Ordonnance II, en particulier avec des employeurs en faveur de leur personnel, avec des associations d'employeurs ou de salariés en faveur de leurs affiliés et des membres de la famille des catégories mentionnées. Le plus souvent, cela permet de grouper les «bons risques» (p. ex. le personnel masculin et relativement jeune d'une entreprise) au sein de la même caisse. Suivant le jeu de la concurrence, certaines caisses-maladie sont ainsi en mesure d'offrir des contrats avec des primes extrêmement basses et de compenser dans d'autres régions, le cas échéant par d'autres contrats, les pertes qui en résultent. Cette sélection des risques grève de manière générale l'assurance individuelle car c'est dans celle-ci que se concentre la majorité des «mauvais» risques (personnes âgées, malades, femmes). Elle se fait toutefois aussi au détriment des petites caisses, locales et régionales avant tout, caisses qui n'ont pas la possibilité de compenser les pertes par une répartition des primes.

La modification proposée de l'article 6^{bis}, ne porte que sur l'assurance collective dans l'assurance de base des soins médicaux et pharmaceutiques. La commission a rejeté une première proposition, demandant que dans l'assurance collective (soins médicaux et pharmaceutiques), les cotisations soient les mêmes que dans l'assurance individuelle, car elle a estimé qu'une telle modification du système irait trop loin. Elle propose en revanche la solution de compromis suivante: supprimer, au 1^{er} alinéa actuel, le principe suivant lequel, dans l'assurance collective, les cotisations sont fixées compte tenu des risques particuliers, le 3^e alinéa de ce même article permettant au Conseil fédéral de fixer les principes valables pour le calcul des cotisations de l'assurance collective des soins médicaux et pharmaceutiques. Une solution aussi flexible permettrait de parer au risque d'une désolidarisation, par exemple en fixant une différence de cotisation maximale entre assurance individuelle et assurance collective. Cette modification représenté une mesure appropriée pour maîtriser les charges croissantes que les assurés âgés occasionnent à notre assurance-maladie sociale.

Dans l'assurance (non subventionnée) d'une indemnité journalière, qui ne concerne de toute manière que la population active, les cotisations peuvent en effet, comme par le passé, être fixées compte tenu des risques particuliers.

Article 11^{bis} (Information par les caisses)

La loi oblige désormais les caisses-maladie à renseigner leurs membres – par écrit et à intervalles réguliers – sur les prestations qu'elles leur offrent en vertu de la loi (assurance de base) ou en vertu de leurs dispositions propres (assurance de base plus étendue ou assurances complémentaires). Cette disposition doit accroître la transparence au niveau de la couverture d'assurance et, ce faisant, faciliter par exemple une adaptation de celle-ci. Elle causera certes un supplément de travail

administratif aux caisses-maladie, mais elle représente indubitablement une mesure en faveur des assurés qu'il s'agit d'encourager.

Article 12 (Prestations de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques)

Pour ce qui est du traitement ambulatoire, cette disposition maintient le système en vigueur dans la LAMA, mais elle élargit le catalogue des «prestations obligatoires» en y intégrant, d'une part, les traitements et soins prodigués hors de l'hôpital (art. 12, 2^e al., ch. 1^{er}, let. b) et, d'autre part, des examens et mesures de médecine préventive (art. 12, 2^e al., ch. 4).

Aujourd'hui, l'assurance-maladie prend à sa charge un petit nombre de prestations fournies au domicile des patients par des infirmières ou des infirmiers (voir les Ord. VI, art. 8 et 7, art. 1^{er}, ch. 2, sur l'assurance-maladie); de plus, il existe des possibilités de prise en charge au niveau des cantons, des communes ainsi qu'au niveau de certains organismes tels que Pro Senectute et la Croix-Rouge. Cependant, une meilleure prise en considération des soins extra-hospitaliers a été réclamée de divers côtés au cours de ces dernières années et il convient de reconnaître qu'elle se justifie, bien qu'il ne puisse s'agir de mettre à la charge de l'assurance-maladie l'ensemble des traitements et soins prodigués hors de l'hôpital. Il appartiendra, dès lors, au Conseil fédéral de dresser – dans les dispositions d'exécution de la loi – l'inventaire des soins extra-hospitaliers à assumer par les caisses. On peut partir de l'idée qu'outre les soins à domicile les soins prodigués dans des homes médicalisés seront inclus dans cet inventaire, à condition d'être aussi prescrits par le médecin; l'aide apportée directement dans le ménage de l'assuré ne devra cependant pas être mise à la charge de l'assurance-maladie.

De même, il s'impose de reconnaître l'utilité des examens et mesures de médecine préventive, en fixant dans la loi le principe de leur prise en charge; rappelons que le droit actuel n'inclut pas ces examens et mesures dans le catalogue des prestations obligatoires, ce qui a entraîné une pratique assez disparate au niveau de la prise en charge – à bien plaisir – par les caisses-maladie. A l'instar du système prévu pour les soins extra-hospitaliers, il ne s'agit cependant pas de faire assumer par l'assurance-maladie l'ensemble des examens et mesures de médecine préventive. Par conséquent, c'est également une ordonnance du Conseil fédéral qui énumérera les prestations obligatoires dans ce domaine. Selon toute vraisemblance, en feront partie les examens servant à dépister les cancers les plus répandus ainsi que – s'agissant des mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés – certaines vaccinations individuelles, par exemple la vaccination d'un vétérinaire contre la rage.

En ce qui concerne le traitement hospitalier, les innovations introduites par l'article 12, 2^e alinéa, chiffre 2 sont plus marquantes encore car elles touchent les principes de base. Ainsi, le système actuel – fort compliqué – est remplacé par un système plus simple qui prévoit a) la prise en charge d'un forfait pour frais de traitement par l'assurance de base, soit par la caisse-maladie et b) la prise en charge d'un forfait pour frais de pension par l'assuré lui-même ou par la caisse-maladie, dans la mesure où l'intéressé a conclu une assurance complémentaire à cet effet. Par ailleurs, les caisses devront aussi prendre à leur charge des prestations spéciales – diagnostiques ou thérapeutiques – en rapport avec un traitement hospitalier (voir art. 22^{quinqüies}, 3^e al.). Ce nouveau système devra

permettre d'éviter de trop grandes disparités dans les prestations versées pour les cas d'hospitalisation, ce qui est tout à l'avantage des assurés (voir aussi le commentaire des art. 19^{bis}, 22^{quinquies} et 22^{sexies}).

L'autre innovation de poids réside dans le fait que, dorénavant, le remboursement des soins hospitaliers par les caisses-maladie sera illimité dans le temps (art. 12, 3^e al.), ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. La suppression de l'actuelle limitation de 720 jours sur 900 jours consécutifs permettra de mettre sur le même plan le traitement ambulatoire et le traitement hospitalier; elle correspond d'ailleurs à une demande assez ancienne, pour la réalisation de laquelle quasiment tous les intéressés s'accordent.

Les principes figurant actuellement aux 5^e et 6^e alinéas de l'article 12 sont repris dans un seul alinéa dorénavant, le 5^e; quant au 6^e alinéa, il est abrogé. Au niveau de la manière de procéder, le système en vigueur est maintenu: recours à différentes commissions consultatives pour la fixation des prestations de l'assurance (de base) des soins médicaux et pharmaceutiques. Les mêmes critères régiront la prise en charge des examens et traitements médicaux, des médicaments, des analyses, des moyens et des appareils. Ces critères sont au nombre de trois et portent sur

1. La preuve scientifique de l'efficacité;
2. L'adéquation au but et
3. Le caractère économique.

Ils existent aujourd'hui déjà – avec une terminologie quelque peu différente pour le premier d'entre eux – mais figurent dans les ordonnances d'application, et non pas dans le texte de loi. Les prestations qui ne satisfont pas ou plus à ces critères ne seront pas ou plus prises en charge; ce principe correspond à la pratique actuelle. *Innovation*: le nouvel alinéa 5 charge le Conseil fédéral de fixer, par voie d'ordonnance, quelles sont les prestations que les caisses-maladie n'ont pas le droit de prendre à leur charge dans l'assurance de base, même à titre facultatif; l'objectif évident de cette adjonction est la réduction des dépenses des caisses-maladie s'agissant de prestations dont, par exemple, l'utilité n'est pas évidente. Comme dans le système en vigueur, les détails seront réglés par les ordonnances d'exécution.

Article 12^{ter} (Prestations spéciales en cas de tuberculose; suppression)

L'article 12^{ter} actuel, qui a trait aux prestations en cas de tuberculose, est abrogé. En effet, vu la régression sensible de cette maladie, il ne s'impose plus de prévoir des dispositions légales particulières, ce qui signifie aussi que la Confédération n'allouera plus de subsides spéciaux pour les cas de tuberculose. Les innovations introduites par la révision de la loi dans le domaine des prestations de soins (notamment, le versement illimité des prestations en cas d'hospitalisation) permettront toutefois de garantir des prestations satisfaisantes pour les assurés atteints de tuberculose.

Article 14 (Prestations en cas de maternité)

Cette disposition améliore par différentes mesures la protection de la maternité au niveau des prestations de soins. En substance, elle prend aussi en considération les soins prodigués à domicile à la mère et à l'enfant (art. 14, 2^e al., ch. 3, let. c);

elle étend la durée du droit aux prestations de maternité à toute la durée de la grossesse et aux huit semaines consécutives à l'accouchement (art. 14, 6^e al., 1^{re} phr.) et fait en outre passer de dix à seize semaines (dont huit au moins après l'accouchement) la durée de versement des indemnités journalières – dans la mesure où l'intéressée est assurée à cet effet (art. 14, 6^e al., 2^e phr.). Enfin, elle prévoit que les femmes à ressources modestes auront droit aux prestations de soins pour maternité, même si elles ne bénéficient d'aucune couverture d'assurance (art. 14, 7^e al.); cette mesure permet de remédier au fait que l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques n'a pas de caractère obligatoire.

Article 14^{bis} (Participation aux frais)

La participation des assurés aux frais est maintenue. Elle décharge l'assurance des cas bénins et incite les assurés à une certaine retenue. Comme dans le droit actuel, elle se compose d'une franchise et d'une quote-part en pour-cent. Mais la franchise par cas de maladie est définitivement remplacée par une franchise annuelle. Ainsi que le prévoit déjà l'ordonnance V sur l'assurance-maladie, les caisses sont habilitées à proposer, moyennant réductions de primes, des franchises annuelles à choix plus élevées. Pour ce qui est de la quote-part en pour-cent, elle s'ajoute dorénavant à la franchise, mais le taux de 20 pour cent fixé dans le texte rejeté en votation populaire le 6 décembre 1987 a été ramené à 15 pour cent, son montant étant toutefois plafonné. Pour les enfants, la participation est réduite (3^e al., let. c et d). Contrairement à ce que prévoit le droit en vigueur, la participation sera aussi prélevée en cas d'hospitalisation. Mais il faut rappeler que les prestations d'hospitalisation ne seront plus limitées dans le temps et que la quote-part en pour-cent sera plafonnée. En outre, il s'agit de dissuader les intéressés de substituer un séjour hospitalier à un traitement ambulatoire. Le 5^e alinéa introduit une certaine souplesse, tant en faveur des assurés (p. ex. les malades chroniques) que pour permettre aux caisses d'expérimenter de nouveaux modèles, tels que les «caisses de santé». Enfin, les assurés jouissent également de la protection tarifaire lorsqu'ils paient eux-mêmes les prestations dans le cadre de leur participation aux frais (7^e al.).

Article 16, 3^e alinéa (Nouveaux modèles d'assurance)

Le 3^e alinéa de l'article 16 permettra la création, dans le cadre de l'assurance-maladie sociale, de modèles où l'assuré a un choix limité de médecins ou d'établissements hospitaliers. Il s'agit avant tout des «caisses de santé» (HMO). Le principe du libre choix du médecin ou de l'établissement hospitalier est maintenu pour tous les assurés qui ne s'affilient pas à de tels modèles et les médecins auront toujours la possibilité d'adhérer à des conventions tarifaires.

Article 18 (Médecins-conseils)

L'institution du médecin-conseil n'est pas nouvelle. Elle fait actuellement l'objet d'une disposition formulée en termes généraux, qui a donné lieu à une pratique fondée sur son interprétation. Pour une grande part, l'article 18 du contre-projet ne fait que confirmer cette pratique; mais il apporte aussi des améliorations. Le 1^{er} alinéa oblige toutes les caisses à désigner un médecin-conseil. A l'heure actuelle, cette désignation est facultative. Comme le médecin-conseil joue un rôle

de «filtre» entre le médecin traitant et l'administration de la caisse, la nouvelle règle garantira à tous les assurés une meilleure protection de leur sphère privée. De plus, elle élimine les sources de litiges qui existent aujourd'hui lorsqu'en l'absence d'un médecin-conseil, le médecin traitant refuse de renseigner la caisse. A la différence du droit en vigueur, le 1^{er} alinéa prévoit en outre que les médecins-conseils seront choisis après consultation des sociétés médicales cantonales – ce qui répond au vœu de la Fédération des médecins suisses (FMH).

Selon le 2^e alinéa, les médecins, les personnes exerçant une profession paramédicale, les laboratoires et les établissements hospitaliers sont tenus de renseigner le médecin-conseil.

Sans être expressément prévue par l'article 18 actuel, cette obligation n'est pas nouvelle, puisque le médecin-conseil peut déjà mettre à contribution ces personnes et institutions pour vérifier si un traitement est adéquat et économique (voir art. 23, en relation avec l'art. 18 LAMA). Le «personnel paramédical» ne comprend pas les assistantes médicales et autres auxiliaires occupés dans les cabinets médicaux et les établissements hospitaliers. D'autre part, les personnes visées par cette expression ne sont tenues de renseigner que dans les domaines propres à leur spécialité. Aussi l'article 18, 2^e alinéa, ne peut-il être utilisé pour obtenir des informations par des voies détournées.

S'agissant des tâches du médecin-conseil, le 3^e alinéa ne fait en réalité que confirmer la pratique actuelle. En particulier, l'obligation de communiquer le diagnostic résulte déjà de l'interprétation des articles 18, 22^{bis}, 7^e alinéa, et 23 en vigueur. Par contre, ce qui est nouveau, c'est le renforcement de la protection de la sphère privée des assurés. En réservant «les droits de la personnalité», le contre-projet étend en effet cette protection au-delà du secret médical, que vise l'actuel article 22^{bis}, 7^e alinéa, LAMA. En outre, le médecin traitant est libre de ne communiquer les données médicales qu'au médecin-conseil de la caisse – et – ce qui n'est pas prévu dans le droit actuel – il y est même tenu lorsque l'assuré le lui demande (art. 22^{bis}, 7^e al., du contre-projet). Il convient enfin de rappeler que, selon l'article 40 LAMA (inchangé), non seulement le médecin-conseil, mais aussi tout le personnel administratif de la caisse est tenu au secret.

Au 4^e alinéa de l'article 18 du contre-projet, il est prévu que le mode de communication des données et le statut des médecins-conseils seront réglés d'un commun accord entre les associations faïtières de médecins et de caisses-maladie. Des contacts à ce sujet ont déjà été pris entre la FMH et le Concordat des caisses-maladie suisses.

Article 19^{bis} (Choix de l'établissement hospitalier/Prise en charge des frais)

La première phrase de l'alinéa premier fixe le principe général suivant lequel l'assuré peut choisir librement entre les établissements hospitaliers suisses, qui sont appropriés au traitement de sa maladie. Les alinéas suivants précisent ce principe, tout en lui apportant certaines limitations.

La 2^e phrase de l'alinéa premier prévoit que le même principe du libre choix s'applique aux cures thermales. L'assuré auquel le médecin prescrit une cure thermale peut choisir librement entre les établissements suisses de cure dirigés

par un médecin. Cette disposition a été d'ailleurs reprise telle quelle de l'actuel article 19^{bis}, 7^e alinéa.

Le 2^e alinéa contient la définition de l'établissement hospitalier. Il établit, de plus, une distinction entre l'hôpital et le home, le 7^e alinéa de ce même article prévoyant un autre système de remboursement pour le séjour dans un home.

La nouvelle définition de l'établissement hospitalier reprend les critères essentiels, dégagés par la jurisprudence. Premier critère: l'établissement doit servir au traitement hospitalier des malades. Ainsi, dans la mesure où ce sont des soins, et non pas un traitement, qui sont prodigués aux patients, on ne saurait parler d'établissement hospitalier mais de home et le séjour dans un home sera remboursé selon d'autres principes (2^e et 3^e phr. du 7^e al.). Deuxième critère: l'établissement hospitalier doit garantir une assistance médicale suffisante. Troisième critère: il doit disposer d'un personnel soignant approprié et dûment formé. Quatrième critère: l'établissement doit posséder les équipements médicaux adéquats. Il est clair que les exigences découlant des critères 2 à 4 varieront en fonction de l'affectation concrète d'un établissement donné.

Le 5^e alinéa oblige les cantons à dresser une liste des établissements hospitaliers situés sur leur territoire, cela afin que la situation soit bien claire. Ne figureront sur cette liste que les hôpitaux qui satisfont aux critères énumérés au 2^e alinéa; il appartiendra au Tribunal fédéral des assurances de trancher les litiges qui surgiraient à ce propos (art. 22^{septies}, 2^e al.). La liste des établissements hospitaliers comprendra un classement des hôpitaux par catégories selon l'affectation respective de ceux-ci. Le classement ainsi établi facilitera la fixation de remboursements plus adéquats, dans le cadre des conventions tarifaires. Il incombera aussi au Tribunal fédéral des assurances de juger tout différend relatif au classement d'un hôpital dans une catégorie déterminée (art. 22^{septies}, 2^e al.). Les listes dressées par les cantons auront un caractère normatif. Les caisses ne seront en effet tenues de verser leurs prestations que si l'assuré est soigné dans un établissement hospitalier figurant sur la liste.

La prise en charge du séjour hospitalier par la caisse-maladie dépendra enfin d'une dernière condition: l'établissement hospitalier assurant le traitement de l'assuré satisfait-il ou non à la planification hospitalière du canton? C'est ce que précise le 6^e alinéa de l'article 19^{bis}. La santé publique est de la compétence des cantons; dès lors, la planification hospitalière – tout comme la planification des installations médico-techniques – relève aussi de l'autonomie des cantons, qui peuvent donc prévoir une planification ou y renoncer. Toutefois, dans la mesure où les cantons font usage de leur compétence et fixent des planifications à caractère obligatoire, les caisses ne seront tenues d'allouer leurs prestations que si l'assuré suit un traitement dans un hôpital conforme à la planification.

L'intervention financière de la caisse-maladie dépendra donc de deux conditions cumulatives: d'une part, l'hôpital doit figurer sur la liste des établissements hospitaliers dressée par le canton et d'autre part, il doit satisfaire à la planification hospitalière s'il y en a une. La prise en charge, totale ou partielle, des frais par la caisse résulte des alinéas 3 et 4.

Prise en charge totale (3^e al.): si l'assuré choisit – à son lieu de résidence ou aux environs de celui-ci – la division commune d'un établissement hospitalier, qui

satisfait aux alinéas 5 et 6, la caisse doit prendre en charge le forfait pour frais de traitement (voir art. 22^{quinquies}) valable dans ledit établissement. Il en est de même si ce sont des raisons médicales qui nécessitent l'hospitalisation de l'assuré dans un autre lieu. Cette réglementation se fonde sur les mêmes principes que le droit actuel, mais apporte à l'assuré une nette amélioration de sa situation, en ce sens que le forfait pour frais de traitement couvre tous les frais que l'hôpital est en droit de facturer pour le traitement et les soins en division commune. En revanche, dans le système en vigueur, la part des frais de soins et de séjour, qui n'est pas prise en charge par les caisses, peut être très importante. Tel est en particulier le cas quand un traitement, nécessaire du point de vue médical, a lieu hors du canton de domicile. Il incombe alors à l'assuré de payer lui-même cette différence ou de conclure une assurance complémentaire à cet effet.

Prise en charge limitée ou partielle (4^e al.): si l'assuré choisit – sans qu'il y soit contraint pour des raisons médicales – un établissement hospitalier qui n'est pas situé à son lieu de résidence ou aux environs de celui-ci, la caisse ne doit pas en subir des conséquences (frais plus élevés à sa charge). Elle ne doit donc pas assumer – dans le cadre de l'assurance de base – une éventuelle différence entre le forfait de l'hôpital choisi par l'assuré et le forfait de l'hôpital situé au lieu de résidence de l'assuré ou aux environs de celui-ci. La caisse peut, en revanche, offrir la couverture de frais hospitaliers supplémentaires, dans le cadre d'une assurance complémentaire.

Le 7^e alinéa a trait à la prise en charge des prestations dans deux cas particuliers. Il s'agit, d'une part, du séjour hospitalier partiel (1^{re} phr.) et, d'autre part, des soins médicaux prodigués dans des institutions et homes (2^e et 3^e phr.).

Dans le premier cas – séjour partiel dans un établissement hospitalier – il incombera au Conseil fédéral de fixer par voie d'ordonnance les prestations à allouer par les caisses. Ce faisant, il tiendra compte de la diversité des cas concernés pour fixer la «nature» des prestations: forfait pour frais de traitement complet ou partiel ou encore prestations spéciales.

Pour ce qui est des soins médicaux prodigués dans des institutions et homes, la caisse devra en principe allouer les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire. Les caisses pourront cependant convenir avec ces établissements d'un remboursement forfaitaire.

Article 21, 7^e alinéa (Contrôle de qualité des analyses)

La législation en vigueur prescrit que les analyses de laboratoire, à la charge de l'assurance-maladie sociale, doivent être faites sous la direction et la surveillance d'une personne ayant reçu une formation scientifique à cet effet (voir Ord. VII sur l'assurance-maladie, art. 1^{er}).

La possibilité d'effectuer des contrôles «scientifiques systématiques», qui est introduite à l'article 21, répond en fait à une demande assez ancienne, qui est d'ailleurs approuvée par les milieux directement concernés. Ce contrôle, qu'il faut bien appeler de qualité, touchera tant les laboratoires que les médecins et les pharmaciens effectuant des analyses à la charge de l'assurance-maladie. Son but est double: d'une part, garantir la qualité des analyses, ce qui est dans l'intérêt évident des assurés; d'autre part, utiliser plus rationnellement les moyens dispo-

nibles grâce à la promotion d'analyses de qualité, ce qui est dans l'intérêt des intervenants sur le plan financier (les caisses-maladie, en particulier).

Article 22, 3^e alinéa, troisième phrase (Caractère économique des tarifs dans les conventions passées avec les médecins)

Les conventions passées entre caisses et médecins doivent, pour être valables, recevoir l'approbation du gouvernement cantonal. Aujourd'hui déjà, le canton est tenu d'examiner, dans le cadre de la procédure d'approbation, si les taxes conventionnelles et les autres clauses sont conformes à la loi, d'une part, et à l'équité, d'autre part. Il devra dorénavant vérifier aussi le caractère économique des taxes et clauses précitées, avec la conséquence suivante: le gouvernement cantonal refusera d'approuver une convention qui ne satisfait pas au critère de l'«économicité» et cette convention ne sera, dès lors, pas valable. Dans un tel cas, les parties à la convention pourront toutefois en appeler au Conseil fédéral, par la voie d'un recours au sens de l'article 22^{septies}, 1^{er} alinéa; il incombera alors à l'autorité de recours d'examiner le caractère économique de la convention en question. L'adjonction que le projet de loi fait à l'article 22, 3^e alinéa, 3^e phrase a pour objectif ce que l'on peut désigner par un contrôle «préventif» des coûts. Des dispositions semblables se retrouvent aux articles 22^{quater}, 3^e alinéa, et 22^{quinquies}, 4^e alinéa.

Article 22^{bis}, 7^e alinéa, deuxième à quatrième phrases (Absence de disposition conventionnelle)

Dans l'assurance-maladie au sens de la LAMA, le débiteur des honoraires est soit la caisse-maladie (système du «tiers payant»), soit l'assuré (système du «tiers garant»). Au cas où aucune disposition conventionnelle ne règle cette question – ce qui est, en particulier, le cas dans ce qu'on appelle le régime sans convention – c'est l'assuré qui est débiteur des honoraires. Ce principe figure à la première phrase de l'article 22^{bis}, 7^e alinéa, de la loi en vigueur et ne subit pas de modification.

En revanche, dans la 2^e phrase de cette disposition qui est formulée de façon nouvelle, on décrit plus en détail qu'aujourd'hui les indications que le médecin doit fournir au débiteur des honoraires. Il s'agit de toutes les indications qui sont nécessaires, d'une part, pour fixer les prestations à la charge de la caisse-maladie et, d'autre part, pour contrôler le caractère économique du traitement. La 3^e phrase de ce même alinéa précise à cet effet que les indications doivent en particulier être accompagnées de dates (calendrier). Etant donné qu'il s'agit en l'occurrence de données touchant de très près la sphère privée du patient, le médecin est fondé à ne transmettre les données médicales qu'au médecin-conseil de la caisse, dans le cas où c'est celle-ci qui est débitrice des honoraires. De plus, si l'assuré le lui demande, le médecin est même astreint à s'en tenir strictement à ce «mode de transmission» des données médicales. Ces prescriptions complètent l'article 18, 3^e alinéa; elles ne s'appliquent pas seulement en cas d'absence de disposition conventionnelle, mais de manière systématique.

Si ce n'est pas l'assuré, mais la caisse qui doit les honoraires, l'article 23, 2^e alinéa, prévoit que – dans ce cas aussi – l'assuré doit recevoir toutes les indications nécessaires pour contrôler les factures du médecin.

La réglementation prévue à l'article 22^{bis}, 7^e alinéa, pour les prestations fournies par le médecin est au demeurant applicable par analogie aux autres fournisseurs de prestations; c'est ce que prévoient expressément les articles 22^{quater}, 4^e alinéa, et 22^{quinquies}, 4^e alinéa également.

Article 22^{quater}, 2^e à 6^e alinéas (Autres tarifs pour traitements ambulatoires)

A la différence du droit actuel, l'article 22^{quater} ne règle plus que la fixation des tarifs pour les traitements ambulatoires. S'agissant de la tarification du traitement hospitalier, elle est réglée dans deux dispositions prévues spécialement à cet effet, les articles 22^{quinquies} et 22^{sexies}.

Etant donné que les articles 22 à 22^{ter} règlent la fixation des tarifs applicables aux médecins, l'article 22^{quater} ne régit plus que les tarifs applicables aux autres fournisseurs de prestations en milieu ambulatoire (pharmaciens, chiropraticiens, sages-femmes, personnel paramédical, personnel prodiguant des soins hors de l'hôpital, laboratoires, hôpitaux pour les traitements ambulatoires dispensés par ces établissements).

Comme dans le système actuel, les conventions passées entre les caisses et les différents fournisseurs de prestations doivent, pour être valables, recevoir l'approbation du gouvernement cantonal compétent. Règle nouvelle: les conventions valables pour toute la Suisse doivent être approuvées par le Conseil fédéral. Comme pour les conventions passées avec les médecins, il incombera à l'autorité compétente d'examiner aussi, désormais, le caractère économique des dispositions conventionnelles (voir commentaire de l'art. 22, 3^e al.).

Article 22^{quinquies} (Indemnisation du séjour dans un établissement hospitalier – Forfait pour frais de traitement)

Dans sa version révisée, l'article 12, 2^e alinéa, chiffre 2, énonce le principe suivant lequel, en cas de séjour hospitalier d'un assuré, la caisse prend à sa charge le forfait pour frais de traitement en division commune. D'autres prestations spéciales – diagnostiques ou thérapeutiques – peuvent de plus être portées en compte séparément, dans la mesure où caisses et établissements hospitaliers l'ont prévu dans la convention. Les frais correspondants ne peuvent toutefois pas être pris en considération pour le calcul du forfait pour frais de traitement. L'article 22^{quinquies} est la disposition qui fixe le cadre légal s'appliquant au forfait pour frais de traitement et, le cas échéant, aux prestations spéciales.

D'après le premier alinéa, le forfait pour frais de traitement couvrira au plus 60 pour cent des frais d'exploitation de l'établissement hospitalier par patient dans la division commune. Cette règle permet aux partenaires tarifaires de convenir d'un forfait journalier ou d'un forfait par cas (par ex. tel forfait pour une appendicectomie). Le 2^e alinéa prévoit que les frais de formation et de recherche ainsi qu'en principe les frais d'investissement des hôpitaux publics ne seront pas pris en compte dans le calcul des frais d'exploitation.

Le 3^e alinéa permet aux partenaires tarifaires – lors du calcul du forfait pour frais de traitement – de ne pas tenir compte de certaines prestations et de prévoir pour celles-ci une facturation séparée. Le forfait peut ensuite être fixé de manière à ce qu'il couvre, en moyenne, tous les coûts régulièrement causés par un séjour

hospitalier. En revanche, ne seront pas compris dans le forfait les prestations diagnostiques ou thérapeutiques qui sont rares et coûteuses; la loi les désigne par «prestations spéciales» et prévoit, le cas échéant, une facturation séparée. La règle est en l'espèce la même que pour la fixation du forfait pour frais de traitement: c'est 60 pour cent au plus des frais pour prestations spéciales qui pourront être mis à la charge des caisses. Le «partage» de la facture entre un forfait de base et des prestations spéciales, facturées séparément, permet d'accroître la transparence des coûts hospitaliers et, par là même, d'améliorer le contrôle de ceux-ci, en réduisant la prise en charge de mesures particulièrement coûteuses et pas toujours indiquées.

Il appartiendra aux caisses et aux établissements hospitaliers de fixer, dans une convention, le montant du forfait pour frais de traitement et, le cas échéant, des taxes pour les prestations spéciales à facturer séparément (4^e al.). Ce faisant, c'est 60 pour cent au plus des frais qui seront pris en compte. Les 5^e et 6^e alinéas prévoient des mesures précises, qui doivent permettre la prise en compte judicieuse de ces frais de même que le contrôle de leur caractère économique. Ces mesures sont les suivantes: le calcul des coûts et le classement des prestations doivent être faits par les hôpitaux selon une méthode uniforme (comptabilité analytique et statistique des prestations), méthode qui permettra d'établir une comparaison entre les coûts et les prestations de différents hôpitaux. Le gouvernement cantonal – qui est compétent pour examiner et approuver les conventions – de même que les caisses-maladie auront le droit de consulter les comptes et pièces établis par les hôpitaux. Quant au Conseil fédéral, il pourra faire procéder à des comparaisons de frais d'exploitation entre établissements semblables et exiger, à cet effet, les pièces nécessaires des cantons et des établissements hospitaliers.

Les partenaires tarifaires, les cantons et la Confédération disposeront par conséquent des instruments leur permettant de contrôler le caractère économique et adéquat des tarifs hospitaliers.

Comme dans le système actuel, les conventions passées entre hôpitaux et caisses doivent, pour acquérir leur validité, être soumises à l'approbation du gouvernement cantonal, qui devra à l'avenir vérifier aussi le caractère économique de la convention (voir à ce sujet le commentaire de l'art. 22, 3^e al.). La règle est la même que pour les conventions tarifaires passées avec les autres fournisseurs de prestations (art. 22, 3^e al. et 22^{quater}, 3^e al.).

Le forfait pour frais de traitement ne couvre qu'une partie des frais d'exploitation. Le reste sera donc financé par les «deniers» cantonaux. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle le 7^e alinéa permet de fixer un forfait pour frais de traitement plus élevé pour les patients qui ne résident pas dans le canton où se trouve l'établissement hospitalier. Toutefois même dans un tel cas, il ne sera pas possible de porter en compte plus que la totalité des *frais d'exploitation* par patient dans la division commune.

Article 22^{sexies} (Forfait pour frais de pension)

Le forfait pour frais de pension constitue une partie du forfait pour frais de traitement; son montant sera fixé par le Conseil fédéral de manière uniforme. Il sera porté au compte de l'assuré, en tant que participation aux frais de nourriture

et de séjour pendant les 60 premiers jours d'hospitalisation. On part, en effet, de l'idée que l'assuré économise pour ainsi dire les frais «de ménage» qu'il aurait eus à domicile et qu'il doit, dès lors, assumer lui-même une partie des «frais hôteliers» à l'hôpital. L'assuré a toutefois la possibilité de faire couvrir ces frais par une assurance complémentaire (1^{er} et 3^e al.).

Comme nous l'avons dit, le forfait pour frais de pension ne sera porté au compte de l'assuré que pour les 60 premiers jours d'hospitalisation. Passé ce délai, l'assurance de base assumera seule les frais de pension. Cette réglementation permet à l'assuré d'évaluer le «risque» qu'il devra prendre à sa charge, le cas échéant, et on peut partir de l'idée qu'il décidera plutôt d'assumer ces frais lui-même; tel ne serait selon toute vraisemblance pas le cas, si le système prévoyait la mise au compte de l'assuré du forfait pour frais de pension, pour toute la durée de l'hospitalisation. Dans la mesure toutefois où l'assuré ne veut pas prendre les frais à sa charge, il pourra conclure une assurance complémentaire à cet effet, assurance que les caisses doivent offrir à leurs membres et qui déploiera ses effets en cas de maladie comme en cas de maternité (3^e al.). Les dispositions légales prévues pour l'assurance de base s'appliqueront par analogie à l'admission dans l'assurance complémentaire, à la fixation des cotisations et à la durée des prestations (il s'agit des art. 5, 6^{bis} et 12, 3^e al.). Aucune nouvelle réserve ne pourra être imposée en cas d'augmentation du forfait pour frais de pension par le Conseil fédéral; cette prescription se justifie par le fait que l'adaptation correspondante de l'assurance ne résultera pas d'une décision personnelle de l'assuré, mais de la modification arrêtée par le Conseil fédéral.

Le 2^e alinéa prévoit, pour le séjour d'un assuré en division commune, que toutes les prétentions de l'hôpital sont satisfaites dès que lui ont été payés le forfait pour frais de traitement (qui inclut le forfait pour frais de pension) ainsi que d'éventuelles prestations spéciales, facturées séparément (voir art. 22^{quinquies}, 3^e al.); cela signifie donc que l'hôpital n'a pas le droit d'établir des factures supplémentaires. En comparaison avec le régime actuel, il s'agit indubitablement d'une simplification et simultanément d'une amélioration; aujourd'hui, en effet, les établissements hospitaliers peuvent mettre à la charge des patients les frais qui ne sont pas couverts par l'assurance-maladie. Cette manière de faire conduit toutefois à une situation peu transparente et peut sûre quant à l'étendue de la garantie dont bénéficient les assurés.

Article 22^{septies} (Droit de recours)

Cette disposition continue de s'intituler droit de recours, mais avec un nouveau chiffre au titre marginal. Sur le plan matériel, au premier alinéa, elle ne fait que reprendre les principes à la base de l'actuel article 22^{quinquies} en les adaptant au nouveau contexte légal (changement dans les références, notamment). En revanche, au 2^e alinéa, elle introduit une possibilité de recours – devant le Tribunal fédéral des assurances, et non devant le Conseil fédéral – contre la liste des établissements hospitaliers dressée par un canton, de même que contre le classement en catégories de ces mêmes établissements hospitaliers (voir art. 19^{bis}, 5^e al.).

Il convient de rappeler que le but du premier alinéa de cette disposition n'est nullement de permettre au Conseil fédéral d'intervenir, sans nécessité absolue, dans le champ d'appréciation que la loi reconnaît aux cantons en matière tarifaire.

De même, il faut souligner que c'est à dessein la voie du recours devant le Tribunal fédéral des assurances qui a été choisie dans le 2^e alinéa de cette disposition; vu les motifs de recours pouvant être invoqués dans le cadre d'une procédure devant ledit Tribunal, cette voie a été, en effet, considérée comme préférable pour des litiges portant sur l'article 19^{bis}, 5^e alinéa.

Article 23 (Traitement économique)

L'actuel article de loi est complété, au 1^{er} alinéa, par la mention expresse du principe de la «répétition de l'indu», dont l'application dans ce domaine a été dégagée par la jurisprudence. Les caisses seront ainsi en droit de réclamer le remboursement de prestations «non économiques» à toutes les personnes et institutions énumérées dans la première phrase de l'article 32. Cette disposition s'inscrit dans le cadre des mesures visant à réduire les coûts.

Le 2^e alinéa fixe, quant à lui, le principe selon lequel l'assuré doit toujours recevoir une facture détaillée, indépendamment du fait qu'il soit ou non débiteur des honoraires (voir aussi commentaire de l'art. 22^{bis}, 7^e al.). Le but de cette disposition est double: d'une part, faire prendre conscience à l'assuré du coût de ses soins et traitements et, d'autre part, lui permettre de procéder – si nécessaire – au contrôle des factures. Afin de garantir la transparence uniforme des factures médicales, il appartiendra au Conseil fédéral de fixer les indications devant figurer sur les factures.

Article 32 (Recours contre le tiers responsable)

Jusqu'à maintenant, les caisses ne disposent d'aucun droit de recours légal contre le tiers responsable, mais elles se font souvent céder dans leurs statuts les droits des assurés envers le tiers responsable. A l'exemple de ce qui est prévu dans les autres assurances sociales, les caisses seront dorénavant subrogées de par la loi, pour le montant de leurs prestations, aux droits de l'assuré envers le tiers responsable. Le projet se borne toutefois à poser le principe d'un droit de recours et renvoie pour les détails aux articles 41 à 44 LAA, qui deviennent applicables par analogie à l'assurance-maladie.

Article 35 (Subside fédéral pour la compensation des charges)

Cette disposition contient la modification la plus importante par rapport au droit en vigueur. Ainsi, la subvention versée actuellement pour les hommes sera supprimée et remplacée par un subside pour les assurés qui ont atteint l'âge donnant droit à une rente de vieillesse de l'AVS (1^{er} al.). Le programme d'urgence prévoyait déjà une affectation plus différenciée des moyens à disposition, en faveur des caisses-maladie qui ont un grand nombre d'assurés âgés. Cette affectation se voit encore renforcée dans le contre-projet, en ce sens que ce n'est pas le même montant, par assuré, qui sera versé à toutes les caisses-maladie. Les caisses qui ont un plus grand effectif d'assurés âgés recevront donc une subvention – par tête – plus élevée.

Le 2^e alinéa prévoit de renforcer encore cette compensation en faveur des caisses avec un grand nombre d'assurés âgés grâce à des moyens provenant des caisses elles-mêmes. A cet effet, il sera possible de prélever une contribution, d'un pour cent au plus, sur les primes encaissées par une caisse au titre de l'assurance de base des soins médicaux et pharmaceutiques, si cette caisse n'a qu'un petit nombre d'assurés au bénéfice d'une rente de l'AVS. Les moyens supplémentaires ainsi disponibles doivent également servir à compenser les charges des caisses qui ont un grand effectif d'assurés âgés.

Le 3^e alinéa est, en fait, une solution intermédiaire entre le système actuel de subside fédéral pour les soins hospitaliers des bénéficiaires d'une rente-AI et celui du subside individuel par bénéficiaire d'une rente-AI, tel que le prévoyait le programme d'urgence. Le subside prévu dans cet alinéa ne sera versé que pour des soins hospitaliers – comme dans le droit en vigueur – et cela pour des motifs de simplification administrative; toutefois, il ne sera plus fixé proportionnellement aux coûts effectifs du cas, mais de manière forfaitaire d'après le nombre des journées d'hospitalisation. A cela s'ajoute que le subside en question ne sera versé qu'après 60 jours d'hospitalisation; cette condition doit permettre de tenir compte, encore plus judicieusement, des risques spéciaux que représentent les rentiers-AI lorsqu'ils sont atteints gravement ou de manière chronique. La minorité de la commission désire faire un pas de plus en proposant de verser le subside uniquement pour les rentiers qui touchent une rente complète.

Article 36 (Subside fédéral pour la maternité)

Le premier alinéa de cette disposition correspond textuellement à l'actuel article 35, 2^e alinéa, de la loi actuelle. Toutefois, le plafonnement des subsides fédéraux ayant fait passer la participation effective de la Confédération à ce titre de 40 à 17 pour cent (des frais), il convient dans ce domaine de donner entièrement suite à la demande des caisses-maladie de rétablir l'ancien régime de subventionnement, demande qui figure dans la disposition transitoire de leur initiative. Ainsi, les subsides fédéraux pour maternité seront adaptés automatiquement et entièrement à l'évolution des frais – contrairement aux autres subventions fédérales. Toutefois, ce n'est pas la totalité des frais de maternité qui sera remboursée aux caisses-maladie, comme le programme d'urgence le prévoyait. On veut de cette manière être sûr que les caisses continueront de s'investir pour la réduction des coûts et le contrôle de ceux-ci. S'agissant des prestations de soins pour maternité aux femmes non assurées (voir aussi commentaire de l'art. 14, 7^e al.), c'est en revanche la totalité des prestations prises en charge par les caisses qui sera remboursée à celles-ci.

Article 36^{bis} (Subside fédéral pour la compensation des frais occasionnés par les femmes)

Cette disposition correspond au projet du Conseil fédéral de 1981 ainsi qu'au programme d'urgence. Même sans tenir compte des frais de maternité, les frais médico-pharmaceutiques occasionnés par les femmes sont, en moyenne, de 50 pour cent plus élevés que ceux des hommes, alors que leurs cotisations ne peuvent pas dépasser celles des hommes de plus de 10 pour cent. Donc, si la Confédération ne compensait pas cette différence de frais par des subventions, les

4 cotisations des hommes seraient si élevées – par rapport à la «prime de risque» qui devrait être effectivement versée – que ces assurés renonceraient à l'assurance-maladie sociale ou bien constitueraient des groupes de risques spéciaux. Le subside fédéral disponible en l'espèce ne compensera toutefois pas l'intégralité de la différence de frais et les hommes verseront par conséquent une «contribution» de solidarité d'environ 10 pour cent.

Article 37 (Subside fédéral pour les enfants)

Le subside fédéral prévu pour réduire les cotisations des enfants doit diminuer – dans une certaine mesure – les charges des familles, qui résultent de notre système caractérisé par des cotisations individuelles, d'une part, et par l'absence d'une assurance familiale, d'autre part. A la différence du programme d'urgence, le projet ne prévoit cependant plus un subside spécial pour compenser l'exonération de la cotisation à partir du troisième enfant. En effet, de nombreuses caisses ont déjà prévu d'elles-mêmes un tel système. Afin d'amener toutefois les autres caisses à adopter ce même système, le 2^e alinéa prévoit que la subvention en faveur des enfants ne sera versée aux caisses que si celles-ci ne perçoivent pas de cotisations pour le troisième enfant et les enfants subséquents d'une famille.

Article 37^{bis} (Indemnités annuelles en faveur des médecins de montagne)

Ces indemnités (fixées par des conventions) doivent encourager les médecins à s'installer dans des régions de montagne éloignées. La disposition correspond au droit actuel, mais augmente la participation de la Confédération, en faisant passer celle-ci de 25 à 50 pour cent, comme prévu dans le programme d'urgence. Pour ce qui est du montant global de la contribution de la Confédération, il se détermine d'après les conventions qui sont effectivement passées en l'espèce; il est actuellement d'environ 260 000 francs et arrivera donc environ au double de cette somme à l'avenir.

Article 38 (Subsides cantonaux)

Cette disposition correspond à celle du programme d'urgence. Comme nous l'avons relevé précédemment, la Confédération qui, dans un système d'assurance comme le nôtre, est obligée de compenser les charges imposées par la loi ne peut pas, en plus, affecter davantage de moyens à la réduction des cotisations individuelles des assurés. A cela s'ajoute le fait que les cantons sont mieux en mesure que la Confédération de déterminer le cercle des personnes qui ne peuvent réellement pas payer la totalité de leurs cotisations, car tant les frais de la vie courante que les cotisations varient fortement en fonction des conditions régionales.

Le 3^e alinéa de cet article modifie le système actuel des subsides supplémentaires dans les cantons de montagne. Ainsi, les subsides généraux alloués par la Confédération aux habitants des régions de montagne sont supprimés; étant donné toutefois que c'est précisément dans ces régions que se trouvent de nombreuses personnes à ressources modestes, il en résultera une charge supplémentaire considérable pour les cantons avec d'importantes régions de montagne. Dès lors, s'il s'agit de cantons «à faible capacité financière», la Confédération leur

remboursera une partie des subsides versés au sens du premier alinéa de l'article 38. L'expression «à faible capacité financière» devra être interprétée de manière un peu plus large qu'en matière de péréquation financière entre les cantons. Il convient de relever que le système proposé par la commission est plus équitable que la réglementation actuelle. Celle-ci profite en effet à tous les habitants d'une zone de montagne, quel que soit leur revenu (au directeur d'hôtel comme au modeste paysan de montagne), alors que les subsides versés en vertu du nouvel article 38 sont spécialement destinés à réduire les primes de personnes de condition modeste. La manière dont les quelque 20 millions de francs à disposition seront répartis entre les cantons, selon les critères du taux de population de montagne et de la capacité financière, sera déterminée par ordonnance, et cela après consultation des cantons.

Article 38^{bis} (Montant des subsides fédéraux)

Jusqu'en 1977, le montant des subsides fédéraux augmentait en fonction de l'évolution des coûts. La loi fédérale du 5 mai 1977 (RO 1977 2249) instituant des mesures propres à équilibrer les finances fédérales a toutefois «plafonné» ces subsides, sur la base de leur montant en 1976. Par conséquent, si les subventions fédérales ont quand même légèrement augmenté depuis lors, c'est en raison des modifications intervenues dans l'effectif des assurés (plus grand nombre d'assurés, passage d'enfants dans l'assurance des adultes).

L'article 38^{bis} assouplit dans une certaine mesure ce plafonnement, tout comme le faisait le programme d'urgence. S'agissant des subventions pour la maternité, le plafonnement est complètement abandonné et ces subsides devront à nouveau suivre l'évolution des coûts. Pour ce qui est des indemnités annuelles versées aux médecins des régions de montagne (art. 37^{bis}), elles ne sont plus plafonnées actuellement déjà. Quant aux autres subsides fédéraux, leur montant sera fixé par arrêté fédéral simple. La prise en considération de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie figure expressément dans la loi. Le montant des subventions à verser durant les trois premières années suivant l'entrée en vigueur de la loi sera fixé dans les dispositions transitoires.

Article 38^{ter} (Participation des cantons aux subsides fédéraux)

La mise à contribution des cantons à raison de la moitié des subsides fédéraux pour l'assurance-maladie correspond à la nouvelle répartition des tâches entre Confédération et cantons. En contre-partie, les cantons seront déchargés de leurs subventions pour l'AVS (voir aussi le commentaire de la let. e des dispositions transitoires). Cette proposition part de la réflexion suivante: les cantons peuvent influencer considérablement sur les frais de la santé publique et par là même sur ceux de l'assurance-maladie, alors qu'ils n'ont pas d'influence sur les coûts de l'AVS.

Le 2^o alinéa énumère les critères qui servent au calcul de la participation de chaque canton; cette énumération n'est toutefois pas exhaustive. C'est à dessein que ne figure pas dans ces critères la capacité financière du canton; en effet, la prise en compte de cet élément ne permettrait pas de réaliser le véritable objectif de ce 2^o alinéa, à savoir la «récompense» ou la «pénalisation» du canton en fonction des efforts qu'il fait pour réduire les coûts.

2° alinéa, lettre a: Plus les caisses prennent de prestations légales à leur charge dans un canton, plus la part du canton est grande. Cette part dépend donc du nombre des assurés et de la mise à contribution des caisses.

2° alinéa, lettre b: Dans les cantons où les dépenses par assuré sont plus élevées que la moyenne suisse (demande de prestations plus importante ou tarifs plus élevés), la part du canton concerné sera plus élevée. Les cantons qui ont des coûts peu élevés seront donc avantagés.¹⁾

2° alinéa, lettre c: afin de parer au risque de voir les cantons fixer un forfait pour frais de traitement le plus élevé possible pour pouvoir en reporter les frais sur l'assurance-maladie, il est prévu que les cantons auront une part d'autant plus importante à prendre en charge que leurs dépenses dans le domaine hospitalier sont faibles. De même, leur part sera d'autant plus importante que leurs dépenses pour des soins prodigués hors de l'hôpital et pour la réduction des cotisations aux assurés à ressources modestes sont faibles.

Le Conseil fédéral réglera les détails après consultation des cantons (voir aussi la let. e des dispositions transitoires sur la mise en vigueur de l'art. 38^{ter}).

Article 39 (Assurance-maladie et santé publique)

Cette disposition correspond au premier alinéa de l'article 39, proposé par le Conseil fédéral dans son message du 19 août 1981. De nombreuses institutions existent déjà dans le domaine de l'assurance-maladie et il s'agit de mettre en commun les efforts qui tendent vers le même but, afin d'arriver à une véritable action concertée des différents intervenants. La Confédération se voit donc confier la tâche d'encourager – avec l'aide des cantons – la collaboration entre les personnes et les institutions intéressées (art. 39, 1^{re} phr.). De plus, elle pourra elle-même soit s'associer à des institutions, soit conclure des accords de collaboration avec celles-ci (art. 39, 2^e phr.). L'application de cette nouvelle disposition devra contribuer à une «politique coordonnée» de l'assurance-maladie et de la santé publique.

Articles 40 et 41 (Obligation de garder le secret; Exécution)

Il s'agit ici d'une simple adaptation formelle des lettres des titres marginaux de ces articles (N. et O. étant remplacés par O. et P.). Il n'y a donc pas de modification sur le plan matériel et ces deux dispositions, qui figurent aujourd'hui dans la LAMA, sont reprises telles quelles dans le projet de loi.

Dispositions transitoires

a. Adaptation des dispositions cantonales et des statuts des caisses-maladie au nouveau droit

La révision partielle de l'assurance-maladie appellera des modifications du droit cantonal. Selon l'article 38, les cantons doivent allouer des subsides en faveur des assurés à ressources modestes. De plus, les cantons et les communes qui ont édicté

¹⁾ La minorité de la commission, désireuse de tenir compte de la structure d'âge variable selon les cantons, propose que la participation des cantons aux dépenses de la Confédération soit calculée en fonction de l'âge des assurés.

des dispositions sur l'assurance-maladie obligatoire et l'institution de caisses-maladie publiques devront les adapter au nouveau droit. Les cantons devront édicter leurs nouvelles dispositions dans un certain délai, qui sera fixé par le Conseil fédéral, et les faire approuver par celui-ci dans les cas où la loi le requiert (voir art. 2, 3^e al., de la loi actuelle). Dans l'éventualité où ce délai ne suffirait pas, il est prévu que les autorités cantonales et communales d'exécution pourront édicter des dispositions provisoires.

Quant aux caisses-maladie et aux fédérations de réassurance, elles disposeront d'un délai approprié pour adapter leurs statuts à la nouvelle loi. Les dispositions en vigueur resteront applicables jusqu'au moment où les statuts seront modifiés. Après expiration du délai, le nouveau droit s'appliquera également aux caisses n'ayant pas encore procédé à ces changements.

b. Traitements hospitaliers

Les conventions tarifaires valables pour les établissements hospitaliers devront aussi être adaptées au nouveau droit jusqu'à une date fixée par le Conseil fédéral. Etant donné que la nouvelle réglementation de ces tarifs est liée à une modification correspondante dans le domaine des prestations obligatoires des caisses, la période transitoire sera fixée de la même manière que celle de la lettre a, 1^{er} alinéa. Jusqu'au moment où il aura été adapté au nouveau droit, le tarif valable pour un établissement hospitalier restera en principe applicable. Dès que le tarif est modifié, il doit être adapté au nouveau droit (art. 22^{quinquies} et 22^{sexies}). Les établissements hospitaliers devront introduire le calcul des coûts (comptabilité analytique) et la statistique de leurs prestations selon une méthode uniforme, au plus tard lors de l'application du nouveau régime tarifaire (art. 22^{quinquies}, 5^e al.).

c. Assurances complémentaires pour frais hospitaliers

L'adaptation des assurances complémentaires pour frais de séjour hospitalier au nouveau droit risque de poser des problèmes lors de l'entrée en vigueur de celui-ci, notamment en ce qui concerne la couverture d'assurance et les réserves. Aussi était-il nécessaire de rappeler le principe, déjà valable actuellement, selon lequel de nouvelles réserves ne peuvent être imposées que si la couverture d'assurance est augmentée et seulement à raison des prestations supplémentaires. Les caisses pourront adapter leurs assurances complémentaires pour frais hospitaliers dans le délai d'un an à dater de l'entrée en vigueur de la révision.

Les caisses seront en outre tenues d'informer, dans les six mois, leurs membres de la faculté de faire adapter leurs assurances complémentaires pour frais hospitaliers. Si une caisse omet d'informer ses membres, ceux-ci auront encore pendant deux ans le droit de demander la modification rétroactive des assurances complémentaires.

d. Subsides fédéraux alloués au cours des trois premières années qui suivent l'entrée en vigueur

La disposition correspond à celle du programme d'urgence. Le premier alinéa fixe le principe suivant lequel les subsides fédéraux sont versés l'année qui suit celle de leur octroi. La pratique actuelle est, en revanche, la suivante: les caisses reçoivent

chaque année une avance pour l'année en cours ainsi que le solde entre le montant qui leur a été avancé et le montant auquel elles ont effectivement droit pour l'année précédente. Initialement, les avances se montaient à 80 pour cent des subsides effectivement dus, alors qu'aujourd'hui elles ne représentent qu'à peine 10 pour cent.

Le passage du système actuel au nouveau système, décrit ci-dessus, nécessite une réglementation spéciale; celle-ci figure au 2^e alinéa. Dans l'année où la modification de la loi entrera en vigueur, il conviendra évidemment de verser encore aux caisses le solde du subside accordé d'après l'ancien droit et dû pour l'année précédente. L'ancien système prévoyait, de plus, une avance pour l'année en cours, avance qui sera supprimée. Toutefois, afin d'éviter une réduction des versements effectifs, ce 2^e alinéa prévoit l'allocation d'un subside complémentaire. De cette manière, il sera possible d'augmenter les subsides fédéraux dans l'année même de l'entrée en vigueur de la loi, et cela malgré l'introduction du nouveau système (versement des subventions l'année qui suit celle de leur octroi).

Le montant des subsides fédéraux sera fixé pour des années désignées concrètement. Il est donc important de prévoir dès maintenant la date de l'entrée en vigueur de la loi. La formulation adoptée à la lettre a des dispositions transitoires part de l'idée que la loi entrera en vigueur en 1991, ce qui est une supposition très optimiste. Nous reprenons cette supposition avant tout car elle nous permet de partir des montants prévus par le programme d'urgence. D'après les décisions de la majorité de la commission, le montant global des subsides dus pour 1990 (année de versement: 1991) dans le programme d'urgence doit se voir augmenté de 100 millions de francs, ce qui – sur la base du 2^e alinéa – nous amène à un montant global de 1220 millions de francs. Un taux de croissance annuel de 5,5 pour cent est prévu pour les deux années suivantes, tout comme dans le programme d'urgence. Ce faisant, on prend dûment en considération l'article 38^{bis}, 2^e alinéa, qui prescrit que le montant des subsides sera fixé «compte tenu de l'évolution des coûts dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques». Pour 1991 (année de paiement: 1992), nous prévoyons un montant total de 1287,6 millions de francs (y compris les subsides pour la maternité et les indemnités annuelles aux médecins dans les régions de montagne). Pour 1992, la somme correspondante s'élève à 1357,6 millions de francs (voir aussi le tableau en annexe)¹⁾.

e. Entrée en vigueur de l'article 38^{ter}

Dans le projet initial pour une nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons, la Confédération devait compenser la participation des cantons aux subventions versées à l'assurance-maladie en déchargeant lesdits cantons dans le domaine de l'AVS. L'arrêté fédéral du 4 octobre 1985 fixant la contribution de la Confédération et des cantons au financement de l'assurance-vieillesse et survivants (RS 831.100) prévoit, «jusqu'à l'entrée en vigueur d'une participation des cantons équivalant à la moitié des subsides fédéraux à l'assu-

¹⁾ La minorité de la commission propose un montant total supérieur de 200 millions de francs à celui que réclame la majorité, ce qui représente 1420 millions de francs pour 1990. Les moyens supplémentaires affectés à des subsides plus élevés doivent être mis à disposition conformément à l'article 35.

rance-maladie», que la contribution des cantons à l'AVS s'élèvera à 4,5 pour cent en 1986, à 4 pour cent durant les années 1987 à 1989 et à 3 pour cent dès 1990. Dès l'entrée en vigueur de la participation des cantons à raison de la moitié des subsides fédéraux pour l'assurance-maladie, leur contribution à l'AVS se déterminera d'après l'article 103 LAVS, disposition qui prévoit la suppression complète des subventions cantonales à partir de 1990. Le montant global de la contribution des pouvoirs publics (Confédération, cantons) à l'AVS restera de toute façon de 20 pour cent; il ne subira donc pas de modification. Ce qui signifie qu'au soulagement financier des cantons correspondront des charges supplémentaires pour la Confédération.

32467

Subventions fédérales aux caisses-maladie (En mio. de fr.)

	Droit actuel (1985)	Programme d'urgence (1990)	Contre-projet			
			1990 ¹⁾	1991 ¹⁾	1992 ¹⁾	1993 ¹⁾
Femmes	597,2	525,0		632,0	665,0	700,0
Hommes	104,6	—		—	—	—
Enfants (en général)	65,3	90,0		95,0	100,0	106,0
3 ^e enfant et suivant(s)	—	73,0		—	—	—
Rentiers AVS/AI	—	150,0		424,0	447,0	471,0
Maternité	40,0	261,5		115,0	123,0	131,0
Tuberculose	4,1	—		—	—	—
Soins médicaux et pharmaceutiques des invalides	89,8	—		—	—	—
Subside supplémentaire (régions de montagne)	20,6	—		—	—	—
Indemnités annuelles aux médecins (régions de montagne)	0,3	0,5		0,6	0,6	0,6
Cantons	—	20,0		21,0	22,0	24,0
Total	921,9	1120,0	1220,0²⁾	1287,6	1357,6	1432,6

¹⁾ Montants afférents à l'année indiquée et versés l'année suivante.

²⁾ Versement selon disposition transitoire, lettre d, 2^e alinéa.

Initiative populaire «pour une assurance-maladie financièrement supportable» (Initiative des caisses-maladie) Rapport de la commission du Conseil des Etats sur un contre-projet au niveau législatif (modification de la loi fédérale sur l'assurance-mal...

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1988
Année	
Anno	
Band	3
Volume	
Volume	
Heft	48
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	88.014
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	06.12.1988
Date	
Data	
Seite	1262-1301
Page	
Pagina	
Ref. No	10 105 627

Das Dokument wurde durch das Schweizerische Bundesarchiv digitalisiert.

Le document a été digitalisé par les Archives Fédérales Suisses.

Il documento è stato digitalizzato dell'Archivio federale svizzero.