

**Message
concernant des mesures temporaires contre
l'augmentation des coûts dans l'assurance-maladie
(Nouveau programme de mesures 1993-1994)**

du 19 août 1992

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

Nous vous soumettons un message concernant des mesures destinées à freiner la hausse des coûts dans l'assurance-maladie (nouveau programme 1993-1994) et vous proposons d'accepter le projet ci-joint.

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

19 août 1992

Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération, Felber

Le chancelier de la Confédération, Couchepin

Condensé

En même temps que son message concernant la révision de l'assurance-maladie, le Conseil fédéral avait soumis au Parlement, le 6 novembre 1991, un deuxième message concernant des mesures temporaires contre l'augmentation des coûts et la désolidarisation dans l'assurance-maladie. Il proposait un arrêté urgent limité à une durée de trois ans. Les dispositions contre la désolidarisation ont été adoptées, comme cela avait été demandé, pour une durée de trois ans. Les mesures contre l'augmentation des coûts ont été fortement combattues. Le Parlement a finalement décidé d'en limiter la durée à une année et a chargé le Conseil fédéral dans le même temps de «soumettre aux Conseils, avant la fin de la validité de cet arrêté, un programme de mesures urgentes contre la hausse des coûts», en veillant à prendre mieux en compte les intérêts des cantons. C'est pour nous conformer à ce mandat que nous vous présentons ce projet d'arrêté. Sa durée de validité doit être limitée à deux ans.

Le projet ne porte à dessein que sur les deux domaines qui sont les objets de l'arrêté actuellement en vigueur, à savoir, la limitation de l'augmentation des tarifs et des prix des fournisseurs de prestations et la limitation de la hausse des cotisations des caisses-maladie. D'autres propositions, comme celles exprimées lors de la procédure de consultation, seront examinées dans le cadre de la révision de la loi sur l'assurance-maladie qui conserve la priorité. Ce projet prend mieux en compte les intérêts des cantons en proposant, s'agissant de l'augmentation des tarifs hospitaliers, d'indexer les frais de matériel selon l'évolution des prix à la consommation et les frais de personnel selon l'évolution des salaires. Les coûts subissant encore une forte augmentation au courant de cette année malgré l'arrêté fédéral, les tarifs dans le domaine ambulatoire devront être gelés l'année prochaine. En 1994, ces tarifs ne pourront être augmentés que si l'évolution des coûts pendant l'année 1992 a atteint le but fixé par l'arrêté actuel (augmentation des coûts d'au maximum un tiers au-dessus de l'évolution générale des prix). En ce qui concerne la limitation de la hausse des cotisations, le projet propose un système nouveau. Alors que jusqu'à présent, l'augmentation des cotisations était définie par un pourcentage maximal que chaque caisse devait respecter, une cotisation limite sera maintenant fixée pour toutes les caisses, et en francs (cotisation de référence). Cette réglementation provoquera des augmentations de cotisations différentes en pourcentage, mais réduira l'écart en francs entre les cotisations. Elle contribuera en outre à ce que la compensation des risques, mise en œuvre dès 1993, prenne effet immédiatement et à ce que les caisses n'augmentent pas leurs cotisations de manière trop prononcée.

Message

1 Partie générale

11 Situation initiale

111 Mandat de l'Assemblée fédérale

Le Conseil fédéral a présenté le 6 novembre 1991 aux Chambres fédérales un premier message concernant des mesures temporaires contre l'augmentation des coûts et la désolidarisation dans l'assurance-maladie (FF 1991 IV 901). L'Assemblée fédérale a scindé le projet qui lui était proposé et a adopté le 13 décembre 1991 deux arrêtés urgents, à savoir:

- l'arrêté fédéral sur des mesures temporaires contre la désolidarisation dans l'assurance-maladie (RS 832.112), dont la durée de validité est limitée au 31 décembre 1994, et
- l'arrêté fédéral sur des mesures temporaires contre le renchérissement de l'assurance-maladie (RS 832.111), dont la durée de validité est limitée au 31 décembre 1992.

Par l'article 4 de l'arrêté fédéral sur des mesures temporaires concernant la renchérissement, dont la durée de validité est limitée à un an, le Parlement a chargé le Conseil fédéral de lui soumettre, avant la fin de la durée de validité de l'arrêté, un nouveau programme de mesures urgentes contre la hausse des coûts, qui prenne mieux en compte les intérêts des cantons. Afin d'exécuter ce mandat, le Conseil fédéral présente aujourd'hui ce message accompagnant un nouveau projet d'arrêté fédéral contre l'augmentation des coûts.

112 Effets de l'application de l'arrêté contre le renchérissement de 1991 dans le domaine des tarifs et des prix

Une enquête effectuée auprès des cantons et des associations cantonales des caisses-maladie a montré que, dans le domaine hospitalier (taxes hospitalières), l'arrêté fédéral urgent était à appliquer dans une bonne moitié des cantons du fait que les gouvernements n'avaient approuvé les tarifs valables pour 1992 qu'après l'entrée en vigueur de l'arrêté fédéral. Dans les cantons d'Argovie et de Nidwald, les associations cantonales des caisses-maladie ont recouru auprès du Conseil fédéral contre les décisions tarifaires prises par les gouvernements cantonaux. Elles prétendent que les dispositions de l'arrêté urgent n'ont pas été appliquées. L'issue de ces procédures n'est pas encore connue à ce jour. Dans le domaine hospitalier, quelques cantons de Suisse romande (VD, NE) pratiquent le système d'enveloppes budgétaires prospectives (budgétisation globale), dont l'objectif est très proche de celui de l'arrêté (plafonnement des dépenses). Dans l'ensemble, on peut dire que, pour les cantons qui devaient appliquer cet arrêté, celui-ci a eu un effet incitatif pour la mise en place d'une politique de limitation des coûts. Dans la majorité des cas, les décisions tarifaires qui ont été prises ont reflété une certaine retenue. Dans les cantons, qui, eux, n'étaient pas soumis aux règles de cet arrêté pour des raisons de délai d'approbation, certaines augmentations considérables se

sont produites. A court terme, les mesures de limitation de la hausse des tarifs produisent une réduction de l'auto-financement des hôpitaux et un accroissement des déficits qui doivent être pris en charge par les cantons. A long terme, elles devraient inciter les cantons à trouver des solutions pour réaliser des économies (planification hospitalière intercantonale et interrégionale, meilleure définition des mandats de prestations de chaque hôpital, réduction de la durée d'hospitalisation).

Dans le *domaine ambulatoire*, aucune adaptation des tarifs n'est intervenue dans la majorité des cantons. L'évolution des coûts n'a ainsi pas été stoppée. D'une part parce qu'il existe dans quelques cantons des clauses d'indexation dans les conventions tarifaires, qui ont pour effet une adaptation de la valeur du point sans qu'une modification formelle des conventions ne soit nécessaire. D'autre part parce que, dans ce domaine, l'évolution des coûts dépend en grande partie de l'évolution de la quantité de prestations fournies et que les fournisseurs de prestations n'ont que peu d'influence sur cette évolution quantitative (évolution quantitative «légitime», liée à l'évolution démographique, au vieillissement de la population, à l'accroissement de celle-ci, etc.).

Le Département de l'intérieur a appliqué les prescriptions de l'arrêté *aux tarifs fédéraux* par l'intermédiaire des décisions prises par l'OFAS. Aucune augmentation n'a été admise pour le tarif des analyses des laboratoires et une augmentation maximale de 3,9 pour cent a été fixée pour les médicaments. Celle-ci aurait été d'au moins 6 pour cent selon la date de la dernière adaptation de prix, sans une application de l'arrêté.

L'évolution des coûts en ce qui concerne les *caisses-maladie* se présente ainsi: En 1991, avant l'entrée en vigueur des arrêtés urgents, l'augmentation des coûts, y compris ceux des prestations de l'assurance complémentaire, s'est élevée à environ 12 pour cent (6,2% en 1990), d'après les premières données recueillies par l'OFAS et en comparaison avec l'année précédente. Pour l'assurance de base, l'augmentation devrait se situer aux environs de 10,3 pour cent, si l'on admet que le rapport entre l'évolution des coûts en général et celle des coûts de l'assurance de base reste identique à celui de 1990 (6,2%; 5,3%). Par contre, l'évolution des salaires n'a été que de 7 pour cent en 1991. D'après les indications fournies par quelques caisses, les coûts pour l'année courante devraient augmenter dans la même proportion que l'année dernière (+ 13% pour l'ensemble des prestations en cas de maladie). Selon les mêmes sources, l'augmentation des coûts dans le domaine ambulatoire est plus prononcée que dans le domaine hospitalier. Le taux d'augmentation ne se réduit manifestement pas encore, pourtant il ne devrait pas être aussi élevé qu'en 1991.

113 Effets de l'arrêté fédéral de 1991 contre le renchérissement dans le domaine des cotisations

L'article 2 de l'arrêté de 1991 fixe l'augmentation admissible des cotisations en relation avec le renchérissement général. L'adaptation maximale autorisée des cotisations a été de 10 pour cent en 1992. Le deuxième alinéa de l'article 3 permet à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) d'autoriser une caisse à

augmenter davantage ses cotisations lorsque la sauvegarde de la sécurité financière de celle-ci l'exige.

L'attitude des caisses, dans la pratique, a été la suivante:

- 69 caisses, qui regroupent 13 pour cent de l'ensemble des assurés, ont fixé d'emblée l'augmentation de leurs cotisations en-dessous du maximum autorisé.
- 73 caisses, regroupant 32 pour cent de l'ensemble des assurés, ont fixé, sur recommandation de l'OFAS, l'augmentation des cotisations dans les limites autorisées.
- 42 caisses ont déposé une demande d'autorisation d'augmentation exceptionnelle; elles représentent 55 pour cent de l'ensemble des assurés, de grandes caisses en faisaient en effet partie; l'autorisation a été accordée par l'OFAS à 34 caisses, soit touchant 5 pour cent de l'ensemble des assurés; dans ces cas, la sauvegarde de la sécurité financière des caisses nécessitait une augmentation plus importante des cotisations. Huit demandes ont été écartées par l'OFAS; cinq caisses ont recouru contre cette décision auprès du Département fédéral de l'intérieur (DFI), ces cinq recours ont été rejetés; trois des recourants ont poursuivi la procédure devant le Conseil fédéral; ils représentent environ 28 pour cent de l'ensemble des assurés. Ces procédures sont actuellement encore pendantes.

En résumé, on peut considérer qu'au moins deux tiers des assurés ont bénéficié de la limitation imposée à la hausse des cotisations. Pour 28 pour cent environ la question reste ouverte, pour seulement 5 pour cent d'entre eux une autorisation exceptionnelle a été accordée. De plus, ces mesures restrictives ont produit certains effets indirects, comme par exemple une modification de l'attitude des caisses-maladie envers les fournisseurs de prestations. Ainsi les caisses ont-elles fait savoir que, lors des négociations tarifaires, elles entendaient avoir une attitude plus combative et que, dans le cadre de l'assurance de base, seuls les médicaments figurant sur les listes fédérales (liste des médicaments avec tarifs et liste des spécialités) seraient pris en charge. On peut donc estimer que les mesures urgentes contre le renchérissement renforceront également les efforts des caisses en vue de la maîtrise des coûts.

12 Résultats de la procédure préalable

Le Département de l'intérieur a procédé, en février 1992, à un sondage; il a invité les gouvernements cantonaux et les organisations faitières des assureurs et fournisseurs de prestations à lui faire parvenir leurs suggestions au sujet du programme de mesures complémentaires. Les réponses qui lui sont parvenues contenaient des propositions qui sortaient manifestement du cadre d'une réglementation transitoire, elles anticipaient partiellement la révision totale de l'assurance-maladie (p. ex.: compétence de la Confédération pour l'harmonisation des structures tarifaires, fixation du degré de couverture des coûts à l'hôpital, introduction de budgets globaux).

La procédure de consultation proprement dite a été ouverte le 2 juin 1992. Le délai a été ramené à un mois, le dossier devant être traité par les deux Conseils lors de la session d'automne 1992. Tous les cantons se déclarent favorables à une

révision rapide de la législation en vigueur, seuls quelques cantons (NE/GE/BS/VD) voient la nécessité de mesures temporaires pour maîtriser les coûts jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi modifiée. L'introduction d'une cotisation de référence leur paraît, en particulier, un moyen adéquat, avec certaines mesures d'accompagnement, pour limiter l'augmentation des cotisations de manière directe. Se rallient à cette proposition les cantons de Glaris, Saint-Gall, Thurgovie et du Tessin. Les oppositions exprimées recoupent celles suscitées par les précédents arrêtés: ingérence dans la souveraineté cantonale, lutte contre les symptômes et non contre les causes. Les difficultés d'application des premières mesures renforcent les craintes devant les nouvelles propositions.

Le Parti socialiste suisse, les Démocrates suisses ainsi que le Parti écologiste sont favorables au projet dans son principe mais émettent quelques réserves. Les autres partis, notamment le Parti radical-démocratique, l'Union démocratique du Centre, l'Alliance des Indépendants et le Parti Démocrate-chrétien ne l'approuvent pas.

Les associations d'employeurs, à l'exception de la Fédération romande des syndicats patronaux, ainsi que les groupements économiques sont opposés à ce projet dont elles mettent en doute l'efficacité. Celui-ci constitue, selon eux, un certain interventionnisme étatique inutile dans la situation actuelle, un frein à la libre concurrence et pourrait provoquer un déséquilibre du système établi. La voie de la procédure législative ordinaire leur paraît la seule acceptable.

Les groupements de travailleurs souhaitent une prorogation d'arrêtés temporaires améliorés, les considérant comme des mesures transitoires indispensables dans l'attente de la révision de la loi.

Le Concordat des caisses-maladie est opposé à tout nouveau recours au droit d'urgence, mais il se déclare prêt à soutenir la révision en cours. Les caisses-maladie qui se sont exprimées individuellement partagent cette opinion et font part des difficultés financières qu'elles prévoient, en particulier si aucune exception ne peut être accordée à la limitation de la hausse des cotisations. Ces craintes ont également été exprimées dans plusieurs autres avis.

L'opposition des fournisseurs de prestations ainsi que de l'industrie chimique et pharmaceutique est totale. Ils mettent en doute l'efficacité d'une limitation générale des tarifs, craignent que les mesures proposées n'aient des effets contraires au but recherché et dénoncent les restrictions mises à la liberté contractuelle.

Le projet est bien accueilli par les organisations de patients et de consommateurs qui souhaiteraient des interventions plus énergiques mais redoutent que, le cas échéant, des problèmes financiers des caisses ne portent préjudice aux assurés eux-mêmes.

2 Grandes lignes du projet

Comme cela était déjà le cas pour les mesures contre le renchérissement de 1991, le projet se limite à proposer des mesures dans le domaine des tarifs et des prix d'une part, et dans celui des cotisations d'autre part. En tant que mesures complémentaires et transitoires jusqu'à l'achèvement de la procédure de révision

totale de l'assurance-maladie engagée par le Parlement, elles ont pour objectif de maintenir dans des limites supportables l'évolution des coûts et des cotisations. Nous ne pouvons qu'approuver ceux qui, lors de la procédure de consultation, ont exprimé l'avis que les difficultés rencontrées dans la lutte contre le renchérissement et la désolidarisation ne pourront être résolues que par une révision totale et fondamentale de la loi sur l'assurance-maladie comme l'a proposée le Conseil fédéral dans son message présenté aux Chambres le 6 novembre 1991 (FF 1992 I p. 77 et ss). Il s'agit donc en premier lieu de concentrer les efforts pour réussir cette réforme. Ceci nous a amenés à renoncer à inclure dans le présent projet d'autres mesures envisageables pour réduire la progression des coûts. C'est le cas de certaines suggestions émanant des milieux intéressés lors du sondage d'opinions de février 1992 ainsi que de la procédure de consultation du mois de juin 1992. Ces propositions sortent manifestement du cadre d'une réglementation transitoire et anticipent partiellement la révision de l'assurance-maladie. Parmi elles, on peut citer: l'introduction d'une compétence accordée à la Confédération pour l'harmonisation des structures tarifaires, la fixation du degré de couverture des coûts hospitaliers par l'assurance, l'introduction de budgets globaux, la coordination de la planification et de l'occupation dans le secteur hospitalier, l'introduction de forfaits par cas, la publication de prescriptions fédérales sur la rémunération des appareils de diagnostic ou thérapeutiques coûteux, la limitation de l'admission des fournisseurs à pratiquer à la charge de l'assurance, l'augmentation de la participation des assurés aux coûts des prestations.

Lorsqu'on se rapporte à l'article 4 de l'arrêté de 1991 contre le renchérissement ainsi qu'aux divers avis concernant le droit d'urgence, on constate que le nouveau programme de mesures doit atteindre les objectifs suivants:

- Il doit mieux prendre en compte les besoins des cantons.
- Il doit, dans la mesure du possible, limiter de manière plus forte que l'actuel arrêté la hausse des coûts.
- Il doit, pour ce qui a trait à la limitation de l'augmentation des cotisations tenir compte de l'introduction de la compensation des risques entre les caisses (effective pour la première fois en 1993) et veiller à ce que le ralentissement de l'augmentation des cotisations ne soit pas excessif par rapport aux mesures touchant les coûts.

Le chiffre 3 ci-après traitera en détail la manière dont ces objectifs seront atteints par le nouvel arrêté. Nous nous bornons ici à en commenter les grandes lignes.

L'augmentation des tarifs et des prix des traitements ambulatoires sera ralentie de manière plus importante qu'avec la réglementation actuelle. Pour 1993, une augmentation est totalement exclue et, pour 1994, elle ne sera autorisée que si l'objectif fixé pour 1992 a été atteint. Cet objectif est identique à celui qui est prévu par l'actuel arrêté: l'augmentation des frais moyens de traitement par assuré et par an ne doit pas dépasser de plus d'un tiers l'augmentation de l'indice suisse des prix à la consommation (art. 1^{er}, 1^{er} al.).

Dans le domaine hospitalier, l'argument présenté par les cantons a été retenu: ils souhaitent que les frais de personnel soient mieux pris en compte. C'est pourquoi le montant des frais de personnel, dans le calcul des taxes hospitalières, sera indexé selon l'indice des salaires établi par l'Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail; le montant des frais de matériel sera, quant à lui,

indexé d'après l'indice suisse des prix à la consommation. A la différence de ce qui est prévu dans l'actuel arrêté, l'évolution quantitative antérieure n'est pas prise en compte; en revanche aucune marge supplémentaire au-dessus de l'indice n'est prévue (art. 1^{er}, 2^e al.).

Un système nouveau est proposé pour les cotisations. Si l'on reprenait telles quelles les dispositions actuelles, la situation deviendrait très confuse pour les assurés à cause de l'introduction de la compensation des risques. De plus, il en résulterait des difficultés d'application certaines tant pour les caisses-maladie que pour l'autorité de surveillance. Il faudrait en effet adapter pour chaque caisse la limite générale de l'augmentation des cotisations fixée en pour-cent, et ceci soit à la hausse soit à la baisse, suivant l'effet de la compensation des risques sur la caisse. Or, la compensation des risques doit entraîner, dans les faits, un ajustement des cotisations des différentes caisses.

C'est pour cette raison que le projet propose une cotisation de référence par canton, celle-ci ne pouvant être dépassée. Les caisses dont les cotisations se situent au-dessus de la cotisation de référence ne pourront pas les augmenter. La cotisation de référence résulte de la cotisation moyenne pondérée perçue par les caisses lors de l'année précédente. Cette moyenne pourra être augmentée en fonction de l'augmentation de l'indice des prix à la consommation majorée de quatre cinquièmes. La cotisation de référence sera déterminée dans une ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (art. 2 et 3).

3 Partie spéciale **Commentaire des dispositions**

Article premier Tarifs et prix

Les coûts ayant augmenté pendant l'année courante dans la même proportion que l'an dernier (12 à 13%), il s'impose d'avoir une attitude plus ferme dans le domaine des tarifs et des prix des *traitements ambulatoires*. En effet, si on y inclut les médicaments, le secteur ambulatoire représente près de 60 pour cent de l'ensemble des dépenses de l'assurance-maladie de base. Le traitement ambulatoire est aussi plus onéreux pour l'assuré lui-même que le traitement hospitalier: celui-ci paie lui-même 10 pour cent de participation aux frais de traitement et les 90 pour cent restant sont à la charge de la caisse, alors que les frais de traitement hospitalier sont couverts en grande partie par les contributions publiques cantonales.

Ces raisons nous conduisent à proposer un gel de la hausse des prix et des tarifs pour 1993 dans le domaine ambulatoire. Pour réaliser cette mesure, les tarifs et les prix seront plafonnés au niveau valable au 30 juin 1992. En 1994, les tarifs et les prix ne pourront être augmentés que dans la mesure où le but fixé par l'actuel arrêté (augmentation au maximum d'un tiers au-dessus de l'augmentation de l'indice des prix à la consommation) aura été atteint. Cette adaptation ne pourra se faire que si l'augmentation prévisible des frais par assuré pour 1994 ne dépasse pas l'augmentation de l'indice des prix à la consommation. Tous les tarifs applicables aux traitements ambulatoires seront soumis à cette réglementation (traitement médical, médicaments, thérapie déléguée). Ceci est dicté, d'une part

par l'aspect pratique d'une telle application uniforme, mais aussi par le fait que la prescription de médicaments ou d'une thérapie déléguée est toujours du ressort exclusif du médecin, le traitement effectué par un chiropraticien étant la seule exception. La question de l'adaptation éventuelle pour ce traitement du tarif en 1994 pourrait être examinée.

Des changements des structures tarifaires (modifications de la valeur du point pour certaines prestations) restent en principe possibles pendant la durée de validité de l'arrêté. Elles doivent pourtant rester neutres du point de vue des coûts. Une augmentation éventuelle des tarifs en 1994 devra respecter la limite fixée par la loi pour l'augmentation maximale.

Dans le *domaine hospitalier* par contre, et malgré des conditions analogues, un gel de la hausse des tarifs et des prix n'est pas prévu. La raison principale réside dans le fait que, selon l'article 4 de l'actuel arrêté, la solution proposée doit tenir compte des intérêts des cantons (2^e al.). La demande formulée par plusieurs cantons que soient incluses dans les frais de personnel les dépenses qui y sont directement liées (conséquences financières des réglementations salariales, compensation du renchérissement) est ainsi satisfaite et l'augmentation maximale autorisée des tarifs sera calculée sur la base de l'évolution des prix et des salaires. Une pondération des dépenses globales (sans les investissements) de chaque hôpital est introduite; le montant des frais de matériel est indexé selon l'évolution des prix à la consommation; les frais de personnel sont, quant à eux, indexés selon l'évolution des salaires. A la différence de la solution retenue dans l'arrêté actuellement en vigueur, aucune marge supplémentaire au-dessus de l'indice des prix et des salaires n'est prévue. Il n'est donc pas tenu compte, dans ce mode de calcul, de l'évolution antérieure des coûts.

L'octroi de la compensation du renchérissement sur les frais de personnel selon l'indice des salaires de l'OFIAMT et sur les frais de matériel selon l'indice des prix à la consommation correspond précisément à la nouvelle méthode de calcul employée par le Conseil fédéral pour l'examen des recours tarifaires qui lui sont soumis. La première application a eu lieu le 1^{er} juin 1992 lors de la décision sur le recours présenté le 18 janvier 1990 par l'association des caisses-maladie du canton de Schaffhouse contre la décision du gouvernement de ce canton du 19 décembre 1989.

Selon les dispositions proposées, il n'y aura aucune discussion possible pour la fixation des tarifs et des prix dans le domaine ambulatoire en 1993.

Si le Conseil fédéral assouplit le gel de la hausse des tarifs et des prix après examen de l'évolution des coûts de 1992, la procédure et les compétences habituelles seront valables pour 1994. Dans le domaine hospitalier, le calcul de la part que représentent les frais de personnel et de matériel se fondera sur les résultats comptables de chaque hôpital. Les frais d'investissement ne seront pas pris en considération. Au moment où auront lieu les négociations tarifaires pour l'année 1993, à condition que les résultats comptables de 1991 soient disponibles, on leur appliquera la valeur résultant de l'indice de l'OFIAMT publié en août (enquête d'octobre) et de l'indice des prix à la consommation établi par l'Office de la statistique (année 1991). Tous les résultats devront se rapporter à la même période.

Le présent arrêté ne porte pas atteinte aux autres possibilités dont dispose notamment le Surveillant des prix pour intervenir. L'arrêté ne touche pas non plus aux principes valables actuellement pour l'examen du prix des médicaments s'ils entraînent, dans certains cas, des résultats plus restrictifs.

Article 2 Cotisation de référence

Outre l'augmentation des tarifs et des prix applicables aux prestations de l'assurance-maladie, le projet entend aussi limiter celle des cotisations des caisses-maladie. Comme l'arrêté actuel, il ne s'applique qu'à l'assurance de base individuelle. Aucune limitation n'est prévue pour l'assurance d'indemnité journalière, l'assurance collective, ni pour l'assurance complémentaire. L'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 1993, de la compensation des risques entre les caisses oblige à modifier les dispositions existantes. Il est nécessaire de remplacer par une nouvelle réglementation celles qui prévoient que le point de référence, à partir duquel les cotisations pouvaient être augmentées d'un pourcentage identique pour toutes les caisses, était la cotisation de l'année précédente.

On n'utilisera donc plus comme référence la cotisation de chaque caisse, mais la cotisation moyenne de toutes les caisses qui sera calculée sur la base de l'ensemble des cotisations effectivement perçues par les caisses d'un canton pendant une année. Cette cotisation moyenne pourra être augmentée d'un certain pourcentage pour l'année suivante. L'augmentation correspondra à l'augmentation de l'indice des prix à la consommation de l'année courante majorée de quatre cinquièmes. Cette majoration de quatre cinquièmes s'explique par le fait que le 1^{er} alinéa de l'article premier détermine la majoration de l'augmentation des tarifs et des prix dans l'assurance-maladie en fonction de ce même critère de l'évolution des prix à la consommation (augmentation générale des prix plus $\frac{1}{5}$ dans le domaine ambulatoire). L'autre facteur explicatif réside dans l'obligation qui incombe aux caisses d'augmenter leurs réserves lorsque les coûts augmentent. La majoration prévue de l'indice des prix à la consommation est un peu plus élevée que dans les dispositions en vigueur (quatre cinquièmes au lieu de trois quarts). On tient compte de cette manière de la solution assez généreuse retenue pour l'augmentation des tarifs hospitaliers (art. 1^{er}, 2^e al.). Le montant de cette cotisation, appelée cotisation de référence, sera déterminé dans une ordonnance du Département de l'intérieur.

Article 3 Augmentation des cotisations

La cotisation de référence représente pour toutes les caisses le montant-limite supérieur des cotisations. Les caisses ne peuvent augmenter les cotisations au-dessus de la cotisation de référence. Les assurés qui paient actuellement des cotisations très élevées bénéficieront ainsi plus de cette mesure que ceux dont les cotisations sont plus basses. Cet effet est dû à la compensation des risques. Mais avec l'introduction de la prime de référence, il est certain que la compensation des risques prendra effet immédiatement et partout et que les hausses de cotisations ne pourront être trop prononcées.

La cotisation de référence se base sur la cotisation des hommes classés dans le premier groupe d'âge de la catégorie des adultes. La détermination de la cotisation de référence des autres assurés résulte de l'application des dispositions

légales sur les échelonnements supplémentaires pour enfants et d'après l'âge d'entrée (cf. art. 17 de l'ordonnance V du 2 fév. 1965 sur l'assurance-maladie concernant la reconnaissance des caisses-maladie et des fédérations de réassurance ainsi que leur sécurité financière, RS 832.121). L'échelonnement en fonction du sexe résulte, quant à lui, de l'article 6^{bis} LAMA, qui prévoit que les cotisations des femmes ne peuvent dépasser celles des hommes de plus de 10 pour cent. Lorsque les caisses prévoient déjà actuellement des primes égaux pour les hommes et les femmes, soit pour être compatible avec la législation européenne, soit de manière volontaire, la cotisation de référence applicable aux hommes est augmentée de 5,5 pour cent. Cette disposition ne s'applique que dans les cantons où l'égalité des cotisations n'était pas déjà prescrite auparavant. Dans les cantons qui ont déjà introduit l'égalité des primes, il est tenu compte de cette égalité dans la fixation du montant des cotisations: l'effet de l'égalité des cotisations est donc compris dans la cotisation moyenne cantonale.

Lorsque les caisses-maladie échelonnent leurs cotisations à l'intérieur d'un canton en fonction des différences de frais dues aux conditions locales – trois zones tarifaires étant autorisées – la cotisation la plus élevée est prise en considération pour déterminer la cotisation moyenne (art. 2, 3^e al.). Afin d'éviter que les cotisations perçues dans les régions actuellement favorisées ne subissent une augmentation trop prononcée, le 3^e alinéa prévoit que les caisses-maladie ne peuvent pas modifier la répartition existante des localités dans les différentes zones tarifaires et qu'elles doivent, de plus, conserver certains rapports minimums entre les échelonnements.

La cotisation de référence représente une limitation de la hausse des cotisations. Si les cotisations d'une caisse sont déjà supérieures à la cotisation de référence, la caisse ne sera pas contrainte à les réduire. Par contre, et à la différence de ce qui est actuellement prévu, aucune caisse ne pourra être autorisée à augmenter davantage ses cotisations. Les caisses-maladie qui, jusqu'à présent et à cause d'une structure de risques défavorable, percevaient des cotisations élevées bénéficieront maintenant de la compensation des risques. Une structure de risques défavorable est la principale et au fond la seule raison légitime pour justifier la perception de cotisations plus élevées que la moyenne. Si le niveau élevé des cotisations est la conséquence d'une prise en charge plus importante de prestations bénévoles, d'un contrôle des coûts moins efficace ou de frais administratifs plus élevés que dans les autres caisses, il appartient à la caisse elle-même de remédier à cette situation. Il n'y a donc pas lieu de prévoir des exceptions à l'observation de la cotisation de référence.

4 Conséquences financières et effet sur l'état du personnel

41 Conséquences pour la Confédération

Le projet d'arrêté n'entraîne aucune charge financière nouvelle pour la Confédération.

Il sera certainement possible de venir à bout du surcroît de travail que représente la surveillance de l'observation de la cotisation de référence par les caisses. La

tâche de surveillance sera même moins lourde qu'avec l'arrêté actuel puisqu'il n'y aura plus d'examen des demandes d'autorisation d'augmentation exceptionnelle des cotisations.

42 Conséquences pour les cantons

La limitation de l'augmentation des tarifs hospitaliers pourra entraîner, à court terme, des déficits plus importants dans la gestion des hôpitaux. Cela imposera aux cantons une charge accrue s'agissant des hôpitaux publics et de ceux qui sont co-financés par les pouvoirs publics. L'arrêté fédéral doit cependant inciter les cantons et les hôpitaux à faire de réelles économies.

5 Programme de la législature

Le présent projet n'est pas annoncé dans le rapport sur le programme de législature 1991-1995 (FF 1992 III 1 et ss). Ce dernier qualifie cependant la lutte contre l'augmentation des coûts dans le domaine de la santé et de l'assurance-maladie comme un des objectifs les plus importants à l'ordre du jour et reconnaît le rôle que jouent les mesures urgentes et temporaires contre le renchérissement et la désolidarisation dans l'assurance-maladie, arrêtées par le Parlement en décembre 1991 (FF 1992 III 25 106 112 et 113). Dans cette décision est contenu, comme évoqué précédemment (sous ch. 111), le mandat donné au Conseil fédéral de présenter avant la fin de la durée de validité de l'arrêté, soit avant le 31 décembre 1992, un programme complémentaire de mesures contre le renchérissement. C'est l'objet du présent message.

6 Constitutionnalité

L'arrêté fédéral se fonde sur l'article 34^{bis} de la constitution. Celui-ci donne à la Confédération la compétence générale de mettre en œuvre l'assurance-maladie. Il lui appartient donc, comme c'est déjà le cas dans le droit actuel, d'édicter des prescriptions en matière de formation des tarifs et des prix applicables dans l'assurance-maladie, ainsi que des prescriptions dans le domaine de la surveillance des caisses-maladie. Ces dispositions peuvent dès lors porter non seulement sur les caisses-maladie, mais aussi sur les fournisseurs de prestations (médecins, hôpitaux, entreprises pharmaceutiques, etc.; voir René A. Rhinow/Suzanne Imbach, «Preisaufsicht des Bundes bei Arzneimitteln», *Wirtschaft und Recht*, 1981, p. 18 s.; ATF 109 V 207 s.; JAAC 48, 79). A cet égard, l'article constitutionnel n'assigne pas de mandat concret au législateur et ne lui impose pas non plus de restrictions, si ce n'est de tenir compte des «caisses de secours existantes»; mais ce point n'est pas touché par le présent arrêté fédéral.

Arrêté fédéral sur des mesures temporaires contre le renchérissement de l'assurance-maladie

Projet

du

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,
vu l'article 34^{bis} de la constitution;
vu le message du Conseil fédéral du 19 août 1992¹⁾,
arrête:

Article premier Tarifs et prix

¹ Les tarifs et les prix applicables aux prestations de l'assurance-maladie dans le domaine ambulatoire sont limités pour 1993 au niveau des tarifs et des prix en vigueur le 30 juin 1992. Si, en 1992, l'augmentation des frais moyens de traitement par assuré ne dépasse pas de plus d'un tiers celle de l'indice suisse des prix à la consommation, le Conseil fédéral autorisera pour 1994 une augmentation des tarifs et des prix. Ceux-ci ne pourront cependant être augmentés que dans la mesure où l'augmentation des frais moyens de traitement par assuré ne dépassera probablement pas de plus d'un tiers, pour 1994, l'augmentation de l'indice suisse des prix à la consommation.

² Les tarifs et les prix applicables aux prestations de l'assurance-maladie dans le domaine hospitalier ne peuvent être augmentés que dans la mesure où l'augmentation ne dépasse pas l'évolution générale des prix et des salaires. Les frais de personnel seront indexés d'après l'indice des salaires établi par l'Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail, les frais de matériel d'après l'indice suisse des prix à la consommation. Les fournisseurs de prestations justifient par des documents comptables la part des frais de personnel et celle des frais de matériel.

Art. 2 Cotisation de référence

¹ Le département fixe, par canton, une cotisation de référence pour l'assurance individuelle de base des soins médicaux et pharmaceutiques. Cette assurance comprend les prestations légales et les autres prestations que les membres sont tenus d'assurer conjointement avec celles-ci, en vertu des dispositions internes des caisses.

² Le département calcule la cotisation de référence à partir:

- a. de la cotisation moyenne de l'année précédente perçue pour l'assurance de base des hommes classés dans le premier groupe d'âge de la catégorie des adultes;

¹⁾ FF 1992 V 885

- b. d'un supplément correspondant à l'augmentation de l'indice des prix à la consommation de l'année précédente, majorée des quatre cinquièmes.

³ Le département établit la cotisation moyenne sur la base de la moyenne pondérée des cotisations perçues par les caisses-maladie qui regroupent, en principe, les deux tiers au moins des assurés du canton. Pour les caisses qui échelonnent les cotisations selon les conditions locales, la cotisation la plus élevée est prise en considération.

Art. 3 Augmentation des cotisations

¹ Dans l'assurance individuelle de base des soins médicaux et pharmaceutiques, les caisses-maladie ne peuvent augmenter la cotisation des hommes classés dans le premier groupe d'âge de la catégorie des adultes au-delà de la cotisation de référence. Elles ne peuvent augmenter les cotisations des autres assurés que jusqu'au montant correspondant à la cotisation de référence, compte tenu des échelonnements légalement admis pour les enfants ainsi que selon l'âge d'entrée et le sexe.

² Lorsque les caisses-maladie prélèvent des cotisations égales pour les hommes et les femmes, la cotisation de référence applicable, dans les cantons où l'égalité des cotisations entre hommes et femmes n'était pas encore prescrite l'année précédente, correspond à la cotisation de référence pour hommes, augmentée de 5,5 pour cent.

³ Les caisses qui échelonnent les cotisations en fonction des différences de frais dues aux conditions locales à l'intérieur d'un canton ne peuvent modifier la répartition des localités dans les différentes zones tarifaires. Lorsqu'il existe deux zones tarifaires, le montant de la cotisation la plus basse doit être d'au moins 5 pour cent inférieur à celui de la cotisation la plus haute. Lorsqu'il existe trois zones tarifaires, le montant de la cotisation la plus basse doit être d'au moins 10 pour cent inférieur à celui de la cotisation la plus haute et d'au moins 5 pour cent inférieur à la cotisation de la zone intermédiaire. Lorsque le tarif des cotisations en vigueur en 1992 prévoit des échelonnements plus rapprochés, ceux-ci peuvent être maintenus.

⁴ Lorsque les cotisations de l'année précédente sont supérieures aux montants-limites selon les trois premiers alinéas, aucune augmentation n'est autorisée.

Art. 4 Dispositions finales

¹ Le présent arrêté est de portée générale; il est sujet au référendum facultatif.

² Il entre en vigueur le 1^{er} janvier 1993 et est valable jusqu'au 31 décembre 1994.

Message concernant des mesures temporaires contre l'augmentation des coûts dans l'assurance-maladie (Nouveau programme de mesures 1993-1994) du 19 août 1992

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1992
Année	
Anno	
Band	5
Volume	
Volume	
Heft	38
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	92.067
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	22.09.1992
Date	
Data	
Seite	885-898
Page	
Pagina	
Ref. No	10 107 108

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.