

# FEUILLE FÉDÉRALE

113<sup>e</sup> année

Berne, le 22 juin 1961

Volume I

Paraît, en règle générale, chaque semaine. Prix: 30 francs par an;  
16 francs pour six mois, plus la taxe postale d'abonnement ou de remboursement

Avis: 50 centimes la ligne ou son espace; doivent être adressés franco  
à l'imprimerie des Hoirs C.-J. Wyss, société anonyme, à Berne

8251

## MESSAGE

du

### Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale à l'appui d'un projet de loi modifiant le titre premier de la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents

(Du 5 juin 1961)

Monsieur le Président et Messieurs,

Nous avons l'honneur de vous soumettre un projet de loi modifiant le titre premier de la loi du 13 juin 1911 sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents.

### PREMIÈRE PARTIE

#### Introduction

1. La loi du 13 juin 1911 sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (appelée ci-dessous «loi») contient à son premier titre les dispositions sur l'assurance-maladie. En vertu de ces dispositions, la Confédération encourage l'assurance en accordant des subsides aux caisses-maladie reconnues. Les caisses-maladie ont le droit d'être reconnues si elles satisfont aux exigences de la loi. Celles-ci ont trait principalement aux conditions d'admission, aux prestations minimales que les caisses doivent accorder, ainsi qu'à la sécurité financière. La loi contient, en outre, des dispositions sur les subsides fédéraux, sur les relations entre caisses-maladie reconnues (appelées ci-dessous «caisses») et médecins et pharmaciens, sur la surveillance de la Confédération et sur le contentieux. Elle donne aux cantons la compétence de déclarer obligatoire l'assurance-maladie en général ou pour certaines catégories de personnes, ou de déléguer cette compétence à leurs communes.

2. Quelques années déjà après l'entrée en vigueur de la loi, il y eut diverses interventions en faveur d'une révision totale ou partielle. Elles avaient pour objet soit l'institution d'une assurance-maladie obligatoire sur le plan fédéral, soit l'extension des prestations, soit encore une révision des

dispositions sur les relations entre caisses et médecins, ou surtout, une augmentation des subsides fédéraux.

On trouvera dans le rapport du 3 février 1954 de la commission fédérale d'experts chargée de la révision de l'assurance-maladie et de l'institution de l'assurance-maternité (p. 28 s.) l'énumération des diverses demandes de révision intervenues jusqu'en 1953 et les raisons pour lesquelles aucune d'entre elles n'aboutit à une modification de la loi. Ladite commission avait été chargée d'examiner la question de la révision totale de l'assurance-maladie et celle de l'institution de l'assurance-maternité. Se fondant sur les propositions de l'office fédéral des assurances sociales, elle élabora un avant-projet de loi fédérale sur l'assurance-maladie et l'assurance-maternité (avant-projet de 1954), qu'elle commenta dans le rapport susmentionné. Cet avant-projet prévoyait une révision importante de l'assurance-maladie, avec abrogation du titre premier de la loi, ainsi qu'une extension des prestations aux accouchées (prestations prévues à l'article 14 de la loi) par la création d'une assurance-maternité.

Le rapport et l'avant-projet furent, au cours de 1954, soumis pour préavis aux gouvernements cantonaux, aux associations intéressées et aux partis politiques. Les réponses révélèrent que les opinions divergeaient fortement sur des questions essentielles, telles que l'institution d'une assurance-maladie ou d'une assurance-maternité obligatoires sur le plan fédéral et les relations entre caisses et médecins, ainsi que, dans quelques cas, sur les prestations (pour maladies de longue durée) ou le financement; il était donc nécessaire de revoir l'avant-projet. En raison des travaux préparatoires de l'assurance-invalidité, les travaux de révision de l'assurance-maladie durent être ensuite interrompus. Comme les points de contact entre l'assurance-maladie et l'assurance-invalidité sont nombreux, en particulier dans le domaine des prestations, il parut indiqué de ne procéder à la révision de l'assurance-maladie qu'une fois que les prestations de l'assurance-invalidité seraient fixées.

3. Si l'assurance-maladie n'a pas été révisée jusqu'à ce jour, la Confédération a pris en sa faveur, sans modification de la loi, deux mesures importantes. Par des arrêtés fédéraux de durée limitée, elle a alloué des subsides supplémentaires aux caisses-maladie reconnues. Elle a en outre institué l'assurance-tuberculose en vertu de l'article 15 de la loi du 13 juin 1928 sur la lutte contre la tuberculose, assurance à laquelle elle alloue des subsides notables.

a. Par suite de l'augmentation constante du coût des soins médicaux et pharmaceutiques et des frais élevés de l'assurance des femmes comparativement à celle des hommes, la part des dépenses des caisses que représentaient les subsides fédéraux commença à diminuer déjà peu après l'entrée en vigueur de la loi. Afin de compenser cette réduction de l'aide apportée à

l'assurance-maladie par la Confédération, diverses interventions parlementaires et extraparlémentaires réclamèrent une augmentation des subsides fédéraux. Comme le Conseil fédéral et les chambres estimèrent, à l'époque, qu'il était préférable de ne pas reviser les dispositions de la loi relatives aux subsides fédéraux, des subsides supplémentaires furent alloués en vertu d'arrêtés fédéraux de durée limitée.

En 1919 et 1920, les caisses reçurent des subsides supplémentaires pour les aider à couvrir les dépenses extraordinaires qu'avait occasionnées l'épidémie de grippe. De 1924 à 1941, elles se virent attribuer un million de francs par an, réparti entre elles selon un système tenant compte spécialement des frais médicaux et pharmaceutiques et de l'assurance des femmes. Enfin, en 1936 et 1937, des subsides spéciaux furent accordés aux caisses pratiquant l'assurance facultative pour compenser en partie les cotisations irrécouvrables en raison de la crise économique.

Depuis 1944, les caisses reçoivent régulièrement des subsides supplémentaires s'ajoutant aux subsides alloués, en vertu de l'article 35, 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> alinéas, de la loi, par assuré et par an. Au début, seuls furent augmentés les subsides concernant les enfants et les femmes assurées pour les soins médico-pharmaceutiques; ensuite, on augmenta aussi les subsides concernant les hommes assurés pour ces soins. En outre, on éleva, au cours des années, la limite supérieure du subside supplémentaire de montagne prévu à l'article 37, 1<sup>er</sup> alinéa, de la loi. Dernièrement, le subside pour accouchement fixé à l'article 35, 3<sup>e</sup> alinéa, fut doublé. La question est actuellement réglée par l'arrêté fédéral du 14 décembre 1960 allouant en 1961, 1962 et 1963 des subsides supplémentaires aux caisses-maladie reconnues; nous y reviendrons dans la deuxième partie, chapitre C, II, 1 b.

b. L'article 15 de la loi du 13 juin 1928 sur la lutte contre la tuberculose prévoit que, jusqu'à la révision de la loi sur l'assurance-maladie, la Confédération peut allouer des subsides spéciaux aux caisses-maladie reconnues, à condition que les statuts de ces caisses assurent, pour le traitement et les soins de sociétaires tuberculeux, des prestations qui, par leur nature ou leur durée, dépassent celles qui sont imposées par la loi d'assurance. Le Conseil fédéral détermine les conditions mises à l'octroi de ces subsides, ainsi que les modalités de calcul et de paiement.

En application de cette disposition, une ordonnance du 31 mars 1931, qui entra en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1932, institua l'assurance-tuberculose. Actuellement, cette assurance est régie par l'ordonnance I du 19 janvier 1944 sur l'assurance-tuberculose (ordonnance I), modifiée à diverses reprises et adaptée, chaque fois, aux conditions du moment. Cette ordonnance a été complétée par les ordonnances I d, II et III du département de l'intérieur du 12 janvier 1959 relatives aux interventions chirurgicales importantes, aux traitements à domicile et aux traitements médicamenteux, de même qu'aux examens radiologiques. On trouvera dans la deuxième partie,

chapitres B, I, 3 (prestations) et C, II, 1 a (subsides fédéraux), les indications essentielles sur l'assurance-tuberculose.

4. Du fait que les préavis relatifs à l'avant-projet de 1954 avaient démontré que la révision totale de l'assurance-maladie nécessitait une nouvelle étude approfondie de questions essentielles avec les milieux intéressés et comme les travaux de révision avaient ensuite dû être interrompus en raison de la mise en application de l'assurance-invalidité, diverses interventions eurent lieu au parlement en vue de la révision prochaine de la loi sur un point ou sur un autre.

a. Lors des délibérations relatives à l'arrêté fédéral allouant de 1957 à 1960 des subsides supplémentaires aux caisses-maladie reconnues, la commission du Conseil national chargée d'examiner cet arrêté déposa un postulat nous invitant à préparer en temps voulu un projet de révision partielle de la loi, afin qu'à l'expiration de la durée de validité du nouvel arrêté fédéral, on puisse encourager l'assurance-maladie en la subventionnant, de par la loi, d'une façon conforme aux circonstances actuelles. Ce postulat fut adopté par le Conseil national le 13 décembre 1957.

Dans notre message du 20 mai 1960 relatif à l'octroi en 1961, 1962 et 1963 de subsides supplémentaires aux caisses-maladie reconnues, nous avons déjà indiqué qu'il n'était pas possible de donner suite à ce postulat avant la fin de 1960, parce que les travaux de révision de l'assurance-maladie avaient été suspendus jusqu'à la mise en application de l'assurance-invalidité.

b. Le 18 décembre 1958, M. Gnägi, conseiller national de Berne, déposa une motion qui fut acceptée par le Conseil national le 29 septembre 1959 et par le Conseil des Etats le 15 décembre 1959. Cette motion a la teneur suivante :

Depuis des années, on étudie s'il est nécessaire de réviser complètement la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents. Les pourparlers qui ont eu lieu jusqu'à présent ont montré qu'une révision totale était actuellement impossible.

Le Conseil fédéral est invité à préparer sans délai une révision partielle du chapitre de ladite loi relatif à l'assurance en cas de maladie et à tenir compte des considérations ci-après :

1. Augmentation des prestations minimums légales;
2. Adaptation des subsides fédéraux aux conditions actuelles;
3. Examen des dispositions en matière d'organisation relatives aux assureurs et aux voies de recours.

c. Lors des délibérations parlementaires relatives à la loi sur l'assurance-invalidité, il avait été proposé de compléter l'article 35 de la loi sur l'assurance-maladie par une disposition selon laquelle la Confédération allouerait des subsides supplémentaires aux caisses-maladie prévoyant dans leurs statuts des prestations médico-pharmaceutiques spéciales pour leurs assurés bénéficiaires des prestations de l'assurance-invalidité. A l'appui de cette

proposition, on fit valoir, en particulier, que l'assurance en question prévoyait bien des mesures de réadaptation et des rentes, mais non pas — au contraire de ce qui est le cas des assurances-invalidité étrangères — des prestations médico-pharmaceutiques pour les rentiers. Cette lacune de l'assurance-invalidité — disait-on — devait être comblée, dans la mesure du possible, par un développement de l'assurance-maladie (Bull. stén. CN 1959, p. 164 s.).

Cette proposition fut rejetée. Les opposants relevèrent, surtout, que la question des prestations médico-pharmaceutiques pour les rentiers de l'assurance-invalidité est un des aspects du problème des maladies de longue durée. Ce problème concerne non pas uniquement les rentiers de cette assurance, mais aussi les personnes qui, tout en étant atteintes d'une maladie de longue durée, ne sont pas de tels rentiers. Il ne peut donc être résolu que dans les limites de l'assurance-maladie. Nous avons indiqué à ce propos qu'il était prévu de préparer immédiatement une révision de l'assurance-maladie traitant aussi le problème des maladies de longue durée. (Bull. stén. CN 1959, p. 169, Bull. stén. CE 1959, p. 155).

d. En relation aussi avec les délibérations du Conseil national sur l'assurance-invalidité, M. Ackermann (Entlebuch), déposa, le 18 mars 1959, une motion qui fut acceptée par le Conseil national le 6 octobre 1959 et par le Conseil des Etats le 15 décembre 1959; cette motion a la teneur suivante:

Le Conseil fédéral est invité à déposer sans délai un projet concernant la révision de la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents, en vertu duquel:

1. Tous les jeunes invalides pourraient s'affilier aux caisses-maladie reconnues sans réserves concernant leur invalidité;
2. Les subsides supplémentaires nécessaires seraient accordés aux caisses-maladie.

5. En vous soumettant le projet de loi ci-joint, nous donnons suite aux motions Gnägi et Ackermann et vous proposons la révision à laquelle nous avons fait allusion lors des délibérations sur l'assurance-invalidité.

## *DEUXIÈME PARTIE*

### **Les grandes lignes de la révision**

#### **A. L'ÉTENDUE DE LA RÉVISION**

1. Le département de l'intérieur élabore, comme base de la révision, un rapport du 25 mai 1960 intitulé: «La révision de l'assurance-maladie; principes, commentaires, effets financiers.» La partie «principes» contenait, pour l'essentiel, ce que nous exposons sous chiffre 2 ci-après.

En juin 1960, sur mandat de notre part, le département soumit ledit rapport aux gouvernements cantonaux et aux associations intéressées. Après diverses prolongations, la procédure de préavis fut close à la fin de 1960.

Il ressort des préavis qu'une revision dans les limites tracées par le département est bien accueillie de façon générale et qu'un projet de loi peut être élaboré sur la base du rapport. Les opinions divergent parfois sur les solutions envisagées par les divers principes. Le projet de loi ci-joint tient compte dans la mesure du possible des modifications et compléments proposés; lorsqu'il y avait divergence entre les avis, nous nous sommes efforcés de trouver des solutions intermédiaires. En traitant des diverses questions et dispositions de la loi, nous nous référerons aux préavis dans la mesure où cela sera nécessaire.

2. La motion Gnägi demande que la revision porte sur quatre points: l'extension des prestations minimales prévues par la loi, l'adaptation des subsides fédéraux aux conditions actuelles, l'examen des dispositions en matière d'organisation relatives aux assureurs et l'élaboration de nouvelles dispositions sur le contentieux. La motion Ackermann a pour but de faciliter l'admission des jeunes invalides dans les caisses.

Nous avons examiné si la revision devait porter sur d'autres points encore, et sommes arrivés au résultat suivant:

*a.* L'extension des prestations minimales prévues par la loi aura, du point de vue social, des effets beaucoup plus importants pour nombre d'assurés si l'on améliore simultanément les dispositions sur le libre passage, c'est-à-dire sur le droit des assurés de passer dans une autre caisse. Nous avons donc décidé d'inclure dans la revision la question du libre passage.

*b.* La question de l'allégement des conditions d'admission se pose, non seulement pour les jeunes invalides, mais pour toutes les personnes atteintes dans leur santé. On peut augmenter dans une large mesure la valeur sociale de l'assurance-maladie en facilitant autant que possible l'admission des personnes malades dans les caisses. Nous estimons donc que cette question doit aussi être comprise dans la revision et que la motion Ackermann doit être examinée sous cet angle plus général.

*c.* Comme la situation des invalides dans l'assurance-maladie a déjà donné lieu à des discussions lors des délibérations sur l'assurance-invalidité, elle doit aussi être l'objet de la revision.

*d.* Les dépenses de l'assurance-maladie sont couvertes par les subsides fédéraux mais avant tout par les versements des assurés, c'est-à-dire les cotisations, les participations aux frais et les taxes sur feuilles de maladie. Par conséquent, de nouvelles dispositions doivent être prévues, non seulement quant aux subsides fédéraux, mais aussi quant aux versements des assurés. Le postulat Hackhofer, déposé le 24 mars 1954 et adopté par le Conseil national le 23 mars 1955, avait naguère émis cette idée.

*e.* Enfin, du fait de l'extension des prestations, il convient d'inclure dans la loi des dispositions sur le choix de l'établissement hospitalier, ainsi

que sur les tarifs des sages-femmes, du personnel paramédical, des laboratoires qui font des analyses médicales et des établissements hospitaliers. On peut saisir cette occasion pour simplifier les dispositions de la loi relatives aux tarifs des pharmaciens. A l'occasion de l'extension des prestations, il y a lieu en outre de compléter l'article relatif à la surassurance. Il faut, enfin, du point de vue de l'organisation, examiner les problèmes de l'assurance collective et de la réassurance.

3. Nous sommes, en revanche, arrivés à la conclusion que deux questions importantes ne devaient pas être l'objet de la revision actuelle. Il s'agit de l'assurance obligatoire sur le plan fédéral (tant en matière d'assurance-maladie que d'assurance-maternité), de même que des relations entre médecins et caisses.

a. Depuis toujours, la question de l'assurance-maladie obligatoire sur le plan fédéral a été l'objet de grandes contestations. Déjà dans les avis relatifs à l'avant-projet de 1954, une très forte opposition s'était manifestée contre une assurance obligatoire sur le plan fédéral, aussi bien en ce qui concernait l'assurance-maladie que l'assurance-maternité. Il ressort des avis relatifs aux principes pour la revision élaborés par le département de l'intérieur (appelés ci-dessous «Principes») que cette opposition est toujours aussi grande actuellement. Nombreux sont les avis où l'on se déclare favorable à la revision de l'assurance-maladie, à la condition seulement que la question de l'assurance obligatoire sur le plan fédéral ne soit pas abordée.

Dans ces conditions, nous estimons que la revision actuelle ne doit pas s'étendre à la question de l'assurance-maladie obligatoire sur le plan fédéral et qu'il convient de renoncer à toute modification de l'article 2 de la loi qui a trait à cette assurance. Toute proposition de modification de l'article 2 entraînerait des discussions de principe qui retarderaient, ou même compromettraient, la revision, ce qu'il faut éviter.

b. Le problème des relations entre médecins et caisses est aussi, depuis toujours, l'un des plus difficiles à résoudre et l'un des plus discutés. On reconnaît de manière générale que la réglementation prévue par la loi actuelle n'est pas entièrement satisfaisante et présente certaines lacunes. Mais les opinions divergent très fortement, en particulier entre médecins et caisses, sur des points essentiels quant à la revision de cette réglementation.

Dans ces conditions, les milieux directement intéressés se sont entendus pour demander que le problème des relations entre médecins et caisses ne soit pas traité au cours de la présente revision. A quelques exceptions près, les préavis relatifs aux «Principes» n'ont manifesté aucune opposition contre le fait que l'on renonçait actuellement à modifier les dispositions de la loi sur ledit sujet. Cependant, aussi bien les médecins que les caisses ne se sont déclarés partisans de cette renonciation qu'en maintenant expressément leur attitude.

Vu ces grandes divergences, nous estimons qu'à l'heure actuelle il faut renoncer à reviser les dispositions sur les relations entre médecins et caisses. Mais nous sommes d'avis qu'il convient de reprendre sans tarder des pourparlers avec les milieux directement intéressés afin de tenter de concilier leur manière de voir. Le cas échéant, un projet spécial de loi revisant les dispositions sur les relations entre médecins et caisses devrait vous être soumis.

4. En résumé, on peut constater que le projet de loi traite, pour l'essentiel, les questions mentionnées dans les motions Gnägi et Ackermann, complétées par quelques autres qui leur sont connexes du point de vue social ou quant à l'organisation.

Pour mieux montrer la portée de la revision, nous traiterons, dans les chapitres subséquents de la présente partie du message, les divers points sur lesquels porte la revision dans l'ordre de leur importance du point de vue social. Nous commenterons donc, tout d'abord, l'extension de l'assurance, soit l'extension des prestations minimales prévues par la loi, l'allégement des conditions d'admission et l'amélioration du libre passage (chapitre B). Puis suivront des explications sur le financement en général, en premier lieu sur les versements des assurés et en second lieu sur les subsides fédéraux (chapitre C). Nous traiterons ensuite des nouvelles dispositions sur le contentieux et la surveillance de la Confédération (chapitre D). Un dernier chapitre (chapitre E) aura pour objet diverses questions, en rapport, les unes avec l'organisation des caisses (assurance collective, réassurance), les autres avec l'extension des prestations (surassurance, tarifs).

## B. L'EXTENSION DES PRESTATIONS

### I. L'extension des prestations légales minimales

Point n'est besoin d'expliquer longuement pourquoi des prestations prévues par une loi vieille de 50 ans ne sont plus adaptées à la situation actuelle. Un des buts essentiels de la présente revision doit être d'adapter, dans la mesure des possibilités financières, les prestations minimales à l'évolution intervenue, en particulier dans le domaine de la thérapie.

Selon la loi actuelle, les caisses doivent assurer à leurs membres au moins les soins médicaux et pharmaceutiques ou une indemnité journalière en cas d'incapacité totale de travail. Les caisses ayant institué l'assurance-tuberculose doivent allouer les prestations minimales prévues par ordonnance, une distinction étant faite, comme dans l'assurance-maladie ordinaire, entre soins médico-pharmaceutiques et indemnité journalière. Les prestations prévues pour la maladie doivent être versées aussi en cas d'accouchement.

Nous indiquerons ci-dessous quelle est l'extension des prestations prévues par le projet pour l'assurance ordinaire des soins médico-pharma-

ceutiques, l'assurance ordinaire d'une indemnité journalière, les prestations en cas de tuberculose (soins médico-pharmaceutiques, d'une part, et indemnité journalière, d'autre part), ainsi que pour les prestations en cas de maternité. Vu l'importance que revêt, dans la présente revision, le problème de la situation des invalides dans l'assurance-maladie, nous y consacrerons un chapitre spécial.

### 1. *Les prestations de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques*

L'article 12 de la loi met à la charge des caisses les soins médicaux et les soins pharmaceutiques, sans définir ces deux notions. Il ne fait pas de distinction entre les prestations dues en cas de traitement ambulatoire et celles qui doivent être versées en cas de traitement hospitalier. Vu l'importance prise au cours des années par les traitements hospitaliers et les différences qui existent entre ces traitements et les traitements ambulatoires, cette distinction nous paraît indispensable.

#### *a. Le traitement ambulatoire.*

*aa.* Comme la loi parle de «soins médicaux», les caisses ne sont tenues de prendre en charge à l'heure actuelle que les traitements appliqués par le médecin lui-même ou sous son contrôle direct. Elles ne sont pas obligées de couvrir les frais des traitements appliqués par le personnel paramédical non placé sous contrôle direct du médecin. Mais les traitements appliqués par le médecin lui-même ou sous son contrôle direct ne sont pas tous, sans exception, mis à la charge des caisses. En effet, l'expérience a démontré, d'une part, que certains traitements sont parfois appliqués par des médecins alors qu'ils ne sont pas encore scientifiquement reconnus et, d'autre part, que les frais de certains traitements dépassent les possibilités financières des caisses. Dans ces deux cas, les caisses doivent être libres de ne pas intervenir. Selon la pratique actuelle, par exemple, les caisses peuvent ne pas allouer leurs prestations pour certains traitements physiothérapeutiques et pour les traitements psychothérapeutiques, même s'ils sont appliqués par un médecin.

Vu la grande importance des genres de traitements que les caisses ne sont pas tenues actuellement de prendre en charge ou dont elles n'ont à payer les frais que s'ils sont appliqués par le médecin lui-même ou sous son contrôle direct, vu le fait qu'on a de plus en plus recours au personnel paramédical pour l'application des traitements, il est nécessaire d'étendre les prestations obligatoires des caisses sur ces deux points. Il convient cependant de prévoir une solution permettant d'adapter les prestations à l'état de la science médicale tout en tenant compte des effets financiers de cette adaptation pour les caisses.

En ce qui concerne les soins donnés par le médecin lui-même, notons qu'il y aura toujours des traitements dont la valeur scientifique est contestée

ou qui sont si chers qu'ils ne peuvent être pris en charge en particulier par les petites caisses. Il doit donc y avoir possibilité d'exclure ces traitements des prestations obligatoires à la charge des caisses. Mais il faut aussi qu'on puisse inclure en tout temps dans ces prestations des traitements autrefois contestés, mais actuellement reconnus, ainsi que les traitements dont le prix a tellement baissé qu'il peut désormais être supporté par les caisses. C'est pourquoi le projet met en principe à la charge des caisses tous les soins donnés par le médecin lui-même, mais il prévoit que, après consultation d'une commission de spécialistes, le Conseil fédéral déterminera les traitements obligatoirement à la charge des caisses; il sera donc possible de préciser, en cas de besoin, les obligations des caisses quant à certains traitements déterminés en particulier.

Les soins donnés par le personnel paramédical, sur prescription du médecin, seront à l'avenir également à la charge des caisses. Toutefois, les arguments invoqués ci-dessus pour ne pas faire supporter aux caisses les frais de n'importe quel genre de traitement pratiqué par le médecin valent, à plus forte raison, pour les traitements appliqués par le personnel paramédical. Nous prévoyons donc que le Conseil fédéral, également après consultation d'une commission de spécialistes, indiquera quels sont les traitements scientifiquement reconnus que les caisses devront prendre en charge lorsqu'ils sont appliqués par le personnel paramédical sur prescription du médecin. Il convient de relever que, selon un système analogue à celui de l'assurance-invalidité, le Conseil fédéral fixera les règles générales selon lesquelles le personnel paramédical (il s'agit avant tout des masseurs, des physiothérapeutes, des chiropraticiens) aura le droit d'appliquer lesdits traitements aux frais des caisses; ces règles seront établies, naturellement, après consultation des associations intéressées; elles concerneront en premier lieu la formation technique du personnel et l'ampleur des installations nécessaires.

*bb.* En principe, rien ne sera changé, quant au fond, au système du choix des médicaments pouvant être prescrits aux frais des caisses, tel qu'il est prévu par l'arrêté du Conseil fédéral du 6 février 1953. Comme jusqu'ici, deux listes seront établies, l'une, la liste des médicaments, contiendra tous les médicaments dont les frais doivent être pris en charge par les caisses; l'autre, la liste des spécialités, énumérera les spécialités et les médicaments confectionnés dont la prise en charge est recommandée aux caisses, à titre de prestation volontaire.

Trois cantons, un certain nombre d'associations de salariés, de même que les associations féminines, désireraient que la prise en charge des spécialités portées sur la liste fût obligatoire. Les fédérations de caisses, au contraire, souhaitent que le système actuel soit maintenu. Les fabricants et les importateurs de spécialités, eux-mêmes, ne réclament pas une liste obligatoire des spécialités. Vu l'importance toujours plus grande prise en thé-

rapie par les spécialités, il serait souhaitable que les caisses fussent tenues de prendre en charge les spécialités portées sur la liste. On peut constater cependant qu'à l'heure actuelle déjà la grande majorité des assurés sont affiliés à des caisses prenant en charge au moins les spécialités figurant sur la liste. Vu ce fait et la portée financière qu'aurait pour les caisses — et indirectement pour les assurés — l'obligation de prendre en charge les spécialités de la liste, il nous paraît justifié d'en rester au système d'une liste de spécialités dont la prise en charge est recommandée aux caisses. Nous croyons pouvoir d'autant mieux recommander cette solution que nous prévoyons, pour les caisses qui ne prennent pas en charge au moins les spécialités de la liste, une réduction des subsides fédéraux; cette mesure incitera vraisemblablement toutes les caisses à reconnaître avec le temps ladite liste. Au besoin, des spécialités peuvent être inscrites sur la liste des médicaments et mises ainsi à la charge des caisses.

cc. Actuellement, les analyses ne sont obligatoirement à la charge des caisses que si elles sont faites dans un laboratoire dirigé par un médecin ou un pharmacien. Vu le nombre toujours croissant des laboratoires dirigés par des chimistes, des docteurs ès sciences, etc., il convient de prévoir que les analyses seront désormais à la charge des caisses pourvu qu'elles soient faites dans un laboratoire qui est dirigé par une personne ayant reçu une formation scientifique et qui a une installation répondant aux exigences. Pour tenir compte des craintes exprimées par les caisses quant aux répercussions financières de cette mesure, il est cependant prévu que le Conseil fédéral, sur la proposition de la commission fédérale des médicaments (déjà existante) indiquera quelles sont les analyses dont les frais devront être payés par les caisses.

*b. Le traitement dans un établissement hospitalier.*

aa. A défaut d'une disposition expresse dans la loi, des décisions de principe de l'autorité de surveillance ont fixé jusqu'ici quelles devaient être les prestations des caisses en cas de traitement dans un établissement hospitalier. Selon ces décisions, les caisses doivent prendre à leur charge les frais médicaux et pharmaceutiques en cas de traitement en salle commune d'un établissement public.

Cependant les frais d'hospitalisation qui ne sont pas des frais médicaux et pharmaceutiques, soit les frais de nourriture et de logement, comme aussi ceux de garde et de soins, ont de plus en plus d'importance. Sans prise en charge d'une partie au moins de ces frais, l'assurance-maladie ne garantit plus à l'assuré une protection efficace. Etant donné que l'assuré, s'il était chez soi, devrait aussi subvenir à son entretien et à son logement, il paraît indiqué de le laisser payer lui-même à l'hôpital les frais de nourriture et de logement, mais de lui allouer, en sus des frais médicaux et pharmaceutiques (traitements scientifiquement reconnus et analyses compris),

une contribution aux autres frais de soins, soit aux frais de garde et d'autres soins spéciaux.

L'augmentation constante des frais et les fortes différences existant entre les établissements hospitaliers, ne permettent pas de fixer dans la loi le montant de cette contribution; c'est au Conseil fédéral qu'il doit incomber de le déterminer.

Les caisses sont naturellement libres de verser des prestations supérieures aux prestations obligatoirement à leur charge, par exemple d'allouer des contributions aux frais de nourriture et de logement ou même de payer tous ces frais. Cela sera possible en particulier lorsque toutes les prestations en cas de traitement dans un établissement hospitalier peuvent être remplacées par une indemnité journalière forfaitaire. Pour tenir compte des cas où les caisses paient plus que ce à quoi elles sont tenues, l'association des établissements suisses pour malades (VESKA) et les caisses ont proposé que la loi prévoie que les prestations à verser en cas de traitement dans un établissement hospitalier soient fixées en principe par les conventions passées entre caisses et établissements; mais la loi énumérerait, d'autre part, les prestations minimales devant être couvertes par ces conventions et aussi allouées en l'absence de convention. Ce système paraissant être le plus favorable aux intérêts des établissements et des caisses, mais en particulier à ceux des assurés, nous pouvons nous y rallier.

b). Comme nous l'avons indiqué ci-dessus, les caisses peuvent actuellement subordonner l'octroi de leurs prestations à la condition que l'assuré se fasse soigner en salle commune d'un hôpital public se trouvant à son lieu de séjour ou dans les environs. En fait, la très grande majorité des assurés sont affiliés à des caisses qui, lorsque l'assuré se rend dans une autre division ou dans un autre établissement, paient ce qu'elles auraient dû verser si le traitement avait eu lieu en salle commune d'un hôpital public. Comme il n'y a pas de raison de contraindre les assurés à se faire soigner dans un établissement ou une division déterminés, nous avons prévu le libre choix absolu de l'établissement hospitalier (et de la division) en Suisse, sauf en ce qui concerne les établissements pour tuberculeux, auxquels le système actuel de la reconnaissance fédérale doit continuer de s'appliquer. Les caisses ne pourront donc pas limiter par convention le choix de l'assuré, au contraire de ce qui est le cas pour les médecins et les pharmaciens.

Vu les très grandes différences de prix entre les divers établissements hospitaliers, on ne saurait, en revanche, forcer les caisses à payer les prestations prévues dans la loi selon le tarif de l'établissement librement choisi par l'assuré. Il faut faire en sorte que le principe du libre choix absolu de l'établissement n'ait pas de conséquences financières trop lourdes à supporter pour les caisses. Aussi convient-il de prévoir un système permettant aux caisses, en cas de traitement dans un établissement, de calculer leurs prestations d'après des critères déterminés, c'est-à-dire de les limiter.

Il convient de régler tout d'abord le cas où, au lieu résidence de l'assuré ou dans les environs, il existe un ou plusieurs établissements avec lesquels la caisse a passé une convention. Si l'assuré se rend dans l'un d'eux, la caisse devra, selon le projet, calculer ses prestations au moins d'après les taxes de la salle commune de cet établissement; en pareil cas, l'assuré bénéficiera donc de prestations correspondant aux taxes dudit établissement. Si l'assuré se fait traiter dans un établissement avec lequel la caisse n'a pas passé convention, ou dans un établissement lié avec elle par convention, mais ne se trouvant pas au lieu de résidence de l'assuré ou dans les environs, la caisse peut calculer ses prestations d'après les taxes de la salle commune de l'établissement le plus proche avec lequel elle a passé convention au lieu de résidence de l'assuré ou dans les environs. La caisse ne doit donc pas payer plus que ce qu'elle aurait eu à payer si l'assuré s'était fait traiter dans l'un des établissements susmentionnés avec lesquels elle a passé une convention.

En second lieu, il faut régler le cas où la caisse n'a passé convention avec aucun établissement hospitalier au lieu de résidence de l'assuré ou dans les environs. Par analogie avec le système décrit ci-dessus, on aurait pu songer à contraindre simplement les caisses, en l'absence de convention, à calculer leurs prestations d'après les taxes de l'établissement le plus proche. Mais ce serait aller trop loin, car cet établissement peut être une clinique privée aux taxes élevées. Le projet prévoit donc que les caisses devront, en pareil cas, calculer leurs prestations d'après les taxes de la salle commune de l'établissement hospitalier public le plus proche; on peut s'attendre en effet que ces taxes seront supportables pour les caisses. Il convient encore de préciser que l'établissement public en question doit se trouver dans le canton où l'assuré réside, car les établissements prévoient très souvent des taxes plus élevées pour les malades venant d'autres cantons.

Ce système prévu pour le régime sans convention doit aussi pouvoir être appliqué lorsque des conséquences inévitables résultent du calcul des prestations selon les taxes de l'établissement le plus proche avec lequel la caisse a passé convention au lieu de résidence de l'assuré. On peut concevoir que, dans une localité, un établissement hospitalier soit convenu avec les caisses de taxes particulièrement favorables pour le traitement des assurés en salle commune, alors que, dans la même localité, d'autres établissements, contraints par leur structure de réclamer des taxes plus élevées pour le traitement en salle commune, ne peuvent arriver à passer convention avec les caisses. En pareil cas, les caisses pourraient, conformément à ce que nous avons dit ci-dessus, calculer leurs prestations pour tous les établissements d'après les taxes de l'établissement avec lequel elles ont passé convention, ce qui aurait des conséquences pénibles pour les assurés. Ceux-ci devraient, en effet, soit se faire traiter dans ledit établissement pour bénéficier de la meilleure protection possible — ce qui reviendrait à limiter leur choix de l'établissement — soit payer eux-mêmes des frais supplémentaires.

Pour prévenir de telles conséquences, le projet prévoit que les gouvernements cantonaux sont autorisés à déclarer applicable, en pareil cas, le système prévu pour le régime sans convention, c'est-à-dire à décréter que les caisses doivent calculer leurs prestations au moins selon les taxes de la salle commune de l'établissement hospitalier public le plus proche.

Il y a cependant des cas où les circonstances (par exemple cas d'urgence, traitement spécial ne pouvant être appliqué que dans un établissement déterminé) imposent le choix d'un établissement. En pareille occurrence, la caisse devra, selon le projet, fonder le calcul de ses prestations sur les taxes de la salle commune de l'établissement où le traitement a lieu. Certains ont craint qu'on aille ainsi trop loin, car on contraint les caisses à prendre en charge des frais parfois beaucoup supérieurs à ceux qu'elles auraient eu à payer si elles avaient pu calculer leurs prestations d'après les taxes d'un établissement avec lequel elles ont passé convention ou de l'établissement public le plus proche. Nous ne contestons pas que les montants puissent être très différents, en particulier lorsque l'assuré est en traitement hors du canton où il a son lieu de séjour permanent, mais il nous paraît inéquitable que l'assuré contraint de se faire hospitaliser dans un établissement déterminé ait à supporter lui-même la différence de tarif.

cc. En cas de cure balnéaire, les caisses n'étaient jusqu'ici tenues de prendre à leur charge que les soins médicaux proprement dits. Comme pour le traitement hospitalier, il conviendrait qu'elles paient désormais aussi les frais des traitements scientifiquement reconnus et une contribution journalière aux frais de soins. Etant donné qu'au contraire des taxes d'hospitalisation, les frais de cure balnéaire sont assez semblables d'une station thermale à une autre, on peut se contenter de prévoir, à titre de prestation obligatoire en cas de cure balnéaire, une contribution aux frais couvrant les prestations susmentionnées. Cette contribution devra être fixée par le Conseil fédéral, afin de pouvoir être adaptée aux circonstances.

dd. Pour le choix des établissements hospitaliers et des stations thermales, nous croyons ainsi proposer une solution qui tient compte de l'intérêt des assurés à ne pas être contraints de se rendre dans un établissement déterminé, mais qui empêche que les charges financières des caisses ne soient trop élevées; d'autre part, les vœux des établissements hospitaliers intéressés sont pris en considération de façon appropriée. L'association des établissements suisses pour malades et les caisses ont approuvé cette solution.

### c. *La durée des prestations.*

Selon la loi actuelle, les caisses doivent garantir les soins médicaux et pharmaceutiques, pour une ou plusieurs maladies, pendant au moins 180 jours compris dans 360 jours consécutifs. Si elles mettent une partie de

ces frais à la charge des assurés, cette durée minimale est portée à 270 jours dans 360 jours consécutifs. La plupart des caisses prévoient dans leurs statuts une durée de prestations bien supérieure.

A l'heure actuelle, deux tiers des personnes assurées pour les soins médico-pharmaceutiques font partie de caisses qui prévoient en cas de traitement ambulatoire une durée illimitée des prestations. Ce sont surtout les statuts des petites caisses et des caisses moyennes qui ne contiennent pas encore une semblable disposition et qui fixent, pour la plupart, une durée de prestations de 360 jours dans 540 jours consécutifs. Nous avons fait faire des enquêtes afin de déterminer les effets financiers qu'aurait pour ces caisses une durée de prestations illimitée en cas de traitement ambulatoire. Il en est ressorti que les charges supplémentaires resteraient dans des limites modestes. En effet, le passage d'une durée de prestations de 360 jours dans 540 jours consécutifs à une durée illimitée en cas de traitement ambulatoire n'entraîne qu'une charge supplémentaire de 1 à 2 pour cent des frais. Il ne faut cependant pas oublier que ces chiffres concernent un effectif d'assurés relativement grand. Comme les petites caisses peuvent, par voie de réassurance, profiter de conditions aussi favorables, nous estimons toutefois qu'on peut leur imposer une durée illimitée de prestations. C'est pourquoi les caisses seront tenues, d'après le projet, d'allouer leurs prestations pour traitement ambulatoire sans limite de durée. De cette manière, l'assuré sera protégé de façon complète quant à la durée du traitement, ce qui donne satisfaction sur un point important à ceux qui demandent qu'on tienne compte de façon générale des maladies de longue durée.

Les personnes atteintes de maladies de longue durée, et également les assurés invalides, seraient protégés de la façon la meilleure possible si l'on pouvait prévoir une durée illimitée du droit aux prestations en cas de traitement tant ambulatoire qu'hospitalier. Cependant, les conditions dans le second cas ne sont pas du tout, du point de vue des frais, aussi favorables que dans le premier. Comme on le sait, la morbidité croît avec l'âge, cette augmentation étant particulièrement forte dans les classes d'âge élevées (60 ans et plus), où elle rend plus souvent nécessaire un traitement dans un établissement hospitalier. Par conséquent, une durée illimitée des prestations en cas de traitement hospitalier entraînerait pour les caisses, spécialement en raison des assurés âgés, des charges financières qu'elles ne pourraient supporter. Nous proposons donc de porter la durée minimale des prestations en cas de traitement hospitalier à 720 jours dans une période de 900 jours consécutifs. Du fait de cette mesure, les assurés seront protégés de façon suffisante dans la plupart des cas de maladie. Notons qu'aujourd'hui déjà près de la moitié des personnes assurées pour les soins médico-pharmaceutiques font partie de caisses qui prévoient pareille durée. Pour les assurés des autres caisses, la nouvelle durée représentera un important progrès. Au besoin, les caisses pourront ici aussi, par la voie de la réassurance, obtenir la compensation des risques indispensable (cf. chapitre E, III).

On n'empêchera pas entièrement, de cette façon, que des assurés, en cas de maladie de longue durée, n'épuisent leur droit aux prestations, mais cela arrivera rarement comme le montre l'expérience.

## *2. Les prestations de l'assurance d'une indemnité journalière*

Selon le droit en vigueur, l'indemnité journalière minimale est d'un franc. Vu la dévalorisation de l'argent depuis 1911, ce montant n'est plus justifié, et doit être augmenté de façon appropriée. Les associations féminines proposent de prévoir au moins 2 fr. 50 ou 3 francs. Eu égard aux caisses des régions rurales et des contrées montagneuses, nous ne voudrions pas aller si loin, et nous proposons de fixer l'indemnité minimale à 2 francs. Les fédérations de caisses, les associations d'employés et quelques cantons sont partisans de ce montant.

De nombreuses caisses n'ouvrent actuellement aux femmes que les classes les plus basses d'indemnités journalières. Cette pratique n'est toutefois pas équitable dans les cas où l'assurée a besoin d'une indemnité plus élevée et où celle-ci n'implique pas surassurance (art. 26 de la loi). Ce sont surtout les femmes exerçant une activité lucrative qui sont désavantagées. Pour être suffisamment assurées, il leur faut, souvent, s'assurer à une seconde caisse pour une indemnité journalière complémentaire. Nous estimons que les femmes exerçant une activité lucrative devraient pouvoir, elles aussi, s'assurer suffisamment dans une seule caisse. C'est pourquoi, nous prévoyons dans le projet que les conditions d'admission dans les différentes classes d'indemnités journalières ne doivent pas, pour les personnes exerçant une activité lucrative, être différentes selon le sexe. Les associations féminines et les syndicats, en particulier, ont demandé que pareille disposition fût insérée dans la loi.

La durée minimale des prestations de l'assurance d'une indemnité journalière était jusqu'ici de 180 jours dans 360 jours consécutifs. La plupart des caisses prévoient cependant déjà une durée de 360 jours dans 540 jours consécutifs ou même de 720 jours dans 900 jours consécutifs. Dans les «Principes», une durée de 360 jours dans 540 jours consécutifs était prévue, avec cette adjonction que l'indemnité journalière devait continuer à être payée à certaines conditions jusqu'à ce que prenne naissance le droit à une rente de l'assurance-invalidité. Les divers avis tendent plutôt à donner la préférence à une prolongation générale des durées de prestations. Nous estimons donc qu'il convient de prévoir pour l'indemnité journalière la même durée que dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques pour les prestations en cas de traitement dans un établissement hospitalier, soit 720 jours dans une période de 900 jours consécutifs. Cette solution a l'avantage que l'augmentation de la durée des prestations profite avant tout aussi aux personnes atteintes d'une

maladie de longue durée qui ne reçoivent pas de rente de l'assurance-invalidité et qui, par conséquent, n'auraient pas bénéficié du système prévu par les « Principes ». En outre, vu cette longue durée, rares seront les cas où un assuré aura épuisé son droit à l'indemnité journalière avant que soit versée la rente de l'assurance-invalidité; pratiquement, donc, l'absence de solution de continuité entre l'indemnité journalière et la rente de l'assurance-invalidité est garantie. Les petites caisses devront, au besoin, se réassurer; nous renvoyons à ce propos aux explications données ci-dessous sous E, III.

### 3. Les prestations en cas de tuberculose

a. Comme nous l'avons indiqué plus haut, il existe actuellement une assurance spéciale garantissant des prestations particulières en cas de tuberculose. Les caisses sont libres d'instituer ou non cette assurance. Celles qui ne l'ont pas fait doivent verser, en cas de tuberculose, les mêmes prestations que pour toute autre maladie.

b. Dans l'assurance-tuberculose, les caisses doivent allouer actuellement des prestations médico-pharmaceutiques aussi bien en cas de traitement ambulatoire qu'en cas de traitement dans un établissement pour tuberculeux. Les prestations prévues en cas de traitement ambulatoire sont en principe les mêmes que pour toute autre maladie. En revanche, lorsqu'il s'agit d'un traitement dans un établissement pour tuberculeux, les caisses doivent verser une contribution minimale aux frais de cure. S'y ajoutent des contributions aux frais de mesures particulièrement coûteuses, soit des contributions aux frais d'interventions chirurgicales importantes, des contributions aux frais de traitements par médicaments spécifiques particulièrement coûteux, enfin des contributions aux frais d'examen radiologiques.

Au titre de l'assurance d'une indemnité journalière, les caisses doivent verser en cas de tuberculose au moins l'indemnité journalière assurée en cas de maladie ordinaire.

Les prestations susmentionnées doivent actuellement être versées, aussi bien dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques que dans l'assurance d'une indemnité journalière, pendant 1800 jours compris dans une période de sept années consécutives.

c. Puisque l'article 15 de la loi sur la lutte contre la tuberculose, qui constitue le fondement juridique de l'assurance-tuberculose, prévoit expressément qu'il ne sera valable que jusqu'à la révision de l'assurance-maladie, le moment est venu d'inclure ladite assurance dans l'assurance-maladie ordinaire. Ce faisant, il n'est pas nécessaire de modifier les prestations quant à leur nature, car le système en vigueur a donné satisfaction et a eu de bons résultats du point de vue social.

En revanche, il faut prévoir, comme pour les prestations ordinaires, que les prestations en cas de tuberculose seront versées sans limite de durée lors

d'un traitement ambulatoire. Quant à la durée des prestations en cas de traitement dans un établissement hospitalier, elle peut, au contraire, être maintenue à 1800 jours dans une période de sept années consécutives, étant donné que, selon le projet, la durée des prestations en cas de traitement hospitalier est aussi limitée pour les autres maladies.

Comme 97 pour cent des assurés font déjà partie de caisses ayant institué l'assurance-tuberculose, il n'y a aucune difficulté à imposer à toutes les caisses les prestations spéciales susmentionnées.

#### 4. *Les invalides dans l'assurance-maladie*

a. Nous parlerons plus loin de l'admission des invalides dans les caisses-maladie. Il sera question dans le présent chapitre seulement de la situation des invalides au sein des caisses-maladie.

L'article 13 de la loi a été complété par un 5<sup>e</sup> alinéa en vertu de l'article 83, 2<sup>e</sup> alinéa, de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité. Selon cette disposition, les caisses ne peuvent, comme elles le faisaient souvent jusqu'alors, suspendre leurs prestations en cas d'invalidité avant que la durée minimale des prestations prévue par la loi soit épuisée. A l'occasion de la présente revision, il nous paraît indiqué d'aller plus loin encore en faveur des assurés invalides et de prévoir, de façon générale, qu'ils devront être traités de la même façon que les autres assurés, c'est-à-dire, en particulier, que les statuts ne pourront faire aucune discrimination entre assurés invalides et autres assurés en ce qui concerne le montant ou la durée des prestations. Cette obligation peut être imposée aux caisses puisque, comme nous l'expliquerons plus loin, les subsides fédéraux seront calculés désormais de telle manière qu'ils tiendront automatiquement compte des charges supplémentaires des caisses.

b. Comme nous nous y étions engagés envers vous lors des délibérations parlementaires sur l'assurance-invalidité, nous avons étudié en relation avec le problème des maladies de longue durée la question de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques des rentiers de l'assurance-invalidité qui sont assurés auprès d'une caisse-maladie. Puisque les caisses ne peuvent traiter les invalides moins bien que les autres assurés, l'extension de la durée des prestations que le projet prévoit est déjà une mesure importante en faveur des invalides en général. Certains voudraient qu'on s'en tienne là et qu'on renonce à prévoir une réglementation spéciale pour les rentiers de l'assurance-invalidité, dont la situation n'est pas nécessairement moins bonne que celle d'autres assurés invalides. Nous pensons cependant que, pour répondre aux vœux exprimés dans les conseils législatifs, il faut prévoir une telle réglementation.

Les «Principes» mentionnaient la possibilité pour les caisses de créer une section spéciale pour soins médicaux et pharmaceutiques des rentiers de l'assurance-invalidité; les assurés auraient été transférés dans cette section pendant le temps où ils bénéficiaient de la rente de l'assurance-invalidité; ils y auraient reçu les mêmes prestations que celles que les statuts prévoyaient pour les assurés ordinaires, mais sans que la durée de ces prestations fût prise en compte; les réserves n'auraient pas été valables; des subsides fédéraux spéciaux auraient été alloués pour les assurés appartenant à cette section.

Cette solution a soulevé, dans les préavis, de nombreuses objections. On lui a reproché avant tout son caractère facultatif et le fait qu'elle était trop compliquée. On a fait valoir, d'autre part, que les mineurs invalides, qui ne peuvent recevoir de rente de l'assurance-invalidité, devraient aussi bénéficier de mesures spéciales.

Pour tenir compte de ces objections, le projet n'envisage pas de section spéciale comme telle. Nous prévoyons en revanche que, tant qu'un assuré bénéficie d'une rente de l'assurance-invalidité, la durée des prestations médico-pharmaceutiques qu'il reçoit en cas de traitement hospitalier ne peut être imputée sur celle du droit à ces prestations. Pour les assurés mineurs ne recevant pas de rente de l'assurance-invalidité, le même régime s'appliquera s'ils continuent à être hospitalisés de façon ininterrompue en établissement hospitalier après avoir suivi un traitement hospitalier de 360 jours consécutifs. Cette durée a été fixée par analogie avec celle que prévoit l'article 29 de la loi sur l'assurance-invalidité, selon lequel l'assuré a aussi droit à la rente dès qu'il a été totalement incapable de travailler pendant 360 jours consécutifs et subit encore une incapacité de gain de la moitié au moins.

Il convient de tenir compte du fait que, conformément à ce que nous avons dit sous *a*, les invalides auront aussi droit aux prestations en cas de traitement ambulatoire sans limite de durée. Ainsi, on a choisi une solution qui, pour les invalides, équivaut en fait à celle de la section spéciale prévue par les «Principes», avec cet avantage cependant qu'il s'agit ici d'une obligation pour les caisses. Cette obligation peut être imposée même à de petites caisses, car elles ont la possibilité d'obtenir par le moyen de la réassurance la compensation nécessaire des risques (cf. chapitre E, III, ci-dessous).

Notons en outre que, pour la durée minimale des prestations, le point de départ de la période de 900 jours consécutifs, comptée de façon rétrograde, se déplace aussi pendant le temps de non-imputation. Les jours de prestations les plus anciens ne sont ainsi, les uns après les autres, plus compris dans cette période. En d'autres termes, plus la période de non-imputation est longue, plus le nombre de jours de prestations antérieurs encore imputables à la fin de cette période est minime. Il en résulte qu'après 900 jours au plus, l'assuré bénéficie à nouveau d'une durée complète de prestations, soit de 720 jours dans une période de 900 jours consécutifs.

Des subsides fédéraux spéciaux permettront aux caisses d'appliquer plus aisément le système que nous venons de décrire; à ce sujet, nous prévoyons de reporter sur les subsides par assuré qui sont alloués dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques la part du subside fédéral qui concernait le traitement ambulatoire dans la section spéciale prévue par les «Principes». Nous renvoyons pour les détails aux explications données au chapitre C, II, 4, *a* et *e*.

### 5. Les prestations en cas de maternité

*a.* Comme nous l'avons indiqué dans l'introduction, il faut renoncer actuellement à instituer une assurance-maternité obligatoire sur le plan fédéral. Pour tenir compte le plus possible des vœux émis en ce qui concerne l'assurance facultative, il convient cependant d'étendre les prestations médico-pharmaceutiques actuellement prévues en cas d'accouchement, comme on l'a fait pour les autres prestations minimales fixées par la loi. Le projet prévoit, pour l'essentiel, comme prestations minimales en cas de maternité celles qui étaient indiquées dans l'avant-projet de 1954. Nous ne prévoyons pas, en revanche, l'octroi d'une contribution en espèces aux frais généraux d'accouchement, car une telle prestation, par sa nature, ressortit à une assurance-maternité proprement dite. La plus grande équivalence possible a été créée entre les prestations allouées en cas d'accouchement à domicile et celles qui sont allouées en cas d'accouchement dans un établissement hospitalier; ainsi, des considérations d'ordre financier ne viendront pas restreindre la faculté qu'a l'assurée de choisir librement entre les deux possibilités celle qui lui convient le mieux.

*aa.* Selon le droit en vigueur, les caisses sont tenues, en cas d'accouchement, de prendre en charge les frais médicaux et pharmaceutiques, mais non les frais de sage-femme. Nombre de caisses paient cependant bénévolement ces frais, mais souvent à la condition seulement que l'assurée n'ait pas recours également au médecin. Or, la présence d'une sage-femme est indispensable lors de tout accouchement à domicile; d'autre part, il faut que l'assurée puisse, si elle le désire, prier un médecin d'assister à la naissance. C'est pourquoi le projet dispose qu'en cas d'accouchement à domicile, les caisses doivent prendre en charge, en sus des frais de traitement médical et de médicaments, tous les frais d'assistance à la naissance, qu'il s'agisse des frais de sage-femme ou des frais de médecin. Les frais du matériel employé par la sage-femme pour l'assistance à la naissance doivent aussi être payés par les caisses.

*bb.* En cas d'accouchement dans un établissement hospitalier, les caisses prendront en charge, selon le projet, en sus des soins médico-pharmaceutiques, une contribution à la taxe d'accouchement si l'établissement perçoit une telle taxe. Cette contribution, qui sera fixée par le Conseil fédé-

ral, est en quelque sorte le pendant des frais d'assistance par une sage-femme qui sont prévus en cas d'accouchement à domicile.

Pour tenir compte des conditions spéciales d'un accouchement dans un établissement hospitalier, les «Principes» prévoyaient en outre une contribution aux frais de soins de l'enfant tant que celui-ci séjourne dans l'établissement avec sa mère. Pour l'accouchement à domicile ou dans un établissement, les associations féminines ont proposé que les prestations pour maternité comprennent des prestations pour soins médicaux donnés à l'enfant lorsqu'il doit être traité dans un établissement immédiatement après la naissance. Le concordat des caisses-maladie suisses a fait une proposition dans le même sens. D'autres, en revanche, se sont opposés à ce que des prestations soient prévues pour l'enfant puisqu'il n'est pas lui-même assuré. Nous estimons cependant que, dans les limites des prestations en cas de maternité, des prestations pour l'enfant se justifient si elles ont trait à des frais qui sont en relation avec la naissance. Tel est le cas des prestations susmentionnées; c'est pourquoi nous nous rallions à la proposition des associations féminines. Nous prévoyons donc, tout d'abord, une contribution aux frais de soins donnés à l'enfant pour le temps où il séjourne dans l'établissement avec sa mère. Lorsque l'enfant doit être traité dans un établissement hospitalier immédiatement après la naissance — que celle-ci ait lieu à domicile ou dans un établissement —, une contribution aux frais de soins et de traitement de l'enfant sera versée. Les deux contributions ne peuvent être allouées simultanément. Il va sans dire que la contribution aux frais de soins et de traitement ne sera pas versée lorsque l'enfant, en raison d'une infirmité congénitale, est traité aux frais de l'assurance-invalidité. Ladite contribution sera accordée tant que l'enfant a besoin d'un traitement médical, mais au plus jusqu'à l'expiration de la durée du droit aux prestations en cas de maternité (cf. lettre *d* ci-dessous). En fixant une durée plus longue, on outre-passerait les limites des prestations en cas de maternité.

cc. Pour prévenir toute complication, il importe qu'en cas de maternité l'assurée puisse, dans certaines limites déterminées, consulter un médecin même si elle ne ressent aucun malaise. C'est pourquoi les caisses devront prendre en charge quatre examens de contrôle pendant la grossesse et un examen de contrôle pendant les dix semaines qui suivent l'accouchement.

b. En ce qui concerne les prestations en espèces il faut relever que divers préavis ont émis le vœu que les assurées bénéficient en cas d'accouchement d'une indemnité spéciale pour perte de gain. Ce problème ne peut cependant pas être résolu au cours de la présente révision de l'assurance-maladie, car il ressortit à une assurance-maternité. Il convient de relever toutefois que l'indemnité journalière assurée en cas de maladie est aussi versée en cas d'accouchement. Les femmes exerçant une activité lucrative ont donc la possibilité, en s'assurant pour une indemnité journalière suffisamment élevée, de se garantir une protection en cas de maternité. De nom-

breuses conventions collectives de travail ont rendu obligatoire l'assurance d'une indemnité journalière; les salariées qui y sont assujetties reçoivent l'indemnité journalière aussi en cas de maternité.

Pour améliorer la situation des femmes dans l'assurance d'une indemnité journalière, le projet prévoit, comme nous l'avons indiqué ci-dessus sous chiffre 2, que, pour les personnes exerçant une activité lucrative, les conditions d'admission dans les classes d'indemnité journalière ne doivent pas être différentes selon le sexe.

D'autre part, nous proposons d'inclure dans l'article relatif aux prestations en cas de maternité une disposition protectrice pour les assurées exerçant une activité lucrative. Cette disposition a trait à la garantie de l'indemnité journalière lorsque la femme cesse d'exercer son activité lucrative parce qu'elle attend un enfant. En effet, le concordat des caisses-maladie suisses et les syndicats chrétiens-nationaux ont relevé, dans leurs préavis, qu'il était choquant du point de vue social de voir des caisses attribuer immédiatement à une classe inférieure d'indemnité journalière les femmes qui quittent leur emploi parce qu'elles attendent un enfant; or ces femmes ont souvent payé durant de longues années la cotisation nécessaire afin d'être assurées pour une indemnité relativement élevée. Les deux associations ont proposé que le projet de loi prévoie que, lorsqu'une femme cesse son travail quatre semaines au plus avant l'accouchement, elle ne peut être attribuée à une classe inférieure d'indemnité journalière avant l'expiration de la durée du droit aux prestations en cas de maternité. Cette proposition favorable aux femmes enceintes et aux accouchées nous a paru devoir être acceptée. A l'avenir donc, les règles de la surassurance ne s'appliqueront pas aux femmes qui ont travaillé jusqu'à quatre semaines avant l'accouchement; l'indemnité journalière qui leur était assurée quand elles travaillaient leur sera versée pendant toute la durée du droit aux prestations en cas de maternité, comme si elles subissaient effectivement une perte de salaire du fait de l'accouchement.

c. L'indemnité d'allaitement a pour but d'encourager les femmes à allaiter. Aussi, selon le droit en vigueur, est-elle versée, non seulement aux femmes assurées pour les soins médicaux et pharmaceutiques, mais aussi à celles qui ne sont assurées que pour une indemnité journalière. Dans les «Principes», l'indemnité d'allaitement n'était plus considérée que comme faisant partie intégrante des prestations médico-pharmaceutiques. Cela aurait permis un contrôle facile, puisqu'il n'est pas possible d'être assuré pour les soins médico-pharmaceutiques auprès de plus d'une caisse. Un certain nombre de préavis, en particulier ceux des associations féminines, des médecins et de diverses associations de salariés, ont toutefois opiné pour que le versement de l'indemnité d'allaitement soit aussi maintenu en faveur des femmes assurées pour une indemnité journalière seulement. Nous nous sommes ralliés à cette manière de voir, de sorte que le projet prévoit la solution actuellement en vigueur.

En ce qui concerne le montant de l'indemnité d'allaitement, le droit en vigueur prévoit une indemnité de 20 francs après une durée d'allaitement de dix semaines. Dans les préavis, il a été proposé de prévoir une indemnité de 40 ou 50 francs pour une durée d'allaitement de dix semaines; certains préavis préconisaient des indemnités supplémentaires de 15 à 20 francs pour le cas où l'assurée allaiterait encore quatre ou cinq semaines de plus. Il a aussi été proposé qu'en cas de naissance multiple chaque enfant donne droit à une indemnité d'allaitement. Pour adopter une solution intermédiaire, nous renonçons à un échelonnement et proposons une indemnité de 50 francs pour une durée d'allaitement de dix semaines au moins.

*d.* La durée actuelle du droit aux prestations en cas d'accouchement est de six semaines à compter de l'accouchement. L'avant-projet de 1954 prévoyait une durée de prestations de deux semaines avant et de six semaines après l'accouchement. C'est cette durée qui est proposée par l'association suisse des caisses-maladie d'entreprises et par les médecins. Les «Principes» indiquaient une durée de deux semaines avant et de huit semaines après. Les associations féminines ont indiqué qu'elles étaient favorables à une durée totale de dix semaines, mais qu'une répartition stricte entre la période précédant l'accouchement et celle qui le suit n'était pas adéquate. Elles ont relevé qu'il est impossible de déterminer d'avance avec quelque certitude le jour de la naissance. Avec ce système, des assurées pourraient ainsi perdre une partie de leurs droits. Il y a en outre des assurées auxquelles il serait plus utile que la période précédant l'accouchement fût plus longue et d'autres pour lesquelles l'inverse serait préférable. «Pro Familia» et le comité suisse de protection familiale, se référant aux normes minimums de la sécurité sociale, proposaient que la durée fût de douze semaines au minimum, dont dix en général, après l'accouchement.

Nous croyons devoir adopter une solution intermédiaire; le projet prévoit donc une durée totale de dix semaines, dont au moins six après l'accouchement. Cette durée de six semaines concorde avec la durée minimale prévue pour l'interdiction de travail à l'article 33, 2<sup>e</sup> alinéa, du projet de loi sur le travail (l'accouchée peut, en effet, demander à l'employeur de reprendre le travail six semaines après l'accouchement alors que l'interdiction de travail est, en règle générale, de huit semaines). Grâce aux quatre semaines restantes, qui peuvent se situer, au choix, avant ou après l'accouchement, il peut être tenu compte des conditions particulières à chaque cas.

## II. Admission facilitée dans les caisses-maladie

1. A l'heure actuelle, la loi (art. 5) donne aux citoyens suisses le droit de s'affilier aux caisses dont ils remplissent les conditions d'admission. Puisque les caisses s'organisent à leur gré à moins de disposition légale contraire, elles peuvent subordonner l'admission à la condition que le can-

didat soit en bonne santé. Aussi nombre de caisses refusent-elles purement et simplement d'admettre des personnes dont l'état de santé est tel qu'elles courraient, à leur avis, un risque trop grand en les acceptant.

Cependant, les statuts des caisses prévoient souvent la possibilité d'aller, suivant les cas, moins loin que le refus catégorique, c'est-à-dire d'admettre les candidats qui ne sont pas en parfait état de santé, mais en excluant de l'assurance certaines maladies déterminées. Nous avons autorisé, dans la pratique, ce genre d'admission dit « admission avec réserve » puisqu'il était plus favorable qu'un simple refus; en revanche, dans diverses décisions, nous avons déclaré que pouvaient être réservées seulement les maladies existant au moment de l'admission et non pas des maladies antérieures, ni les prédispositions à des maladies, ni les suites d'une maladie. D'autre part, aucune réserve ne peut être faite en cours d'affiliation à moins d'adhésion à une catégorie d'assurance plus élevée et, dans ce cas-là, seulement pour les prestations supérieures.

Quant à la durée des réserves, la plupart des caisses prévoient qu'à l'expiration d'un certain délai l'assuré peut demander, avec certificat médical à l'appui, que la réserve frappant son assurance soit supprimée; sans demande de l'assuré, la réserve reste en vigueur; si la maladie réservée se déclare, le délai dans lequel l'assuré peut demander la suppression de la réserve court à nouveau dès le dernier jour de la maladie. Certaines caisses prévoient des systèmes plus souples; dans une grande caisse, en particulier, la réserve tombe automatiquement après cinq ans.

2. Le système que nous venons d'esquisser a provoqué, au cours des années, de nombreuses critiques. Pour certains, il est choquant qu'une assurance sociale bénéficiaire des subsides de l'Etat n'admette pas tous les candidats sans aucune distinction. D'autres estiment que, si l'on peut comprendre la nécessité des réserves dans une assurance facultative, le refus pur et simple ne se justifie en aucune manière. Certains voudraient que les réserves, d'une part, ne s'étendent qu'aux maladies entraînant une incapacité de travail et, d'autre part, qu'elles deviennent caduques automatiquement à l'expiration d'un certain délai. La motion Ackermann, en demandant que les jeunes invalides soient acceptés dans les caisses sans réserve concernant leur invalidité, vise également une modification du système en vigueur pour les réserves.

De leur côté, les caisses et les fédérations de caisses, dont l'opinion est partagée par divers cantons, se sont opposées, dans leurs préavis sur les « Principes », à l'obligation qui pourrait leur être faite de ne plus refuser un candidat pour raisons de santé; elles ont fait valoir que cette obligation n'était pas compatible avec un système d'assurance facultative. D'autre part, elles ont demandé de pouvoir réserver non seulement les maladies existantes mais tout « risque d'assurance accru pouvant être prouvé objec-

tivement». Au cours des années, les caisses avaient déjà relevé plusieurs fois qu'il se peut fort bien qu'un candidat atteint précédemment d'une maladie telle que la tuberculose, une affection rhumatismale, une affection dermatologique, etc., ne soit pas malade au moment précis de l'admission, mais que l'affection se déclare à nouveau peu de temps après; en pareil cas, une réserve devrait être possible, car il y a risque accru.

3. Vu ce qui précède, il nous a paru indispensable de chercher une solution tenant compte des intérêts des candidats atteints dans leur santé, mais cela d'une façon compatible avec le principe selon lequel, lorsqu'une assurance est facultative, on ne saurait s'assurer que contre un risque futur et non pas contre un événement dommageable déjà survenu. A notre avis, on peut contraindre les caisses-maladie d'accepter tous les candidats, sans égard à l'état de santé, à la condition qu'on les autorise à exclure leurs prestations pour certaines maladies déterminées. Nous avons donc prévu qu'aucun candidat ne pourrait être désormais refusé par une caisse pour raisons de santé, ce qui constituera un progrès important dont profiteront avant tout les invalides et les personnes en mauvaise santé.

En revanche, les caisses seront autorisées à prévoir des réserves, non seulement pour les maladies existant au moment de l'admission, mais aussi pour des maladies antérieures si, selon l'expérience, une rechute est possible. Cela ne signifie pas qu'à l'avenir des prédispositions à des maladies ou des suites d'une maladie pourront être réservées; la réserve ne devra avoir pour objet, selon notre proposition, qu'une maladie déterminée qui existe au moment de l'admission ou qui, ayant existé antérieurement, peut, vu sa nature particulière, se déclarer à nouveau.

Une autre innovation importante est la suivante: nous avons restreint la portée des réserves en limitant leur durée à cinq ans au maximum. Dès lors, un assuré admis avec réserve ne pourra plus être privé, pendant toute son affiliation, des prestations de la caisse pour la maladie réservée. Il y a là un progrès notable.

Enfin, contrairement à la pratique actuelle, une disposition interdira aux caisses de prévoir de nouvelles réserves lors du passage de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques des enfants à celle des adultes.

4. Contrairement à ce qu'indiquaient les «Principes», notre projet ne contient pas de disposition donnant suite expressément à la motion Ackermann. Au cours des travaux préparatoires, on a en effet constaté que s'il fallait, pour les raisons susmentionnées, autoriser des réserves pour les maladies, quel que soit leur degré de gravité, il n'était guère possible de les interdire pour les invalidités. Divers préavis ont relevé qu'il était contradictoire de permettre aux caisses de réserver des légères maladies, mais non de graves atteintes à la santé. Il faut aussi tenir compte du fait qu'il est

souvent fort difficile de déterminer l'invalidité chez un enfant ou un adolescent.

Les résultats que M. Ackermann désirait atteindre seront cependant obtenus dans une large mesure par l'adoption de nos propositions. Tout d'abord, comme nous l'avons indiqué ci-dessus, le projet garantit l'admission dans les caisses-maladie à tous les candidats, quel que soit leur état de santé. Les jeunes invalides ne pourront donc plus être refusés par les caisses. Leur invalidité pourra être l'objet d'une réserve mais, vu la caducité des réserves au bout de cinq ans, ils bénéficieront ensuite des prestations des caisses-maladie également pour leur invalidité et cela pendant toute leur affiliation, puisque les nouvelles réserves au passage de l'assurance infantile à l'assurance des adultes seront interdites. D'autre part, le 5 janvier 1961, nous avons édicté une ordonnance concernant les infirmités congénitales, qui contient une liste de toutes les infirmités pour lesquelles, conformément à l'article 13 de la loi sur l'assurance-invalidité, cette assurance prend en charge les frais de traitement. Cette liste étant fort complète, nombre de jeunes invalides recevront des prestations pour frais de traitement de l'assurance-invalidité, de sorte que d'éventuelles réserves faites par les caisses seront sans importance pour eux.

Par ces dispositions sur les infirmités congénitales dans l'assurance-invalidité et les propositions que nous faisons quant aux réserves dans l'assurance-maladie, il est donné suite à la motion Ackermann dans toute la mesure possible.

### III. L'amélioration des dispositions sur le libre passage

Les articles 7 à 10 de la loi contiennent des dispositions relativement détaillées sur le libre passage.

Le droit au libre passage est le droit des assurés, subordonné à certaines conditions, d'être admis dans une autre caisse sans avoir à subir un stage ni à payer un droit d'entrée et sans que puissent leur être opposées les conditions d'admission relatives à l'état de santé et à l'âge maximal.

La pratique a démontré que les dispositions en vigueur ne sont plus adaptées aux circonstances actuelles. Il convient de les améliorer sur les points suivants :

1. Selon la loi en vigueur, le droit au libre passage est subordonné à la condition que l'assuré ait été affilié à des caisses pendant au moins un an, sans une interruption de plus de trois mois. Cette durée s'est révélée trop longue pour les personnes exerçant un métier qui nécessite des changements de place chaque saison. C'est pourquoi, selon le projet, le droit au libre passage prendra naissance déjà lorsque l'assuré aura été affilié à des caisses pendant au moins six mois sans une interruption de plus de trois mois.

2. Selon les dispositions actuelles, l'assuré a droit au libre passage lorsqu'il est obligé, par les statuts, de quitter la caisse dont il est membre par suite de changement de domicile, de profession ou d'employeur, ou lorsque la caisse se dissout ou cesse d'être reconnue.

Ainsi, pour bénéficier du libre passage, l'assuré doit être contraint de quitter la caisse à laquelle il appartenait jusqu'alors; la seule exception à ce principe est le cas où la caisse perd la reconnaissance car, en pareille occurrence, il faut que l'assuré ait la possibilité de continuer d'être assuré auprès d'une caisse reconnue.

Il faut maintenir le principe selon lequel celui qui quitte volontairement sa caisse n'a pas droit au libre passage sauf dans le cas que nous venons de citer.

Divers préavis proposaient cependant de prévoir le libre passage dans certains cas, même lorsque la sortie est volontaire; toutefois, ces cas n'étaient pas précisés. On ne doit cependant pas oublier que l'obligation d'admettre les bénéficiaires du libre passage peut entraîner de lourdes charges pour les caisses, en particulier lorsque les passants qui font valoir leur droit auprès d'elles sont avant tout des personnes chez lesquelles le risque de maladie est accru. C'est pourquoi le droit au libre passage ne peut être accordé que lorsque la sortie de la caisse est imposée par les statuts.

Pour les mêmes raisons, il convient d'énumérer de façon exhaustive dans la loi, comme actuellement, les faits donnant lieu au libre passage, appelés motifs de libre passage. Mais il faut en augmenter le nombre.

a. Un certain nombre de caisses, en particulier celles de Suisse romande, n'assurent que des mineurs (enfants). Ceux-ci n'ont pas droit au libre passage en vertu des dispositions en vigueur lorsqu'ils doivent quitter la caisse parce qu'ils ont atteint l'âge maximal prévu par les statuts; ils risquent ainsi de perdre à ce moment-là la protection que leur garantissait l'assurance. Il en va de même des écoliers (mineurs ou majeurs) qui doivent sortir de la caisse d'une école parce qu'ils quittent cette école, ainsi que des personnes qui doivent sortir de la caisse d'une association professionnelle parce qu'elles quittent cette association.

Dès lors, les nouvelles dispositions doivent prévoir qu'auront aussi droit au libre passage les assurés qui, dans une caisse n'assurant que des mineurs, ont atteint l'âge maximal fixé par les statuts, ceux qui, quittant une école, doivent sortir de la caisse de cette école, enfin ceux qui, quittant une association professionnelle, doivent sortir de la caisse de cette association.

b. L'assurance-maladie suisse est fondée sur le principe de l'assurance individuelle, c'est-à-dire que chaque personne n'est assurée que pour soi-même, au contraire de ce qui est le cas en général à l'étranger, où certains membres de la famille, soit avant tout le conjoint et les enfants, sont inclus

dans l'assurance de personnes déterminées, par exemple des salariés (assurance familiale).

Cependant, dans notre pays un certain nombre de caisses d'entreprises, de caisses professionnelles et de caisses d'associations professionnelles assurent non seulement les personnes occupées dans l'entreprise, ou exerçant la profession ou faisant partie de l'association professionnelle, mais aussi les membres de la famille de ces personnes, soit avant tout le conjoint et les enfants. L'admission de ces membres de la famille ne résulte toutefois pas automatiquement de celle de la personne occupée dans l'entreprise, ou exerçant la profession ou faisant partie de l'association professionnelle; elle n'a lieu que sur demande individuelle. L'affiliation desdites personnes à la caisse n'est que la condition à laquelle est subordonnée l'admission des membres de leur famille. Par conséquent, même dans ces caisses, il n'existe pas d'assurance familiale au sens des assurances-maladie étrangères.

En admettant dans la caisse les membres de la famille des salariés de l'entreprise, on entend marquer les liens existant entre celle-ci et les familles. D'autre part, on veut permettre à tous les membres de la famille d'être assurés auprès de la même caisse. Enfin, on désire aussi souvent avoir la possibilité d'échelonner les cotisations en tenant compte de la nécessité de protéger la famille. Actuellement, il existe des assurances de ce genre dans 38 caisses d'entreprises, caisses professionnelles ou caisses d'associations; elles couvrent 260 000 adultes et 45 000 enfants. Il existe aussi des assurances collectives appliquées selon les mêmes principes. La tendance à instituer de telles « assurances familiales » va en augmentant.

Actuellement, les membres de la famille admis ainsi dans les caisses n'ont pas un droit au libre passage ou n'en possèdent qu'un fort restreint. Si, par exemple, un assuré doit quitter la caisse en raison d'un changement d'emploi, il a droit au libre passage puisqu'il s'agit d'un des motifs prévus par la loi; en revanche, les membres de sa famille n'en bénéficient pas parce qu'ils ne changent pas d'emploi. Les membres de la famille n'ont pas non plus droit au libre passage lorsque la personne en raison de laquelle ils sont assurés reste dans la caisse cependant qu'eux-mêmes doivent la quitter, soit qu'ils commencent à exercer une activité lucrative sans rapport avec l'entreprise, la profession ou l'association professionnelle en question, soit qu'ils sortent de la communauté familiale (p. ex. en raison d'un divorce pour les conjoints, ou d'un mariage pour les filles), soit enfin parce qu'ils ont atteint l'âge maximal prévu par les statuts pour les enfants entrant en considération.

Cette lacune doit être comblée. Un droit au libre passage doit être reconnu aux membres de la famille contraints de sortir d'une caisse d'entreprise, d'une caisse professionnelle ou d'une caisse d'association professionnelle, soit parce que la personne en raison de laquelle ils sont assurés sort elle-même de la caisse, soit parce qu'ils commencent à exercer une activité

lucrative, quittent la communauté familiale ou ont atteint l'âge maximal prévu par les statuts pour les mineurs.

c. La loi en vigueur ne contient pas de dispositions sur l'assurance collective. C'est pourquoi il a été prévu d'en insérer quelques-unes de principe à l'article 5 *bis* (nouveau); nous les commenterons ci-dessous au chapitre E, I. Le 4<sup>e</sup> alinéa de cet article prévoit que, lorsqu'ils cessent d'appartenir au cercle des personnes auxquelles s'étend une assurance collective ou lorsque le contrat d'assurance collective prend fin, les assurés ont le droit de passer dans l'assurance individuelle de la caisse, à la condition qu'ils séjournent de façon permanente dans le rayon d'activité de celle-ci ou qu'ils fassent partie de l'entreprise, de la profession ou de l'association professionnelle à laquelle la caisse limite son activité. Les statuts de la caisse peuvent, en revanche, disposer que les assurés ne remplissant pas lesdites conditions doivent la quitter.

Il serait naturellement possible de déclarer dans la loi que ces assurés ont aussi le droit de passer dans l'assurance individuelle. Cette solution correspondrait même à la pratique actuelle. Mais les assurés qui n'habitent plus dans le rayon d'activité de la caisse ou qui ne font plus partie de l'entreprise, de la profession ou de l'association professionnelle en question ont en général si peu de liens avec la caisse qu'il faut leur donner la possibilité de passer dans une autre caisse leur convenant mieux. Il importe donc de prévoir que bénéficieront également du libre passage les assurés sortant d'une assurance collective auxquels la loi ne donne pas le droit de passer dans l'assurance individuelle.

d. Une caisse peut non seulement se dissoudre ou perdre la reconnaissance (cas donnant lieu au libre passage selon le droit en vigueur), mais également restreindre son rayon d'activité. Ce dernier cas se produit de temps à autre, lorsque, dans une région déterminée, la caisse ne recrute pas suffisamment de nouveaux membres. Les assurés qui sont contraints de quitter la caisse de ce fait doivent pouvoir entrer dans une autre en bénéficiant du libre passage.

3. Il arrive souvent que des personnes déjà assurées qui entrent dans une entreprise doivent, en vertu des conditions d'engagement, adhérer à une caisse déterminée, que ce soit la propre caisse de l'entreprise ou la caisse avec laquelle l'entreprise a conclu un contrat d'assurance collective. Pour éviter une surassurance ou des charges trop lourdes, ces personnes ne peuvent, souvent, faire autrement que de quitter la caisse à laquelle elles appartenaient jusqu'alors. Ces cas donnent lieu à des difficultés parce que les intéressés doivent en général accomplir dans la nouvelle caisse le stage de trois mois prévu par la loi, pendant lequel ils ne reçoivent pas de prestations de cette caisse. Si, en entrant dans la nouvelle caisse, ils abandonnent l'ancienne, ils sont par conséquent privés d'assurance pendant trois mois.

Au contraire, s'ils restent dans l'ancienne caisse pendant ladite durée, ils doivent payer des cotisations à deux caisses en n'ayant droit aux prestations pour soins médico-pharmaceutiques que de l'une d'entre elles. Les assurés sont souvent tenus, d'autre part, de payer un droit d'entrée dans la nouvelle caisse; il se peut aussi que celle-ci prévoie des réserves.

C'est pourquoi, divers préavis ont demandé que la nouvelle caisse soit tenue d'admettre les personnes en question sans les soumettre à un stage, sans leur réclamer de droit d'entrée et sans prévoir de nouvelles réserves. Cette demande est justifiée. Pour y donner suite de la meilleure manière possible, notre projet dispose que la nouvelle caisse devra traiter lesdits assurés comme des passants.

4. Selon la loi actuelle, les personnes assurées auprès d'une caisse d'entreprise n'ont droit au libre passage que durant cinq ans. Lorsqu'elles quittent l'entreprise ultérieurement, elles peuvent, tant qu'elles demeurent en Suisse, rester affiliées à sa caisse si elles ne trouvent accès auprès d'aucune caisse dont elles remplissent les conditions générales d'admission.

La pratique a révélé que cette réglementation n'est pas assez large. Les personnes assurées auprès d'une caisse d'entreprise doivent avoir droit, dans la mesure du possible, au libre passage quand elles quittent l'entreprise. Parce que la morbidité croît avec l'âge, il faut cependant éviter que les caisses ouvertes voient leurs charges augmenter du fait que des salariés âgés sortant des caisses d'entreprises s'affilient à titre de passants. Il en va de même des femmes qui quittent une entreprise parce qu'elles attendent un enfant.

Dans ces conditions, il faut rechercher une solution tenant compte de façon équitable des divers intérêts en présence.

Tout d'abord, il convient de prévoir que les personnes affiliées à une caisse d'entreprise auront droit au libre passage jusqu'à 55 ans révolus; en effet, jusqu'à ce moment-là, la morbidité n'augmente pas dans une mesure si forte que l'on ne pourrait exiger des autres caisses qu'elles acceptent des assurés de cet âge à titre de passants. Pour protéger la nouvelle caisse, il faut toutefois restreindre, à deux égards, ce droit au libre passage.

La première restriction concerne l'état de santé. Il y a lieu de maintenir le principe actuel, selon lequel, pendant les cinq années qui suivent leur admission, les personnes assurées auprès d'une caisse d'entreprise ont droit au libre passage quel que soit leur état de santé. Mais, passé ce délai, le droit au libre passage doit être subordonné à la condition que l'assuré soit en bonne santé, ce qui signifie que ce droit ne doit avoir effet qu'à la date où l'assuré a recouvré la santé. À ce moment-là, le droit au libre passage prendra naissance si l'assuré n'a pas atteint l'âge de 55 ans dans l'intervalle.

La deuxième restriction concerne le cas de la grossesse. Il arrive souvent que des femmes quittent l'entreprise où elles travaillaient, soit parce qu'elles

attendent un enfant, soit pendant qu'elles reçoivent les prestations pour accouchement. En pareil cas, le droit au libre passage ne doit avoir effet qu'à l'expiration de la durée du droit aux prestations pour ledit accouchement.

Pour compléter cette solution, il faut, par analogie à la loi actuelle, donner aux assurés qui ne bénéficient pas du libre passage pour les raisons susmentionnées le droit de rester dans la caisse, celle-ci devant continuer à leur garantir les mêmes prestations.

Il faut ajouter que le concordat des caisses-maladie suisses a proposé que les règles exposées ci-dessus s'appliquent non seulement aux caisses d'entreprises, mais aussi aux caisses d'associations professionnelles. On peut se rallier à cette proposition, car la situation en ce qui concerne les caisses d'associations professionnelles est analogue à celle qui existe pour les caisses d'entreprises.

5. Le plus grand défaut du système actuel consiste en ce que les caisses peuvent, quelles qu'aient été les prestations qui lui étaient allouées auparavant, n'assurer un passant que pour les prestations minimales prévues par la loi (p. ex. pour une indemnité journalière d'un franc). Les passants âgés ou malades risquent donc de ne se voir accorder par la nouvelle caisse que les prestations minimales et de perdre peut-être ainsi un droit à des prestations plus étendues pour lesquelles ils ont versé des cotisations pendant de longues années. Il tombe sous le sens que, de ce fait, le droit au libre passage perd une grande partie de sa valeur. C'est pourquoi il faut contraindre les caisses à garantir aux passants, dans les limites des statuts, les prestations qui leur étaient assurées précédemment.

6. Selon la loi actuelle, les caisses peuvent fixer les cotisations des passants qui ont dépassé l'âge maximal prévu dans les statuts d'après l'âge qu'ils ont au moment du transfert. De ce fait, comme la morbidité augmente avec l'âge, surtout dans les classes d'âge élevées, le passant est souvent tenu de payer une cotisation beaucoup plus forte que celle qu'il devait verser jusqu'alors. Pour atténuer la rigueur de cette conséquence, le projet prévoit que le passant ayant dépassé l'âge d'entrée maximal prévu par les statuts devra payer une cotisation calculée comme s'il avait un an de plus que ledit âge.

7. Selon les dispositions en vigueur, les personnes affiliées à une caisse confessionnelle ou politique ne bénéficient du droit au libre passage qu'à l'égard des caisses de la même confession ou du même parti. Divers préavis ont proposé que l'on supprime cette restriction du droit au libre passage parce qu'elle ne se justifie plus. En fait, on constate que cette disposition n'est pas appliquée en pratique. On peut donc la supprimer. Notons d'ailleurs qu'il n'y a plus que quelques caisses locales ou régionales qui soient purement confessionnelles ou politiques.

Pour la même raison, on peut aussi supprimer la disposition selon laquelle, lorsqu'une personne affiliée à une caisse confessionnelle ou politique a fait partie auparavant de caisses ouvertes et qu'elle désire rentrer dans une caisse de cette catégorie, la durée de son affiliation à des caisses confessionnelles ou politiques n'entre pas en ligne de compte pour le calcul du délai (actuellement un an) à l'expiration duquel le droit au libre passage prend naissance.

8. Les améliorations des dispositions sur le droit au libre passage que nous avons commentées ci-dessus ont été en général approuvées dans les préavis. Les fédérations de caisses ont cependant proposé qu'on leur laissât la compétence d'améliorer elles-mêmes le libre passage pour les caisses qui leur sont affiliées, et en passant des conventions entre elles, comme elles l'ont déjà fait en partie jusqu'ici.

De telles réglementations statutaires et conventionnelles ont cependant le désavantage de ne s'appliquer qu'aux personnes assurées auprès des caisses affiliées aux fédérations en question. En outre, puisque la loi contient, de toutes façons, des dispositions sur le libre passage, on ne voit pas pourquoi elle ne devrait pas prévoir une réglementation complète. Les caisses, malgré leur proposition, ne s'opposent pas à l'amélioration des dispositions de la loi sur le libre passage mais au contraire souhaitent que, si l'on modifie ces dispositions, la réglementation prévue soit complète.

### C. LES VERSEMENTS DES ASSURÉS ET LES SUBSIDES DE LA CONFÉDÉRATION

Dans l'ordre des problèmes à régler par la revision, il faut mettre en regard de l'extension de l'assurance le nouveau régime des subsides fédéraux. Comme nous l'avons indiqué dans l'introduction, nous estimons qu'il est nécessaire d'examiner dans son ensemble le problème du financement de l'assurance-maladie.

L'extension de l'assurance que nous proposons entraînera une augmentation des frais d'assurance. Nous traiterons de cette augmentation dans la troisième partie de ce message relative aux effets financiers du projet de revision. Dans la présente partie, il sera question des principes du financement.

Pour couvrir leurs dépenses, les caisses disposent des versements des assurés, des subsides de la Confédération et parfois des cantons ou des communes, d'éventuelles contributions des employeurs et, enfin, d'autres recettes (intérêts, etc.). Comme le montre le tableau 10 de l'annexe quatre cinquièmes des recettes environ sont fournis par les assurés (cotisations, participations aux frais, etc.), alors que les subsides fédéraux, seconde source des recettes par ordre de grandeur, ne représentent plus qu'un dixième des

recettes. Ainsi les versements des assurés et les subsides fédéraux constituent ensemble neuf dixièmes des ressources nécessaires.

A son chiffre 2, la motion Gnägi demande une adaptation des subsides fédéraux à la situation actuelle. Nous proposons dans le projet un système de subventionnement selon lequel les subsides fédéraux, pour la moyenne de l'ensemble des caisses, représenteront année après année à peu près la même partie des frais d'assurance. Les caisses pourront donc, à l'avenir, évaluer avec une assez grande exactitude ce que seront les subsides fédéraux par rapport aux moyens financiers dont elles doivent disposer, et elles pourront les inclure dans leur plan de financement.

En contre-partie, nous estimons indispensable de compléter sur certains points les dispositions de la loi dont les caisses doivent tenir compte lorsqu'elles fixent les cotisations et la participation des assurés aux frais; ainsi, on garantira, dans l'ensemble, un financement méthodique et suffisant de l'assurance-maladie.

Nous traiterons sous chiffre I des versements des assurés et sous chiffre II du nouveau régime envisagé pour les subsides fédéraux.

## I. Les versements des assurés

Les versements des assurés consistent en cotisations, participations aux frais et taxes sur feuilles de maladie. Les dispositions sur les cotisations sont en rapport étroit avec le système de financement choisi. C'est pourquoi, après un aperçu des dispositions actuelles sur le financement (chiffre 1), nous donnerons quelques explications sur la méthode de financement dans l'assurance-maladie (chiffre 2). Puis nous aborderons la question des cotisations (chiffre 3). Pour terminer, il sera question de la participation aux frais et de la taxe sur feuille de maladie (chiffre 4).

### *1. Les dispositions actuelles sur le financement*

D'après l'article 3, 4<sup>e</sup> alinéa, de la loi, les caisses doivent offrir toute sécurité quant à l'exécution de leurs engagements. La méthode de financement en usage dans l'assurance-maladie sociale est celle de la répartition, combinée avec un fonds d'égalisation. Celui-ci doit, en principe, être égal à la moyenne des dépenses annuelles. Il sert à faire face à des variations de dépenses de l'ordre de cette moyenne. Les caisses ont ainsi le temps nécessaire pour préparer et mettre à exécution l'adaptation des cotisations que les circonstances viendraient à imposer.

En fixant les cotisations, les caisses doivent respecter le principe de la mutualité conformément à l'article 3, 3<sup>e</sup> alinéa, de la loi. Ce principe exige, en particulier, qu'à des prestations égales correspondent des cotisations égales si les conditions sont identiques.

Enfin l'article 6, 2<sup>e</sup> alinéa, dispose que, lorsque les prestations prévues par les statuts diffèrent selon le sexe, les cotisations doivent être échelonnées dans une mesure correspondante.

## *2. La méthode de financement*

Dans quelques préavis (soit ceux des associations patronales, de l'union suisse des arts et métiers, des compagnies d'assurance concessionnées), il est demandé que, pour le financement de l'assurance-maladie sociale, on tienne compte d'avance du vieillissement prévisible de la population et de l'augmentation parallèle de la morbidité. Les caisses devraient, de ce fait, renforcer leurs réserves.

Nous avons examiné en détail quelle devait être la méthode de financement à appliquer par les caisses, et sommes arrivés à la conclusion que le système de la répartition avec fonds d'égalisation a donné largement satisfaction dans la pratique, et qu'il permet de tenir compte de la meilleure manière possible des conditions spéciales de l'assurance-maladie sociale. Dans les grandes lignes, il peut être maintenu à l'avenir.

Ceux qui demandent qu'il soit mieux tenu compte du vieillissement dans l'assurance-maladie sociale, et que des réserves plus importantes soient constituées, oublient que, surtout dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, le vieillissement n'est de loin pas le seul facteur influençant les frais, ni même le plus important. En effet, parmi les causes de l'accroissement des frais de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, accroissement qui se manifeste déjà depuis plusieurs années, il faut citer en premier lieu : le renchérissement (augmentation des tarifs médicaux et hospitaliers) et les progrès de la science médicale (nouveaux médicaments à prix élevés et nouvelles méthodes coûteuses de traitement). L'extension des prestations et le vieillissement des assurés ne jouent qu'un rôle de second plan dans l'évolution des frais.

Or, les facteurs les plus importants tels que le renchérissement et l'évolution de la science médicale sont précisément ceux qu'on peut le moins bien évaluer, d'où la grande difficulté d'en tenir compte en fixant les cotisations. Les caisses, en pratique, ne peuvent souvent rien faire d'autre que de contrôler sans cesse les cotisations et de les adapter aux conditions nouvelles. Il est beaucoup plus facile de procéder à une telle adaptation avec le système de la répartition qu'avec un système de financement comportant de fortes réserves. Il en résulte l'augmentation constante, que chacun connaît, des cotisations fixées en francs. Si l'on recherche cependant quel est le rapport entre les cotisations et les salaires dans cette évolution, on constate que les cotisations de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques se maintiennent toujours, en moyenne, à environ un pour cent des salaires. L'accroissement des frais dû au vieillissement ne joue qu'un rôle modeste à ce propos. Et cela

pour la raison aussi que, jusqu'ici, les caisses sont toujours parvenues à recruter suffisamment de jeunes assurés pour empêcher un vieillissement trop grand de leurs effectifs. Il nous paraît dès lors inutile d'isoler ce facteur pour instaurer un financement spécial fondé sur la constitution de capitaux.

En revanche, nous sommes d'avis qu'il serait également faux, comme certains le voudraient, de supprimer tout fonds, c'est-à-dire de prévoir un système de répartition pur. Les caisses doivent, au contraire, être contraintes, de façon plus stricte, à constituer des réserves. D'après nous, le montant de celles-ci devrait être égal, comme jusqu'ici, à celui des dépenses annuelles. Dans ces limites, nous nous rallions aux préavis qui veulent un renforcement des réserves. Nous répondons aussi, dans la mesure du possible, au postulat Hackhofer du 24 mars 1954, qui demandait en particulier que les réserves nécessaires soient constituées dans l'assurance-maladie sociale. Aux époques d'accroissement des dépenses, telles que celles que nous vivons depuis des décennies, les caisses sont, même d'après la réglementation prévue, tenues de veiller année après année au renforcement de leurs réserves si elles doivent maintenir ou améliorer le rapport existant entre leur fortune et leurs dépenses.

### 3. Les cotisations

a. La possibilité d'échelonner les cotisations d'après l'âge d'entrée, le sexe et les conditions locales, qui est prévue à l'article 6bis du projet, existe déjà actuellement dans la pratique, et n'a suscité aucune réaction dans les préavis, si ce n'est en ce qui concerne le rapport entre les cotisations des femmes et celles des hommes.

Lors de l'élaboration de la loi en vigueur, on était parti de l'idée, en se fondant sur les statistiques de l'époque, que les charges entraînées pour les caisses par les hommes, d'une part, et par les femmes, d'autre part, ne différaient guère. D'où la disposition prévue à l'article 6, 2<sup>e</sup> alinéa, suivant laquelle les cotisations ne peuvent être échelonnées selon le sexe si les prestations sont identiques.

Il se révéla très rapidement que, contrairement à l'hypothèse admise à l'origine, les charges occasionnées par les femmes sont en général beaucoup plus élevées que celles qu'entraînent les hommes. Ainsi, par exemple, en 1959, la moyenne des frais médico-pharmaceutiques (sans accouchement) pour les femmes a été de 50 pour cent supérieure à celle des hommes. Si les caisses sont tenues de percevoir des cotisations identiques pour les deux sexes, on court le risque que les hommes adhèrent surtout aux caisses qui ont relativement peu de femmes parmi leurs assurés et dont les cotisations sont par conséquent moins élevées; ainsi, la solidarité entre les sexes à laquelle tend la loi serait remise en question. Pour éviter cette conséquence,

les caisses ont été autorisées jusqu'ici à prévoir pour les femmes des cotisations dépassant de 25 pour cent au plus celles des hommes.

Les préavis émettent à ce sujet des opinions diverses. La plupart de ceux qui sont opposés à toute différence des cotisations selon le sexe demandent que les frais supplémentaires occasionnés par les femmes soient pris en charge par la Confédération. Les associations féminines et l'union syndicale suisse vont moins loin. Elles se contentent de considérer comme un maximum la marge de 25 pour cent et de proposer qu'au delà, des subsides fédéraux plus importants pour l'assurance des femmes compensent les charges plus élevées entraînées par cette catégorie d'assurés. Quant aux employeurs, ils sont d'avis qu'il est contraire au principe de l'assurance de limiter à 25 pour cent la différence entre les cotisations des hommes et celles des femmes; ils voudraient qu'il soit possible de prévoir une différence plus forte.

Dans ces conditions, nous estimons qu'il convient d'adopter une solution intermédiaire qui permette d'éviter le danger susmentionné tout en laissant subsister une solidarité équitable entre les sexes. Nous proposons donc qu'il soit prévu dans la loi, comme dans la pratique actuelle, que les cotisations des femmes peuvent dépasser celles de hommes de 25 pour cent au plus. Il ne nous paraît pas possible d'aller plus loin. Cela impose l'abrogation simultanée de l'article 6, 2<sup>e</sup> alinéa.

b. L'énorme développement pris par l'assurance collective au cours de ces dernières années a entraîné, vu les circonstances particulières, la formation d'une pratique spéciale pour la fixation des cotisations dans cette assurance. Dans l'intérêt de leur sécurité financière, les caisses doivent, lors de la conclusion de contrats collectifs, ne pas prévoir des cotisations inférieures aux taux minimaux fixés par l'autorité de surveillance. Pour la même raison, les cotisations prévues dans les contrats en cours doivent être contrôlées sans cesse et adaptées, le cas échéant, aux risques spéciaux. Cette réglementation a donné satisfaction dans la pratique et sera prévue dans la loi.

c. Le principe de la mutualité mentionné dans la loi devrait empêcher, en particulier, que les cotisations d'une personne couvrent des risques pour lesquels elle n'est pas assurée elle-même. Lors de l'entrée en vigueur de la loi, ce danger n'était pas très grand pour l'assuré, de sorte que le législateur a pu se contenter de la formule très générale de l'article 3, 3<sup>e</sup> alinéa. Depuis lors, cependant, la plupart des caisses ont institué, à côté de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques et de l'assurance d'une indemnité journalière, une série d'autres possibilités d'assurance. Les cas sont rares où tous les membres d'une même caisse sont assurés pour tous ces risques à la fois.

Dans ces conditions, c'est en exigeant des comptes séparés pour chaque genre d'assurance qu'on garantira le mieux que chaque personne paie réel-

lement les cotisations correspondant aux prestations pour lesquelles elle est assurée. Dans quelques préavis, en particulier ceux des milieux patronaux, cette séparation des comptes est même réclamée expressément, surtout en raison du nouveau régime des subsides fédéraux. Nous pouvons nous rallier à cette opinion, et en avons tenu compte dans le projet en précisant le principe de la mutualité dans la mesure où il a trait aux cotisations.

d. Mais il y a des cas déterminés où, lors de la fixation des cotisations, le principe de la mutualité ne devrait jouer qu'un rôle de second plan, par exemple pour des raisons de protection de la famille. C'est pourquoi, tout en précisant ledit principe comme nous l'indiquons sous lettre c, nous estimons indispensable de prévoir dans la loi la possibilité de régler ces cas spéciaux. Par exemple, une ordonnance donnera aux caisses la possibilité de fixer des cotisations facilitant l'assurance des familles. Nous répondons ainsi, en particulier, à un vœu exprimé par les associations féminines.

Nous tenons également à prévoir dans la loi, conformément à la pratique actuelle, que les caisses peuvent fixer pour l'assurance des enfants et des adolescents des cotisations plus basses que celles qui correspondraient au risque. On leur permettra ainsi de recruter plus facilement de jeunes membres, ce recrutement étant indispensable à toute caisse dans l'assurance-maladie facultative.

#### 4. *La participation aux frais et la taxe sur feuille de maladie*

a. Selon l'article 13, 4<sup>e</sup> alinéa, de la loi, les caisses ne sont pas tenues de supporter plus des trois quarts des frais médico-pharmaceutiques si elles assurent ces prestations pendant au moins 270 jours dans une période de 360 jours consécutifs. La loi elle-même prévoit donc déjà la possibilité d'une participation de l'assuré aux frais. L'arrêté du Conseil fédéral du 22 juillet 1936 a obligé les caisses à mettre à la charge des assurés une partie des frais médico-pharmaceutiques. Cette participation doit être égale en moyenne au moins à un dixième des frais médico-pharmaceutiques et, dans chaque cas, elle ne peut dépasser un quart de ces frais. L'autorité de surveillance peut dispenser les caisses de l'obligation d'instituer la participation lorsque l'assurance des soins médico-pharmaceutiques se développe pour elles dans des conditions particulièrement favorables, et qu'elles offrent toute garantie quant à l'exécution de leurs engagements. Selon l'article 11 de l'ordonnance I, aucune participation ne peut être prélevée sur les prestations de l'assurance-tuberculose.

b. En prévoyant une participation aux frais, on entend empêcher les assurés d'avoir sans nécessité recours à la caisse. Avec l'accroissement des frais médico-pharmaceutiques au cours de ces dernières années et les difficultés de financement qui en ont découlé, la participation est devenue éga-

lement, et de plus en plus, une source de recettes pour les caisses. De nombreux préavis demandent qu'on remette au premier plan la signification qu'avait à l'origine la participation aux frais. L'un d'entre eux propose que les caisses soient tenues de percevoir une participation aux frais fixe par cas de maladie (franchise).

Le concordat des caisses-maladie suisses se déclare favorable au maintien du système actuel. Dans l'intérêt du dépistage rapide des maladies, l'assuré devrait pouvoir s'adresser au médecin même en cas de maux légers sans qu'il lui soit imposé des charges importantes. En outre, une réglementation très différenciée de la participation aux frais entraînerait une diversité encore plus grande dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques et créerait des oppositions indésirables dans la compétition entre caisses.

c. Pour aboutir à un compromis entre les opinions très divergentes en matière de participation des assurés aux frais, nous prévoyons des dispositions laissant aux caisses une grande liberté d'action. La participation aux frais sera maintenue en principe. Mais les caisses seront libres — en tout cas en ce qui concerne les adultes — de prévoir pour les cas où les frais sont peu élevés une participation supérieure à 25 pour cent. En revanche, les caisses qui adoptent ce mode de faire devront venir en aide aux assurés dont les charges sont particulièrement lourdes du fait d'une maladie coûteuse en prévoyant pour eux une participation moins importante, ou même en supprimant toute participation. Une telle dégression de la participation aux frais (participation relativement élevée dans les cas de maladie entraînant peu de frais, mais faible pourcentage lorsque les frais sont importants) ne sera cependant autorisée que dans des limites déterminées. L'échelle dégressive pour la participation aux frais devra être conçue de telle façon que le total des participations perçues dans une caisse ne représente en moyenne pas plus d'un quart, mais pas moins d'un dixième, de l'ensemble des frais médico-pharmaceutiques sur lesquels la caisse doit prélever une participation. Cette disposition de la loi garantit, d'une part, que les assurés participeront, en moyenne, de façon équitable aux frais et, d'autre part, que l'assurance couvrira au moins trois quarts de l'ensemble des frais. Pour le surplus, les détails relatifs à l'échelle dégressive seront réglés par voie d'ordonnance. Pour des raisons de protection de la famille, il faudrait, par exemple, prévoir que, pour les enfants, la participation ne doit en aucun cas dépasser 25 pour cent.

Les dispositions du projet sont rédigées de façon que les caisses puissent aussi maintenir le système actuel. Nous croyons ainsi avoir tenu compte, dans la mesure du possible, de toutes les demandes justifiées.

d. Dans les «Principes», il était prévu d'autoriser les caisses à prélever, dans chaque cas, une participation de 50 pour cent aux frais des traitements

scientifiquement reconnus et des analyses. Les fédérations de caisses étaient favorables à cette idée; en revanche, les milieux de salariés et les médecins s'y sont opposés. Il a été relevé qu'un groupe de malades était désavantagé par rapport aux autres groupes et que cette solution était d'autant moins justifiée qu'il s'agissait en général de personnes atteintes de graves maladies. Conformément aux explications que nous avons données sous lettre c, et selon lesquelles la participation des assurés devrait être moins forte précisément dans les cas graves, nous n'avons pas prévu dans le projet une participation plus élevée aux frais de traitements scientifiquement reconnus et d'analyses. Nous estimons que cela est possible puisque, conformément à l'article 12, 5<sup>e</sup> alinéa, le Conseil fédéral a la compétence d'indiquer quels sont les traitements et analyses que les caisses doivent prendre en charge; on peut déjà ainsi lutter contre les abus. En outre, les caisses ont la possibilité de soumettre les cas particuliers à leurs médecins-conseils.

e. Il y a, c'est certain, des cas où une participation aux frais ne se justifie pas. Il faudra donc maintenir la réglementation selon laquelle aucune participation n'est exigée en cas de tuberculose. En outre, il n'est pas nécessaire de prévoir une déduction à titre de participation aux frais de cure balnéaire puisque les caisses ne versent que des contributions et que, par conséquent, l'assuré a de toutes façons des frais à sa charge.

En relation avec l'extension des prestations, nous prévoyons en outre d'interdire aux caisses d'imposer aux assurés une participation en cas de traitement hospitalier. Comme nous l'avons indiqué sous lettre B de la présente partie, les prestations obligatoires comprennent en cas de traitement hospitalier, pour l'essentiel, les frais médicaux et pharmaceutiques ainsi qu'une contribution aux autres frais de soins. Par conséquent, les assurés doivent supporter eux-mêmes les frais importants de logement et de nourriture. Il ne nous paraît donc pas justifié de les faire encore participer aux frais des soins médico-pharmaceutiques. En cas de participation, l'amélioration des prestations pour traitement hospitalier à laquelle tend le projet deviendrait fort illusoire.

Pour les mêmes raisons, nous avons prévu l'interdiction de prévoir une participation de l'assurée aux frais en cas de maternité.

f. Selon la pratique en vigueur, les caisses peuvent réclamer une taxe à l'assuré quand elles lui délivrent une feuille de maladie. Cette taxe sert à couvrir les frais d'administration occasionnés à la caisse par la remise de ladite feuille à l'assuré. La possibilité de percevoir une taxe sur feuille de maladie doit être maintenue; les détails seront réglés par voie d'ordonnance.

## II. Les subsides fédéraux

### 1. Les subsides fédéraux d'après le droit en vigueur

#### a. Les subsides ordinaires.

Les subsides versés jusqu'ici aux caisses par la Confédération pour l'assurance-maladie ordinaire sont prévus aux articles 35 et 37 de la loi. On peut les répartir en subsides généraux, subsides pour accouchement et subsides supplémentaires de montagne. En outre, en vertu de la loi fédérale du 13 juin 1928 sur la lutte contre la tuberculose, la Confédération verse aux assureurs contre la tuberculose des subsides spéciaux, dans les limites de l'ordonnance I. En ce qui concerne le calcul de ces subsides, les règles suivantes sont appliquées :

- Les subsides généraux sont alloués par assuré et par an. Leur montant (cf. tableau 1\* ci-dessous) est échelonné selon l'âge et le sexe des assurés et selon la durée des prestations et le genre des prestations allouées (soins médicaux et pharmaceutiques, indemnité journalière, les deux genres de prestations à la fois).
- Le subside pour accouchement est de 20 francs par accouchement. Il est porté à 40 francs pour les assurées qui ont droit à l'indemnité pour allaitement de 20 francs prévue à l'article 14, 4<sup>e</sup> alinéa, de la loi.
- Le subside supplémentaire de montagne est versé pour chaque assuré, en sus du subside général, aux caisses des contrées montagneuses où les communications sont difficiles et la population clairsemée; ce subside est de 7 francs au maximum par assuré et par an.
- Les subsides pour prestations en cas de tuberculose sont fixés en pour cent des prestations versées; ils sont égaux à 40 pour cent dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques et à 36 pour cent dans l'assurance d'une indemnité journalière.

#### b. Les subsides supplémentaires.

L'arrêté fédéral du 14 décembre 1960 allouant en 1961, 1962 et 1963 des subsides supplémentaires aux caisses-maladie reconnues prévoit des subsides supplémentaires annuels de 8 fr. 50 pour les enfants assurés pour les soins médico-pharmaceutiques, 10 fr. 50 pour les femmes assurées pour ces soins et 1 franc pour les hommes assurés pour ces soins. En outre, le subside fédéral pour accouchement est augmenté de 20 francs, et le maximum du subside supplémentaire de montagne porté à 15 francs.

#### c. Aperçu général.

Le tableau 1\* ci-dessous donne un aperçu des montants des subsides fédéraux à l'heure actuelle, y compris les subsides supplémentaires prévus par l'arrêté fédéral du 14 décembre 1960. Nous n'avons tenu compte, pour l'assurance des soins médico-pharmaceutiques et pour l'assurance d'une indemnité journalière, que des montants ordinaires prévus pour une durée

de prestations de 360 jours dans 540 jours consécutifs. Pour une durée de prestations de 180 jours dans 360 jours consécutifs, durée minimale prévue par la loi, ces montants devraient être réduits de 50 centimes.

**Montants des subsides fédéraux alloués aux caisses-maladie reconnues**

(Droit en vigueur)

Tableau I\*

Eléments de la subvention	Montants ordinaires selon LAMA ou ord. I	Montants supplémentaires selon AF 14.12.60	Total
<b>Montants par assuré en francs</b>			
<b>Soins médico-pharmaceutiques seulement</b>			
Hommes . . . . .	4.—	1.—	5.—
Femmes . . . . .	4.50	10.50	15.—
Enfants . . . . .	4.—	8.50	12.50
<b>Indemnité journalière seulement</b>			
Hommes . . . . .	4.—	—	4.—
Femmes . . . . .	4.50	—	4.50
<b>Soins médico-pharmaceutiques et indemnité journalière</b>			
Hommes . . . . .	5.50	1.—	6.50
Femmes . . . . .	5.50	10.50	16.—
<b>Subside supplémentaire de montagne<sup>(1)</sup></b>			
Bénéficiaires . . . . .	7.—	8.—	15.—
<b>Montants par cas en francs</b>			
<b>Subside pour accouchement</b>			
Soins médico-pharm./ind. journ.	20.—	20.—	40.—
Indemnité d'allaitement . . . . .	20.—	—	20.—
<b>Montants en pour-cent des frais</b>			
<b>Subside pour prestations en cas de tuberculose</b>			
Soins médico-pharmaceutiques . . . . .	40	—	40
Indemnité journalière . . . . .	36	—	36
<sup>(1)</sup> Montants maximaux			

## 2. Les systèmes de subventionnement

Avant de commenter le nouveau régime des subsides fédéraux, nous donnerons quelques brèves explications sur l'aspect technique des quatre systèmes de subventionnement déjà appliqués jusqu'ici dans l'assurance-maladie. Dans chacun des quatre cas, nous nous référons à l'exemple d'application pratique correspondant.

### a. *Système des subsides par assuré à montant fixe.*

La subvention annuelle totale se calcule dans ce système d'après le nombre des assurés, ce qui permet une application simple du point de vue de l'administration et du contrôle. Cette méthode est tout à fait adéquate, à la condition que les frais par assuré restent les mêmes. C'est celle qui est appliquée aux subsides par assuré dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques et dans l'assurance d'une indemnité journalière.

### b. *Système des subsides par assuré à montant variable.*

En pareil cas, le montant des subsides se calcule selon une règle déterminée. Il est prévu, par exemple, que le subside doit représenter toujours la même part de la moyenne suisse des frais. Ainsi, une modification générale des frais influence le montant du subside. Cette méthode peut aussi être considérée comme simple du point de vue de l'administration et du contrôle parce qu'elle est très proche du système des subsides par assuré décrit sous lettre a. On en pourrait citer comme exemple le système des subsides fédéraux supplémentaires, avec cette différence importante qu'une règle exprime d'adaptation à l'évolution des frais fait défaut. Certes, pour fixer ces subsides supplémentaires, on s'est fondé en premier lieu sur le rapport existant entre les subsides fédéraux et la moyenne générale des frais. Mais l'adaptation des montants à l'évolution des frais n'a pas été automatique; elle a été prévue, dans des cas successifs par des arrêtés fédéraux.

c. *Système des subsides par cas à montant fixe*, et qui sont versés par cas pour lequel des prestations ont été allouées.

Comme exemple de ce genre de subsides, il faut citer les subsides pour accouchement et pour allaitement.

d. *Système des subsides par cas à montant variable*, ce montant étant calculé, comme sous lettre b, selon une règle déterminée. Il est d'usage d'indiquer le montant en pour-cent des frais par cas. Cette méthode n'est adéquate du point de vue de l'administration et du contrôle que si le nombre des cas est relativement restreint, comme dans l'assurance-tuberculose, qui est subventionnée d'après ce système.

## 3. Les grandes lignes du nouveau régime

a. Le système des subsides par assuré à montants fixes, prévus dans la loi en francs, s'est révélé inadéquat, en particulier dans l'assurance des soins

médico-pharmaceutiques. Aux époques où les frais d'assurance augmentent sans cesse, comme cela a été le cas surtout ces dernières années dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, ce système rend difficile une adaptation. La part des frais d'assurance que représente le subside fédéral diminue alors d'année en année, et, par conséquent, ce subside perd peu à peu de sa valeur. Avec le temps, une telle évolution contrecarre dans une très forte mesure les efforts faits par les caisses pour maintenir leur équilibre financier. Il ne suffit pas en effet que les caisses augmentent leurs cotisations de façon à compenser l'augmentation des frais et à accroître leur réserve en proportion de cette augmentation. Elles doivent, en outre, tenter de contrebalancer la perte de valeur des subsides fédéraux.

Dans ces conditions, les subsides supplémentaires alloués jusqu'ici, tout en représentant une aide bienvenue pour les caisses, ne constituent pas une solution satisfaisante à la longue. Le postulat de la commission du Conseil national chargée d'examiner l'arrêté fédéral allouant de 1957 à 1960 des subsides supplémentaires aux caisses-maladie reconnues relevait que, de cette façon, il n'était pas possible d'adapter les subsides fédéraux aux circonstances actuelles. Aussi étions-nous invités « à préparer un projet de revision partielle de la loi ayant pour but d'encourager l'assurance-maladie, de par la loi, d'une manière conforme aux circonstances actuelles ». La motion Gnägi, elle aussi, demande, sous chiffre 2, une adaptation des subsides fédéraux à la situation actuelle.

Nous proposons donc, pour l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, un système de subsides à montant variable, les dispositions d'adaptation nécessaires étant prévues dans la loi, c'est-à-dire que le projet fixe des pourcentages de la moyenne générale des frais. Ces pourcentages sont tels que les nouveaux subsides seront plus élevés que les subsides actuels. Cela est nécessaire puisque l'extension des prestations prévue dans le projet entraînera pour les caisses des dépenses supplémentaires parfois importantes. Rappelons l'amélioration des prestations pour soins médico-pharmaceutiques, quant à leur nature et à leur durée, l'interdiction de la suppression des prestations aux invalides, etc. Le tableau 11, en annexe, indique des évaluations des dépenses pour 1963 et 1964 qui sont fondées sur l'hypothèse que le projet entraînera pour les caisses une augmentation supplémentaire des frais de 10 pour cent. D'autre part, les évaluations des recettes révèlent que le rapport entre les versements des assurés et les subsides fédéraux ne sera guère différent à partir de 1963 de ce qu'il était jusqu'ici. Les assurés devront continuer à fournir eux-mêmes près de quatre cinquièmes des moyens financiers nécessaires (cf. tableau 10 en annexe).

L'avantage de la solution proposée réside avant tout en ce que, désormais, dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, le rapport entre les subsides fédéraux et les frais d'assurance sera constant. Les caisses pourront donc prendre leurs dispositions en conséquence.

L'opposition à un système de subsides par assuré à montant variable s'est exprimée surtout dans les préavis des milieux patronaux, mais également dans ceux des médecins et des pharmaciens. Les milieux en question voudraient que l'on en restât au système actuel des subsides par assuré à montant fixe, afin que la Confédération puisse continuer à exercer une influence sur le montant des subsides à l'occasion d'adaptations périodiques, dont ils ne nient pas la nécessité. Mais ainsi, on en resterait à un système pratiquement analogue à celui des subsides supplémentaires, et il ne serait donné suite ni à la motion Gnägi, ni au postulat de la commission du Conseil national.

Les partisans du nouveau système, parmi lesquels on trouve toutes les fédérations de caisses, proposent parfois également que l'on échelonne les montants des subsides selon les charges régionales ou même selon les charges de chaque caisse. Nous avons examiné en détail ces propositions. En fait, elles tendent toutes à un système de subsides à montant variable représentant une part déterminée de la moyenne des frais de chaque caisse (cf. chiffre 2, lettre *d*). Un tel système tiendrait compte pratiquement sans restrictions des frais de chaque caisse. Or, il est inapplicable dans l'assurance-maladie, car il nécessiterait trop de travaux administratifs et un appareil de contrôle trop grand. Nous avons donc renoncé à toute différenciation supplémentaire, et nous en sommes tenus au système de subsides par assuré exposé sous chiffre 2, lettre *b*.

*b.* Dans l'assurance d'une indemnité journalière, il est inutile d'avoir recours au même système. Les conditions sont, en effet, radicalement différentes. Les caisses ne rencontrent guère de difficultés financières dans l'application de l'assurance d'une indemnité journalière. Aussi divers préavis (celui des médecins, celui des compagnies d'assurance concessionnées, celui des associations patronales) proposent-ils que l'on supprime les subsides fédéraux à l'assurance d'une indemnité journalière. Nous n'allons pas si loin pour de bonnes raisons. Il ne faut pas oublier, en effet, que le projet de loi oblige les caisses à prendre en charge des prestations supplémentaires également dans l'assurance d'une indemnité journalière (extension de la durée des prestations, en particulier pour les prestations en cas d'accouchement). Nous prévoyons donc de reprendre le système actuel en le simplifiant un peu, et, d'autre part, d'instituer un subside pour accouchement également en faveur des femmes assurées pour une indemnité journalière.

#### 4. Le montant des subsides

*a.* Pour les montants variables versés pour l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, nous aimerions prévoir dans le projet que les subsides par assuré doivent représenter, pour les hommes 10 pour cent, pour les femmes 20 pour cent et pour les enfants 30 pour cent de la moyenne suisse des frais

de l'année précédente calculée pour chacune de ces catégories. Cette moyenne est indiquée dans la statistique officielle de la morbidité. Elle est représentative de l'évolution des frais de l'assurance-maladie sociale dans notre pays. Si l'on calcule ainsi les subsides pour l'année 1963, on obtient les montants indiqués ci-dessous dans le tableau 2\*, que nous avons placés en regard des montants actuels, pour permettre la comparaison.

Les caisses, en particulier, ont proposé dans leurs préavis que l'on augmente les subsides par assuré alloués dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques. Il est en outre suggéré de répartir les frais en frais pour traitement ambulatoire et frais pour traitement dans un établissement hospitalier et, en ce qui concerne la moyenne suisse des frais pour traitement hospitalier, de prévoir un pourcentage plus élevé afin que les subsides fédéraux s'adaptent mieux à l'augmentation vraisemblablement plus forte de ces frais. Enfin, la tendance générale des préavis est de demander une augmentation des montants prévus pour les femmes et les enfants — partiellement aux dépens des montants prévus pour les hommes.

En incorporant partiellement aux prestations obligatoirement à la charge des caisses les prestations de la section spéciale prévue dans les «Principes» (cf. B, I, 4, b), nous avons reporté le montant du subside correspondant sur les subsides par assuré alloués dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques. Afin de donner suite aux divers vœux exprimés dans les préavis, nous n'avons cependant augmenté que les subsides pour les femmes et les enfants, c'est-à-dire que nous avons arrondi les taux prévus à 20 et 30 pour cent. Vu cette augmentation, il nous paraît inutile de fixer des pourcentages différents, pour les frais de traitement ambulatoire, d'une part, et pour les frais de traitement hospitalier, d'autre part.

Il résulte de ce qui précède, pour l'année 1963, une subvention totale à l'assurance des soins médico-pharmaceutiques d'environ 63 millions de francs. Il n'est pas possible de calculer, d'après le droit en vigueur, un montant pouvant être comparé à celui-ci, car, actuellement, il n'y a pas de distinction nette entre les soins médico-pharmaceutiques et l'indemnité journalière. On pourrait, cependant, évaluer l'augmentation du montant total à environ 40 pour cent.

b. Les subsides par assuré dans l'assurance d'une indemnité journalière sont simplifiés, le subside étant fixé à 2 francs par assuré, quels que soient le sexe et les genres de prestations assurées.

c. En ce qui concerne le subside pour accouchement dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, il faut aussi trouver un système permettant mieux une adaptation. C'est pourquoi le projet prévoit que le subside pour accouchement doit représenter 40 pour cent de la moyenne suisse des frais médico-pharmaceutiques par accouchement de l'année précédente. Pour l'année 1963, on obtiendrait ainsi, dans l'assurance des soins médico-

pharmaceutiques, un subside pour accouchement de 60 francs. Nous abandonnons donc, en ce qui concerne les accouchements dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, le système du montant fixe par cas, décrit sous chiffre 2, lettre *c*. Nous n'allons pas, cependant, aussi loin que dans l'assurance-tuberculeuse (cf. chiffre 2, lettre *d*) parce qu'il s'agit ici déjà d'environ 80 000 cas par année. On ne saurait donc guère, du point de vue de l'administration et du contrôle, adopter le système de subventionnement des frais médico-pharmaceutiques pour accouchement par caisse.

Il n'a, en revanche, pas été prévu de montant variable pour le subside pour accouchement en faveur des femmes assurées pour une indemnité journalière; ce subside est fixé à 20 francs dans la loi. Il répond à un vœu des associations féminines, appuyées par les caisses. En outre, la Confédération, comme jusqu'ici, rembourse aux caisses l'indemnité d'allaitement minimale versée en vertu de l'article 14, 5<sup>e</sup> alinéa.

*d*. Le système des subsides calculés en pour-cent des frais s'est révélé jusqu'ici très adéquat dans l'assurance-tuberculeuse. Il est donc repris sans modification dans le projet. Par conséquent, la Confédération continuera à prendre en charge 40 pour cent des prestations médico-pharmaceutiques et 36 pour cent de l'indemnité journalière allouées en cas de tuberculose.

*e*. La Confédération prendra en charge la moitié des prestations dont la durée ne peut, conformément aux articles 12, 4<sup>e</sup> alinéa, et 12<sup>ter</sup>, 2<sup>e</sup> alinéa, chiffre 1, lettre *b*, être imputée sur celle des prestations en cas de traitement dans un établissement hospitalier. Les milieux patronaux et les médecins sont opposés à cette répartition des frais par moitié entre la Confédération et les caisses. A l'opposé, les milieux syndicalistes, deux cantons et des caisses considèrent que le pourcentage prévu pour les subsides fédéraux est insuffisant, et certains demandent qu'il soit porté à 75 ou même 90 pour cent. Comme, dans l'assurance-invalidité, les pouvoirs publics supportent aussi la moitié des dépenses, nous estimons que la Confédération ne devrait, ici, pas aller au delà de 50 pour cent. C'est pourquoi nous avons prévu ce pourcentage dans le projet.

*f*. Le montant maximal du subside supplémentaire de montagne, fixé en francs dans la loi, a dû, jusqu'ici, être périodiquement adapté à l'augmentation des frais par les arrêtés fédéraux sur les subsides supplémentaires. On a proposé de fixer aussi ce montant maximal en pour-cent des frais médico-pharmaceutiques. En outre, dans divers préavis, le montant maximal de 18 francs prévu par les «Principes» est considéré comme trop bas. Après nouvel examen de la question, nous avons prévu également un montant variable pour le maximum du subside supplémentaire de montagne, la règle d'adaptation étant fixée dans la loi de telle façon que, pour 1963, ce maximum serait de 21 francs.

Dans le tableau 2\* ci-dessous, nous opposons les subsides fédéraux actuels aux subsides calculés d'après le projet. En ce qui concerne les effets financiers de la révision pour la Confédération, nous renvoyons à la troisième partie de ce message.

**Montants des subsides fédéraux selon le droit en vigueur  
et selon le projet**

1963

Tableau 2\*

Eléments de la subvention	Montants selon le droit en vigueur	Montants selon le projet
	<b>Montants par assuré en francs</b>	
Subside pour soins médico-pharmaceutiques		
Hommes . . . . .	5.—	7.40
Femmes . . . . .	15.—	21.90
Enfants . . . . .	12.50	16.30
Subside pour indemnité journalière		
Hommes . . . . .	4.—	2.—
Femmes . . . . .	4.50	2.—
Subside supplémentaire de montagne <sup>(1)</sup>		
Bénéficiaires . . . . .	15.—	21.—
	<b>Montants par cas en francs</b>	
Subside pour accouchement		
Soins médico-pharmaceutiques . . . . .	} 40.—	60.—
Indemnité journalière . . . . .		20.—
Indemnité d'allaitement . . . . .		50.—
	<b>Montants en pour-cent des frais</b>	
Subside pour prestations en cas de tuberculose		
Soins médico-pharmaceutiques . . . . .	40	40
Indemnité journalière . . . . .	36	36
Subside pour soins médico-pharmaceutiques des invalides . . . . .	—	50
<sup>(1)</sup> Montants maximaux		

## D. LES NOUVELLES DISPOSITIONS SUR LE CONTENTIEUX ET LA SURVEILLANCE DE LA CONFÉDÉRATION

### I. Le contentieux

#### 1. *Le tribunal arbitral cantonal*

L'article 25 de la loi confie à un tribunal arbitral désigné par le gouvernement cantonal le jugement des contestations entre les caisses et les médecins ou les pharmaciens. Conformément à l'article 125 de la loi d'organisation judiciaire du 16 décembre 1943, il peut être formé recours auprès du Conseil fédéral contre les jugements des tribunaux arbitraux cantonaux.

Les tribunaux arbitraux cantonaux ont donné satisfaction; ils doivent donc être maintenus.

Vu l'extension des prestations envisagée, il faut cependant reviser l'article 25 afin que les tribunaux arbitraux soient aussi déclarés compétents pour juger les contestations entre caisses d'une part, et sages-femmes, ou personnel paramédical, ou laboratoires ou établissements hospitaliers, d'autre part. En ce qui concerne la possibilité de recours contre les jugements desdits tribunaux, nous voudrions, pour tenir compte de l'extension de la juridiction administrative et du principe de la séparation des pouvoirs, remplacer le recours au Conseil fédéral par le recours au Tribunal fédéral des assurances.

En ce qui concerne la désignation, la composition et la compétence des tribunaux arbitraux cantonaux, de même que la procédure, nous renvoyons au commentaire de l'article 25 à la quatrième partie de ce message.

#### 2. *Les tribunaux des assurances*

a. Selon le droit en vigueur, les caisses peuvent déterminer comme elles l'entendent les organismes devant trancher les contestations entre elles et leurs assurés. Aussi, les statuts des caisses sont-ils fort divers à ce propos; les uns prévoient des organes de la caisse elle-même, qui décident définitivement; d'autres, le juge ordinaire, d'autres, le tribunal cantonal des assurances en qualité de tribunal arbitral, d'autres enfin, des tribunaux arbitraux constitués de cas en cas. En vertu de l'article 33 de la loi, les intéressés peuvent d'ailleurs, non seulement s'adresser aux organismes prévus par les statuts, mais aussi former un recours administratif auprès du Conseil fédéral pour violation de la loi. Mais le Conseil fédéral ne peut trancher l'affaire que si les faits sont nettement établis ou peuvent être déterminés à l'aide de documents irréfutables.

Cette diversité d'organismes appelés à dire le droit a entraîné, en particulier pour les assurés, une certaine insécurité juridique; il convient d'y remédier en unifiant le contentieux à l'occasion de la présente revision.

Nous prévoyons qu'à l'avenir les contestations des caisses entre elles ou avec leurs assurés ou des tiers qui concernent des droits que les parties font valoir en se fondant sur la loi, les dispositions d'exécution fédérales ou cantonales ou les dispositions édictées par les caisses seront du ressort de tribunaux cantonaux des assurances. Il peut y avoir contestations entre caisses, surtout lorsqu'en cas d'affiliation multiple d'un assuré naissent des divergences sur les obligations respectives des diverses caisses, ou lorsque la question se pose de savoir si une caisse doit accepter comme passant un assuré venant d'une autre caisse. Les contestations entre caisse et assuré ont pour objet surtout, d'une part, les prestations et, d'autre part, les cotisations et les participations des assurés aux frais. Par tiers, il faut entendre surtout les candidats à l'admission et les preneurs d'assurance en cas de contrat d'assurance collective.

Recours pourra être formé auprès du Tribunal fédéral des assurances contre les jugements des tribunaux cantonaux des assurances. Dès lors, le recours administratif au Conseil fédéral ne sera plus possible que lorsqu'il est reproché à l'administration de la caisse des fautes d'ordre général, c'est-à-dire que sera supprimée la double possibilité de recours. Cette solution contribuera à uniformiser les voies de droit des diverses branches d'assurances sociales.

b. Afin que, pour la procédure devant les tribunaux des assurances, l'objet du litige soit nettement déterminé dès le début, les caisses seront tenues de notifier par écrit, avec indication des motifs, des voies de droit et du délai de recours, toute décision que l'assuré ou le candidat n'accepte pas. Recours pourra être formé contre cette décision dans les 30 jours de sa notification auprès du tribunal cantonal des assurances. La décision passera en force de chose jugée si elle n'est pas l'objet d'un recours; une fois passée en force, la décision sera assimilée à un jugement exécutoire. Dans les autres branches des assurances sociales existent des dispositions analogues qui ont donné satisfaction; aussi faut-il les reprendre dans l'assurance-maladie en ce qui concerne les relations entre caisses et assurés ou candidats. En revanche, en cas de contestations des caisses entre elles ou avec, par exemple, des preneurs d'assurance lorsqu'il y a contrat d'assurance collective, des dispositions sur les décisions des caisses ne sont pas nécessaires.

## II. La surveillance de la Confédération

1. On trouve actuellement des dispositions traitant de la surveillance de la Confédération sur les caisses et les fédérations de réassurance à la fois dans la loi, dans l'arrêté fédéral du 14 décembre 1960 allouant en 1961, 1962 et 1963 des subsides supplémentaires aux caisses-maladie reconnues et dans l'ordonnance I. Il convient de grouper dorénavant toutes les dispositions sur la surveillance de la Confédération à l'article 33 de la loi.

2. Pour que l'autorité de surveillance puisse remplir sa tâche et, au besoin, contraindre les caisses à appliquer ses instructions, il faut qu'elle ait la possibilité de prendre les mesures d'ordre nécessaires.

Selon le droit en vigueur, le Conseil fédéral peut frapper d'une amende de 100 francs au maximum toute caisse qui contrevient à une disposition de la loi. En cas de contravention persistante, et après sommation restée sans effet, il peut prononcer le retrait de la reconnaissance. Cette réglementation n'est plus adéquate. Une amende de 100 francs au maximum est aujourd'hui inefficace, car ce montant est insignifiant par rapport au volume d'affaires des caisses. D'autre part, le retrait de la reconnaissance a de grands désavantages pour les assurés, désavantages que le droit de libre passage existant en pareille occurrence ne permet de compenser que partiellement. Dès lors, cette mesure peut être appliquée seulement dans les cas très graves.

En revanche, il s'est révélé très efficace de bloquer les subsides et, dans les cas graves, de les supprimer. Comme la loi ne connaît pas la suppression des subsides sans retrait simultané de la reconnaissance, les arrêtés fédéraux sur les subsides supplémentaires ont prévu la possibilité, dans certains cas, de supprimer les subsides totalement ou en partie pour une durée déterminée. Etant donné que cette mesure d'ordre permet souvent d'éviter le retrait de la reconnaissance et qu'elle peut facilement être adaptée à la gravité de la violation de la loi, elle doit être prévue dans la loi en lieu et place de l'amende. Le projet mentionne donc, à titre de mesures d'ordre, d'une part le blocage et la suppression totale ou partielle des subsides fédéraux et, d'autre part, le retrait de la reconnaissance.

## E. DIVERSES AUTRES QUESTIONS FAISANT L'OBJET DE LA REVISION

### I. L'assurance collective

1. La loi ne fait pas de distinction entre l'affiliation individuelle et l'affiliation collective à une caisse. Toutefois, vu ses origines, elle repose sur l'idée de l'assurance individuelle. Le besoin s'est fait sentir de plus en plus, au cours des années, d'une assurance de groupes de personnes, assurance où le preneur n'est pas identique avec l'assuré. Ce besoin est né surtout de l'augmentation du nombre des conventions collectives de travail où il est prévu que l'employeur est délié de son obligation de payer le salaire en cas de maladie conformément à l'article 335 du code des obligations par le paiement d'une contribution aux cotisations de ses salariés pour l'assurance d'une indemnité journalière. Les caisses ont conclu un nombre toujours plus grand de contrats d'assurance-maladie collective. A la fin de 1959, sur 2,4 millions de personnes assurées pour une indemnité journalière auprès des

caisses-maladie reconnues, il y en avait 400 000 qui étaient assurées collectivement et sur 3,7 millions de personnes assurées pour les soins médico-pharmaceutiques, 270 000 l'étaient collectivement. C'est dire que l'évolution est très importante et qu'il est indispensable d'introduire dans la loi, à la faveur de la revision, des dispositions sur l'assurance collective.

2. Dans les «Principes», il était envisagé de ne prévoir dans la loi que la possibilité pour les caisses de pratiquer l'assurance collective, tous les détails étant réglés par voie d'ordonnance. Mais de nombreux préavis se sont prononcés pour une réglementation légale plus complète, étant données les différences entre l'assurance collective et l'assurance individuelle. C'est pourquoi le projet règle quelques questions particulièrement importantes.

a. Il s'agit, tout d'abord, de déterminer le montant des prestations qui peuvent être convenues dans l'assurance collective. Pour permettre aux caisses de répondre aux besoins spéciaux des preneurs d'assurance, il convient de les autoriser à prévoir, dans les contrats d'assurance collective, des conditions d'assurance dérogeant à celles de l'assurance individuelle (par exemple, admission quels que soient l'âge et l'état de santé, suppression du stage, indemnités journalières fixées en pourcentages du salaire, suppression de la participation aux frais, durées de prestations plus étendues). Il faut cependant que les prestations de l'assurance collective restent dans une juste proportion avec celles de l'assurance individuelle; sinon, en cas de passage de l'assurance collective à l'assurance individuelle, l'assuré verrait les prestations auxquelles il a droit réduites dans une trop forte mesure.

b. En second lieu, il convient de définir le cercle des preneurs d'assurance avec lesquels une caisse peut conclure un contrat d'assurance collective. La pratique a, en effet, démontré qu'une caisse à rayon d'activité limité ne peut sans inconvénients passer un contrat d'assurance collective avec n'importe quel preneur d'assurance en Suisse; la gestion de l'assurance de personnes n'ayant pas leur lieu de séjour dans le rayon d'activité entraîne des complications auxquelles ces caisses ne peuvent souvent faire face. Si l'on prévoyait que les caisses ne peuvent assurer collectivement que des personnes séjournant dans leur rayon d'activité, certains groupes de personnes ne pourraient plus être admis en bloc, ce qui ne répondrait pas aux besoins des preneurs d'assurance. En revanche, on peut éviter, dans une large mesure, les inconvénients que nous venons de signaler en n'autorisant les caisses à passer des contrats d'assurance collective qu'avec des preneurs d'assurance ayant leur siège, une succursale, un établissement ou une section dans leur rayon d'activité.

3. Enfin, un des grands problèmes que pose l'assurance collective est celui du sort réservé à l'assuré qui cesse, pour une raison ou pour une autre, d'être au bénéfice du contrat d'assurance collective. On ne peut admettre

qu'une personne ayant été parfois de longues années assurée par une caisse, à titre collectif, soit subitement privée de la protection offerte par l'assurance avant qu'elle ait épuisé son droit aux prestations. Cette cessation de l'assurance serait particulièrement choquante lorsque l'assurance collective prend fin en raison d'un fait indépendant de la volonté de l'assuré, soit, par exemple, de la dénonciation du contrat par le preneur d'assurance. A l'heure actuelle, les caisses-maladie sont donc tenues de garder dans l'assurance individuelle les personnes qui cessent d'être assurées collectivement.

Dans le projet de loi, nous avons prévu une solution un peu différente. Nous n'avons donné le droit de rester dans l'assurance individuelle qu'aux personnes qui séjournent de manière permanente dans le rayon d'activité de la caisse ou qui font partie de l'entreprise, de la profession ou de l'association professionnelle à laquelle la caisse limite son activité. Nous avons voulu éviter ainsi que, en raison du passage de l'assurance collective à l'assurance individuelle, il y ait une catégorie d'assurés individuels ne remplissant pas les conditions prévues par les statuts. Les assurés qui ne peuvent, de ce fait, passer dans l'assurance individuelle auront droit au libre passage comme nous l'avons indiqué à la deuxième partie, chapitre B, III, 2, c.

Quant aux prestations dont bénéficieront, dans l'assurance individuelle, les anciens assurés collectifs, elles devront, dans les limites de cette assurance, être les mêmes que celles qui leur étaient allouées jusqu'alors; telle est la pratique à l'heure actuelle.

## II. La surassurance

Il y a surassurance lorsque l'assuré reçoit une prestation supérieure au dommage qu'il subit, c'est-à-dire lorsqu'il réalise un gain. La surassurance incite particulièrement à avoir recours à l'assurance de façon injustifiée. C'est pourquoi, l'article 26 de la loi oblige les caisses à veiller à ce que l'assurance ne devienne pas une source de gain pour les assurés. Les caisses doivent, en outre, faire en sorte que l'assuré ne se rattache pas à plus de deux caisses.

1. Les circonstances ont contraint de renoncer, ces dernières années, à l'interdiction de l'assurance auprès de plus de deux caisses. Du fait que de nombreuses conventions collectives de travail obligent les employeurs à assurer leurs salariés contre la maladie, il arrive souvent que des salariés qui étaient assurés déjà auprès de deux caisses, par exemple dans l'une pour les soins médico-pharmaceutiques et dans l'autre pour une indemnité journalière, soient assurés dans une troisième caisse. Pour ne pas les forcer à sortir d'une de leurs anciennes caisses, on a admis en pareil cas, dans la pratique, l'assurance auprès de plus de deux caisses. Comme il n'en est pas résulté de difficultés notables, on peut supprimer de manière générale, à l'occasion de la présente revision, l'interdiction d'être assuré auprès de plus de deux caisses.

En revanche, la disposition selon laquelle l'assuré ne doit pas réaliser un gain du fait de l'assurance doit être maintenue. Il convient de la compléter par deux règles qui l'ont déjà précisée dans la pratique. L'une de ces deux règles concerne la façon dont les prestations doivent être réduites lorsque la surassurance provient de ce que l'assuré fait partie de plusieurs caisses. La seconde vise les cas où sont tenues à prestations, outre la caisse, l'assurance militaire, la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (caisse nationale), l'assurance-invalidité ou des assurances privées.

2. On doit se demander en outre, d'un point de vue plus général, s'il ne convient pas de prévoir dans la loi une disposition s'appliquant au cas où les institutions d'assurances sociales intéressées contestent leur obligation de verser des prestations; l'absence d'une telle disposition dans la loi actuelle a, en effet, fait naître des difficultés dans la pratique.

Il n'est pas rare qu'on se demande si un cas doit être, entièrement ou partiellement, à la charge de la caisse, de la caisse nationale, de l'assurance militaire ou de l'assurance-invalidité. En pareille occurrence, l'assuré court le risque de ne pas recevoir de prestations tant que l'affaire n'est pas éclaircie, ce qui peut lui causer de graves inconvénients. La caisse nationale et deux grandes fédérations de caisses ont tenté, par une convention-cadre à laquelle toute caisse peut adhérer, de supprimer ces difficultés: les caisses s'engagent, à certaines conditions, à verser provisoirement leurs prestations en cas de litige, la caisse nationale les leur remboursant s'il se révèle que le cas est à sa charge. Une convention du même genre vient d'être conclue entre l'assurance militaire et les fédérations de caisses.

Malheureusement, ces conventions n'ont pu jusqu'ici atteindre que partiellement leur but, parce que nombre de caisses n'y ont pas adhéré. Il faut donc prévoir dans la loi la possibilité pour le Conseil fédéral de régler la question de manière générale en disposant que l'un des assureurs susmentionnés est tenu, à certaines conditions et dans une mesure déterminée, de verser provisoirement ses prestations et que les autres devront les lui rembourser, le cas échéant. Comme les prestations des caisses sont en général inférieures à celles des autres assureurs, ce seront les caisses qui devront être tenues d'intervenir provisoirement. Si l'on forçait les autres assureurs à le faire, ils devraient, le cas échéant, réclamer à l'assuré le remboursement de la différence entre leurs prestations et celles des caisses, ce qui ne pourrait se faire en général sans grandes difficultés.

### III. La réassurance

L'assurance-maladie suisse est appliquée, non seulement par des caisses reconnues, mais aussi par des fédérations de réassurance reconnues, c'est-à-dire par des fédérations de caisses pratiquant uniquement la réassurance

de prestations des caisses qui leur sont affiliées. C'est l'assurance-tuberculeuse qui a provoqué la création de fédérations de réassurance; celles-ci sont dès lors, comme cette assurance, fondées actuellement sur l'article 15 de la loi sur la lutte contre la tuberculose. Comme cet article sera abrogé par la loi révisée — nous l'avons déjà relevé — il convient de donner aux fédérations de réassurance un fondement juridique dans la loi elle-même.

Cela est également nécessaire du fait que les fédérations de réassurance devront aussi continuer à permettre l'application d'autres assurances que l'assurance-tuberculeuse. Maintenant déjà, les caisses à petits effectifs ne peuvent souvent, du point de vue technique, étendre volontairement leurs prestations (durées de prestations plus longues, indemnités journalières élevées, assurance supplémentaire en cas d'hospitalisation) que par le moyen de la réassurance, celle-ci permettant de répartir les prestations élevées sur un beaucoup plus grand effectif. La réassurance peut se limiter à certaines prestations, par exemple à la partie de l'indemnité journalière qui dépasse 5, 10 ou 15 francs. En pareil cas, la caisse réassurée assure à ses propres risques 5, 10 ou 15 francs. De même, la réassurance peut ne jouer qu'après une certaine durée, le réassureur ne prenant en charge que les cas pour lesquels la caisse réassurée a déjà payé des prestations pendant une durée déterminée. La possibilité de la réassurance partielle a l'avantage que les caisses réassurées sauvegardent leur indépendance. Les petites caisses — nous l'avons déjà indiqué plus haut — devront à l'avenir, pour pouvoir verser les prestations prévues dans le projet, se réassurer vraisemblablement dans une mesure plus forte.

Dans la pratique, on a admis que non seulement des fédérations, mais aussi des caisses pratiquent la réassurance des prestations d'autres caisses. A l'occasion de la présente revision, ce principe doit être prévu dans la loi.

#### IV. Les tarifs

Comme nous l'avons indiqué dans l'introduction, les dispositions sur les relations entre médecins et caisses ne sont pas l'objet de la revision actuelle. Par conséquent, aucune modification quant au fond n'est apportée à la disposition relative à l'établissement des tarifs médicaux par les gouvernements cantonaux. En revanche, la présente revision donne l'occasion d'adapter les règles sur les tarifs des pharmaciens à la pratique en vigueur. En outre, la loi doit être complétée par des dispositions sur les tarifs des sages-femmes, du personnel paramédical, des laboratoires et des établissements hospitaliers, puisque le projet prévoit expressément les prestations de ces personnes ou institutions.

### 1. *Les tarifs des pharmaciens*

L'article 22 traite à la fois des tarifs des médecins et de ceux des pharmaciens. Selon cette disposition, les tarifs médicaux et pharmaceutiques sont fixés par les gouvernements cantonaux sur le préavis de représentants des caisses, ainsi que des associations professionnelles des médecins et des pharmaciens; les tarifs indiquent, pour chaque intervention du médecin et pour chaque médicament, le minimum et le maximum de la taxe, et les parties ne peuvent ni la majorer ni la réduire. En pratique, depuis des années, les gouvernements cantonaux adoptent pour base de leur tarif cantonal des médicaments le tarif joint à la liste des médicaments établie par le service fédéral de l'hygiène publique sur la proposition de la commission fédérale des médicaments.

Ce qui prédomine dans l'activité des pharmaciens, c'est la fourniture des médicaments, soit de produits, et non, comme pour les médecins, la prestation d'un service comme telle. Aussi les conditions locales ont-elles une moins grande influence sur les prix que sur le coût des soins médicaux. La solution la plus indiquée consiste à adopter un tarif valable pour toute la Suisse. La société suisse de pharmacie aussi bien que les fédérations de caisses sont favorables à un tarif fédéral.

Comme dans l'avant-projet de 1954, nous prévoyons donc que le Conseil fédéral, sur préavis des intéressés, fixera les taxes que les pharmaciens doivent appliquer pour la fourniture des médicaments pouvant être prescrits aux assurés, et pour la manipulation. Il fixera de même les taxes des analyses faites par les pharmaciens et les laboratoires.

Pour donner suite à une demande des pharmaciens, nous proposons que ces taxes soient considérées comme des minimums, et puissent être augmentées de 10 pour cent au plus par convention passée entre caisses et pharmaciens. Les préavis de quelques fédérations de caisses et de deux cantons proposaient que soit aussi prévue la possibilité d'une réduction de 10 pour cent. Dans la pratique, cependant, le tarif joint à la liste des médicaments est appliqué tel quel presque sans exception (tarif d'usage). Quelques augmentations seulement sont prévues par convention. Cette pratique étant entrée dans les mœurs, il est prévu d'indiquer dans la loi que le tarif de la liste des médicaments est un tarif minimal qui peut être augmenté dans de modestes limites par convention passée entre pharmaciens et caisses.

### 2. *Les tarifs des sages-femmes*

Comme les caisses seront tenues à l'avenir de couvrir aussi les frais d'assistance à la naissance par les sages-femmes, il faut fixer quels tarifs seront déterminants en la matière. Les relations entre caisses et sages-femmes, et par conséquent le tarif, doivent être en premier lieu réglés par

convention entre les intéressés, ce mode de faire étant le plus approprié pour tenir compte des circonstances.

D'autre part, il faut prévoir qui fixera les taxes lorsqu'aucune convention ne peut être conclue. Un tarif fédéral ne pourrait pas tenir compte de la diversité des conditions, de sorte qu'il paraît tout indiqué de donner aux gouvernements cantonaux la compétence d'édicter le tarif pour les sages-femmes, solution proposée aussi par l'association suisse des sages-femmes. Les taxes ainsi fixées en l'absence de convention seront obligatoires pour les sages-femmes.

### *3. Les tarifs du personnel paramédical*

Rien n'oblige à ne pas envisager pour le personnel paramédical le même système que pour les sages-femmes.

C'est pourquoi nous prévoyons que les taxes applicables pour les traitements auxquels procède le personnel paramédical seront fixées en premier lieu par convention passée entre ce personnel et les caisses, et que le gouvernement cantonal édictera un tarif en l'absence de convention. Ce tarif sera obligatoire, en l'absence de convention, pour le personnel paramédical qui traite des assurés.

### *4. Les tarifs des établissements hospitaliers*

Nous avons indiqué sous B, I, 1, b, que les prestations dues en cas de traitement dans un établissement hospitalier — et par conséquent les taxes correspondantes — seront fixées par convention passée entre caisses et établissements hospitaliers, la loi indiquant, cependant, les prestations minimales qui doivent être allouées par les caisses. Ces prestations devant être versées aussi en l'absence de convention, il faut déterminer qui, en pareil cas, fixera les taxes. Vu les grandes différences existant entre les cantons dans le domaine hospitalier, cette compétence ne peut être donnée qu'aux gouvernements cantonaux. Ceux-ci doivent pouvoir aussi fixer, en l'absence de convention, les taxes applicables pour le traitement ambulatoire en établissement hospitalier.

Vu les différences entre établissements hospitaliers, les gouvernements cantonaux doivent être tenus de prendre en considération, en fixant les taxes, les circonstances locales et le caractère spécial de l'établissement; ils devront aussi consulter les intéressés. Les taxes fixées par les gouvernements cantonaux seront, en ce qui concerne la salle commune, obligatoires pour les établissements qui acceptent des assurés dans cette division. Elles seront également obligatoires si des assurés sont traités ambulatoirement dans un établissement.

## TROISIÈME PARTIE

### Les effets financiers de la revision

Nous avons déjà relevé que le nouveau régime des subsides fédéraux s'accompagnait d'une augmentation des subsides surtout dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques. Les charges de la Confédération en matière d'assurance-maladie sociale s'accroîtront donc lors de l'entrée en vigueur de la loi révisée. Mais cet accroissement des subsides fédéraux ne compensera pas l'élévation des frais d'assurance découlant de l'extension des prestations. Les assurés devront couvrir eux-mêmes une part importante des frais supplémentaires. Nous avons procédé à des évaluations pour l'année 1963, année où la loi révisée pourrait entrer en vigueur, et les années suivantes. Ces évaluations reposent sur des bases de calcul au sujet desquelles nous donnons des explications au chapitre A. Après avoir, au chapitre B, donné des chiffres relatifs aux charges de la Confédération, nous fournirons dans le chapitre C quelques indications sur les effets financiers de la revision pour les caisses et les assurés.

#### A. LES BASES DE CALCUL

Pour pouvoir estimer les charges de la Confédération, il faut connaître principalement deux éléments de calcul, soit le nombre des assurés et le montant des subsides en francs. Dans la mesure où ce dernier est variable, il dépend de l'importance des frais d'assurance. Il convient donc d'établir des hypothèses en ce qui concerne aussi bien l'évolution des effectifs que l'évolution future des frais d'assurance. Ces frais donnent également des indications importantes sur les effets financiers de la revision pour les assurés eux-mêmes.

Actuellement, on dispose de données statistiques pour les années antérieures à 1959 et pour cette année-là. Pour 1960 et les années subséquentes, il faut se contenter d'évaluations. Celles-ci se fondent sur l'évolution effective de 1950 à 1959 et sur l'hypothèse que la revision entraînera dès 1963 une augmentation supplémentaire des frais de 10 pour cent en moyenne. Les évaluations s'étendent sur une période de cinq ans qui prend fin par conséquent avec l'année 1964. On peut, cependant, se faire ainsi une idée des effets de la revision pendant les deux premières années.

#### I. Les effectifs des assurés

##### 1. La densité de l'assurance

Comme l'assurance-maladie n'est pas obligatoire sur le plan fédéral, on ne peut pas admettre que les effectifs des assurés suivent une évolution parallèle à celle de la population. Alors qu'au début des années 50, environ 70-

pour cent de la population suisse étaient affiliés à une caisse, ce pourcentage a encore augmenté depuis lors. Sont comptées aussi bien les personnes assurées pour les soins médicaux et pharmaceutiques que celles qui le sont pour une indemnité journalière. Il faut cependant relever qu'une grande partie des personnes assurées pour une indemnité journalière sont comptées deux fois, ce que l'on ne peut éviter sans grandes complications administratives. C'est pourquoi, nous avons établi la densité de l'assurance, soit le nombre des assurés par 100 habitants, pour l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, d'une part, et pour l'assurance d'une indemnité journalière, d'autre part. Dans le premier cas, seulement, on obtient un chiffre exact, aucun assuré n'étant compté deux fois en fait.

Les tableaux 1 et 2 en annexe donnent des indications sur l'évolution de la densité de l'assurance, dans les deux genres d'assurance, de 1950 à 1959, de même que sur l'estimation de l'évolution future jusqu'en 1964. Les estimations relatives à la population de résidence se fondent sur le recensement de 1950, ainsi que sur les effectifs que le bureau fédéral de statistique détermine par la méthode progressive, année après année. Pour les assurés, il s'agit toujours de l'effectif annuel moyen. On a admis que la densité augmenterait encore dans l'avenir le plus proche. Mais l'évolution se ralentira, vraisemblablement, car la densité a une limite naturelle.

### *2. Les effectifs dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques*

Le tableau 3 en annexe montre l'évolution du nombre des personnes assurées pour les soins médicaux et pharmaceutiques, et cela séparément pour les hommes, les femmes et les enfants. Vu les hypothèses faites quant à l'évolution future de la densité de l'assurance, l'accroissement annuel du nombre des personnes assurées pour les soins médicaux et pharmaceutiques se réduira de 132 000 pour l'année 1959 à 70 000 pour l'année 1964. Il faut cependant compter qu'en 1963, au moment de l'entrée en vigueur de la loi révisée, il y aura environ 4,2 millions de personnes assurées pour les frais médicaux et pharmaceutiques.

### *3. Les effectifs dans l'assurance d'une indemnité journalière*

Dans l'assurance d'une indemnité journalière, lorsqu'une personne est assurée auprès de plusieurs caisses, chacune de celles-ci, conformément à l'article 35, 3<sup>e</sup> alinéa, du projet, recevra le subside par assuré. Il n'est donc pas nécessaire de se préoccuper du fait que des personnes sont comptées à double dans les calculs. Comme dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, les effectifs continueront à s'accroître dans l'avenir le plus proche. Mais l'augmentation sera ici aussi vraisemblablement moins forte. Alors qu'elle était encore de 67 000 en 1959, elle a été évaluée à 40 000 pour 1964

(cf. tableau 4 de l'annexe). En 1963, il devrait y avoir environ 2,7 millions de personnes assurées pour une indemnité journalière.

## II. Les frais d'assurance

### 1. Les frais médico-pharmaceutiques

Le tableau 5 en annexe indique la moyenne des frais médico-pharmaceutiques par homme, par femme et par enfant pour la période d'observation de 1950 à 1959, telle qu'elle ressort de la statistique de la morbidité établie chaque année par l'office fédéral des assurances sociales. Il s'agit des données relatives à plus de 500 caisses pratiquant l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, caisses auxquelles étaient affiliées en 1959 plus de 3,1 millions de personnes assurées pour ces soins. Comme il y a environ 3,7 millions de personnes assurées pour les soins médico-pharmaceutiques, les chiffres cités concernent beaucoup plus de 80 pour cent des assurés. Ils peuvent donc être considérés comme représentatifs. Les frais comprennent toutes les dépenses découlant pour les caisses des dispositions de leurs statuts relatives aux soins médicaux et pharmaceutiques. Sont seuls exceptés les frais pour accouchement, les frais pour tuberculose et les frais d'autres genres d'assurance.

Pour les années 1950 à 1959, on peut constater, dans toutes les catégories, une augmentation presque constante de la moyenne suisse des frais médico-pharmaceutiques. Les évaluations faites pour la période de cinq ans allant de 1960 à 1964 sont fondées sur cette évolution observée dans les années précédentes. Il a été admis que la moyenne des frais médicaux et pharmaceutiques s'élèverait par année de 2 fr. 50 pour les hommes, de 3 fr. 60 pour les femmes et de 1 fr. 50 pour les enfants, et pour toutes les catégories d'assurés ensemble, de 2 fr. 60. En outre, il faut ajouter à ces chiffres, dès 1963, les 10 pour cent d'augmentation admis du fait de l'entrée en vigueur de la loi révisée.

L'évolution des frais depuis 1950 ressort clairement si on l'exprime sous forme d'indices. La partie droite du tableau 5 en annexe indique donc les indices par rapport à l'année 1950. La moyenne des frais médico-pharmaceutiques chez les adultes s'est accrue de 1950 à 1959 jusqu'à plus de 150 pour cent (hommes: 155; femmes: 151). L'augmentation moyenne est donc de 5 à 6 points par an. Il faut s'attendre à une même augmentation pour la période de 1960 à 1964. Pour les enfants, l'évolution est un peu moins rapide. En 1959, l'indice est de 141,5 points. L'augmentation par rapport à 1950 est donc d'un peu plus de 40 pour cent, soit une augmentation moyenne de 4 points par année. L'évolution pour les 3 catégories d'assurés ensemble est naturellement comprise entre celle de la catégorie des adultes et celle de la catégorie des enfants. Du point de vue de l'indice, l'augmentation moyenne est de 5 points par an.

## 2. Les frais d'accouchement

Selon l'article 35, 2<sup>e</sup> alinéa, du projet, le montant du subside pour accouchement dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques dépend de la moyenne des frais médico-pharmaceutiques par accouchement. Le tableau 6 en annexe donne donc des indications sur l'évolution de ces frais. Celle-ci est tout à fait semblable à l'évolution dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques. L'augmentation de 1950 à 1959 est de 40 pour cent. Les chiffres en question sont repris de la statistique de la morbidité de l'office fédéral des assurances sociales, statistique qui concerne environ 90 pour cent des accouchements assurés. Les évaluations pour la période de 1960 à 1964 se fondent sur l'évolution des dix années précédentes, une augmentation de 10 pour cent dès 1963 étant aussi prise en compte ici.

## 3. Les frais pour tuberculose

La Confédération allouera des subsides aussi bien pour les prestations médico-pharmaceutiques que pour l'indemnité journalière versées en cas de tuberculose; les taux seront cependant différents selon le genre de prestations. C'est pourquoi, nous avons indiqué dans le tableau 7 en annexe les moyennes par assuré, et par an, pour les soins médico-pharmaceutiques, d'une part, et pour l'indemnité journalière, d'autre part. Comme on peut le constater d'après l'évolution de l'indice, les frais dans l'assurance-tuberculose vont en diminuant depuis 1952. En 1959, seulement, on constate une légère augmentation de la moyenne des frais médico-pharmaceutiques résultant de l'augmentation des prestations (contributions aux frais d'examens radiologiques) prévue lors de la revision de l'ordonnance I entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier de ladite année. Vraisemblablement, il ne s'agit là que d'un phénomène passager, de sorte que, pour la période de 1960 à 1964, nous avons compté, malgré tout, sur une tendance à la régression — moins marquée toutefois que jusqu'ici.

## 4. Frais médico-pharmaceutiques des invalides

Selon l'article 37 du projet, la Confédération rembourse aux caisses 50 pour cent des prestations médico-pharmaceutiques dont la durée ne peut, conformément aux articles 12, 4<sup>e</sup> alinéa, et 12<sup>ter</sup>, 2<sup>e</sup> alinéa, chiffre 1, lettre b, être imputée sur celle des prestations en cas de traitement dans un établissement hospitalier. Les frais en question sont donc des frais résultant du traitement d'invalides dans un établissement hospitalier. Nous manquons totalement de données suisses sur la morbidité des invalides. Selon des expériences faites à l'étranger, la morbidité des invalides est le double de celle des autres assurés. Comme il s'agit ici d'une estimation des charges probables de la Confédération, nous avons jugé prudent de compter une moyenne de 100 francs par an pour les séjours dans un établissement hospitalier, et cela pour environ 60 000 assurés.

### III. Le nombre des cas d'accouchement et des cas d'allaitement

Selon l'article 35, 2<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> alinéas, du projet, la Confédération alloue pour les frais d'accouchement des subsides calculés par accouchement, et rembourse les indemnités d'allaitement minimales versées par les caisses. Il est donc indispensable d'évaluer le nombre des cas d'accouchement et celui des cas d'allaitement.

Le tableau 8 en annexe, contient les chiffres relatifs à la période d'observation de 1950 à 1959. Les données sont reprises de statistiques générales, où il n'est pas fait de distinction entre les diverses combinaisons d'assurance (soins médico-pharmaceutiques seulement, indemnité journalière seulement, soins médico-pharmaceutiques et indemnité journalière). Alors que le nombre des accouchements par 100 assurées s'est stabilisé à 5, celui des cas d'allaitement se réduit d'année en année. Pour nos estimations, nous avons admis 5 accouchements et 2 cas d'allaitement par 100 femmes assurées.

## B. LES CHARGES DE LA CONFÉDÉRATION

### I. Les charges résultant de la revision

On peut déterminer les charges que la revision entraîne pour la Confédération en se fondant sur les bases de calcul que nous venons de mentionner, sauf en ce qui concerne les subsides supplémentaires de montagne. Au sujet de ces subsides, on peut relever ce qui suit : en 1959, la Confédération a versé 1,8 million de francs à titre de subsides supplémentaires de montagne. Ces subsides atteindront environ 2,5 millions de francs en 1963, étant donné que le montant maximal par assuré est porté à 21 francs. Dès lors, on peut évaluer les charges de la Confédération pour 1963 à 89 millions au total. Nous renvoyons au tableau 3\* ci-dessous en ce qui concerne la répartition de ce montant selon les divers éléments.

La somme annuelle de 89 millions de francs dépasse de 4 millions celle de 85 millions qui était mentionnée dans nos commentaires à l'appui des «Principes». Cette différence provient de quatre causes. Tout d'abord, 2,4 millions de francs résultent de ce que nous avons arrondi de 19 à 20 pour cent pour les femmes et de 29 à 30 pour cent pour les enfants les montants des subsides alloués dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques. En second lieu, la simplification intervenue dans les subsides pour l'assurance d'une indemnité journalière entraîne une charge supplémentaire de 0,2 million de francs ; 1,3 million de francs représentent les subsides pour accouchement en faveur des femmes assurées pour une indemnité journalière. Enfin, la somme de 0,1 million résulte du fait que le montant maximal du subside de montagne a été porté à 21 francs. Pour les détails, nous renvoyons aux explications données dans la deuxième partie, chapitre C, II, 4.f.

Les charges les plus importantes résultant de la revision sont incontestablement les subsides versés pour l'assurance des soins médico-pharmaceutiques (accouchement et tuberculose compris); ceux-ci s'élèvent à plus de 77 millions de francs. Cette somme se compose uniquement de subsides à montant variable, donc déterminés presque tous par les frais médico-pharmaceutiques de 1962. L'augmentation des frais médico-pharmaceutiques entraînée par la revision n'aura d'effet sur le montant des subsides qu'à partir de l'année suivant celle de l'entrée en vigueur de la loi révisée. Elle provoquera une élévation de 10 pour cent environ de ces subsides, en sus de l'évolution normale. Comme le montre le tableau 9 en annexe, les subsides fédéraux s'élèveront de 10 millions de francs de 1963 à 1964, c'est-à-dire qu'ils seront de 99 millions de francs au total. 8 des 10 millions résultent de l'augmentation extraordinaire des subsides que nous venons de mentionner. Les 2 autres millions sont l'effet de l'évolution des frais et de l'augmentation du nombre des assurés. Dès 1966, l'accroissement annuel des charges de la Confédération en raison de ces deux facteurs sera d'environ 2 à 3 millions de francs.

## II. Les charges de la Confédération selon le droit en vigueur

Les charges de la Confédération pour 1963 d'après le droit en vigueur sont indiquées dans le tableau 3\* ci-dessous; réparties autant que possible d'après les divers éléments des charges, elles s'élèvent au total à près de 62 millions de francs. Les subsides par assuré et les subsides pour accouchement selon le droit en vigueur ne peuvent être répartis en subsides pour les soins médicaux et pharmaceutiques et subsides pour l'indemnité journalière. En revanche, ils se décomposent en subsides ordinaires et subsides supplémentaires. Pour les subsides supplémentaires, nous nous sommes fondés sur l'arrêté fédéral du 14 décembre 1960.

## III. Les frais entraînés par la revision en comparaison avec ceux qui résultent du droit en vigueur

Le tableau 3\* ci-dessous indique dans quelle mesure les subsides fédéraux seront augmentés du fait de la revision, au total et pour les divers éléments des charges. Pour les détails, nous renvoyons aux explications données sous chiffre I et II.

Les charges de la Confédération seront en 1963 de 89 millions de francs au total, au lieu de 62 millions de francs. Par conséquent, les charges supplémentaires entraînées pour la Confédération par la revision seront de 27 millions de francs, ce qui correspond à une augmentation des subsides fédéraux de plus de deux cinquièmes. L'influence de cette augmentation sur la situation financière des caisses ne sera cependant pas si importante. Ainsi qu'on peut s'en rendre compte par le tableau 10 en annexe, les subsides fédéraux

jusqu'en 1962 représentent environ 10 pour cent de l'ensemble des recettes des caisses. Dès 1963, ils en représenteront de façon permanente environ 12 à 13 pour cent.

**Les charges de la Confédération selon le droit en vigueur  
et selon le projet de loi**

1963

Tableau 3\*

Eléments des charges	Charge annuelle en millions de francs	
	Droit en vigueur (1)	Projet de loi
1. Subsidés pour les soins médico-pharmaceutiques	48,0	62,6
2. Subsidés pour l'indemnité journalière . . . . .		5,4
3. Subsidés pour accouchement		
a. Soins médico-pharmaceutiques . . . . .	3,8	6,3
b. Indemnité journalière . . . . .		1,3
4. Subsidés pour prestations en cas de tuberculose	8,0	8,2
5. Subsidés pour soins médico-pharmaceutiques des invalides . . . . .	—	3,0
6. Subsidés supplémentaires de montagne . . . . .	1,9	2,5
<b>Total</b>	<b>61,7</b>	<b>89,3</b>

(1) Y compris les subsidés supplémentaires prévus par l'arrêté fédéral du 14 décembre 1960.

**C. LES EFFETS FINANCIERS DE LA REVISION  
POUR LES CAISSES ET LES ASSURÉS**

Les effets financiers du projet de revision peuvent être très différents pour les assurés selon la caisse à laquelle ils appartiennent. Cela provient de ce que les 1100 caisses environ allouent des prestations très diverses. Entre les prestations les plus larges et les prestations minimales prévues par la loi, il existe dans les caisses d'innombrables variations et combinaisons de prestations quant à la nature et à la durée. Il va de soi que l'extension des pres-

tations minimales prévues par le projet entraînera l'augmentation de frais la plus haute en pourcentage dans les caisses qui accordaient jusqu'ici le moins de prestations facultatives. A l'opposé, les diverses caisses qui versent déjà des prestations égales ou même supérieures aux prestations minimales du projet ressentiront à peine les effets de la revision quant aux frais d'assurance. Pour juger des effets financiers du projet pour les assurés, il faut ne pas avoir en vue ces cas extrêmes, mais se limiter aux effets qui pourront se faire sentir en moyenne dans des conditions déterminées. De tels modèles de calcul ne doivent cependant pas être généralisés et ne sont valables que dans les limites des hypothèses faites.

### I. Effets sur la situation financière des caisses

Tout d'abord, nous examinerons les effets financiers pour les assurés en nous fondant sur l'évolution moyenne à laquelle il faut s'attendre. A cette fin, nous avons établi la situation financière annuelle des caisses, selon les divers éléments des recettes et des dépenses, jusqu'en 1964, soit y compris les deux années suivant l'entrée en vigueur de la loi révisée (cf. tableaux 9 à 12 de l'annexe). Dans la mesure où il n'était pas possible de se fonder, pour estimer les divers éléments, sur les bases de calcul indiquées au chapitre A de la présente partie (indemnités journalières, frais administratifs, subsides de cantons, etc.), les chiffres pour 1960 à 1964 ont été déterminés par une méthode d'extrapolation linéaire. Dans le tableau 13 de l'annexe, l'évolution du pourcentage de la fortune par rapport aux dépenses annuelles est indiqué également jusqu'en 1964. Nous avons admis que jusqu'en 1962 ce pourcentage pouvait être maintenu à son niveau de 1959, soit à 61 pour cent en chiffre rond. La revision entraînera une augmentation extraordinaire des dépenses en 1963 de 10 pour cent d'après nos évaluations. A ce moment-là, il sera donc inévitable que ledit pourcentage diminue. Même si le total des versements des assurés s'élève simultanément, non de 8 pour cent comme à l'ordinaire, mais de 10 pour cent, le rapport entre les dépenses et la fortune tombera à 58 pour cent en 1963. Il ne remontera à 62 pour cent en 1964, dans les hypothèses faites, que si les versements des assurés augmentent à nouveau d'environ 9 pour cent.

Cet exemple d'évolution montre clairement que les caisses devront continuer, après la revision, à surveiller leur évolution financière malgré le nouveau régime des subsides fédéraux et leur amélioration. En particulier, l'augmentation constante des frais nécessitera de façon permanente un renforcement proportionnel des réserves. Les caisses ne pourront se procurer les moyens nécessaires à cette fin qu'auprès des assurés (cotisations des assurés, participations aux frais).

## II. Les effets individuels

De même que l'extension des prestations varie de caisses à caisse, de même les effets de la revision seront-ils très différents pour les assurés selon la caisse à laquelle ils appartiennent. C'est sous cette réserve qu'il faut examiner la tentative que nous avons faite de donner une idée de la situation à l'aide de moyennes.

1. Dans le tableau 4\* ci-dessous, nous avons opposé les chiffres relatifs à l'assurance des soins médico-pharmaceutiques selon le droit en vigueur, et après la revision tels qu'ils seraient pour les assurés d'une «caisse-type» dont la moyenne des frais médico-pharmaceutiques a correspondu jusqu'ici à la moyenne suisse et s'élèverait de 10 pour cent au moment de l'entrée en vigueur de la loi révisée selon notre hypothèse. Nous avons fait cette comparaison pour 1963 et séparément pour un homme, une femme et un enfant. Les frais ne comprennent pas ceux de tuberculose et d'accouchement, puisque des subsides fédéraux spéciaux sont alloués pour les prestations en cas de tuberculose et celles en cas d'accouchement. Nous avons, d'autre part, admis que, puisqu'elle ne peut être prélevée en cas de traitement hospitalier, la participation de l'assuré aux frais ne représenterait plus, après la revision, que 14 pour cent de l'ensemble des frais médico-pharmaceutiques, alors qu'elle est de 18 pour cent selon le droit en vigueur.

Comme le montre le tableau 4\*, les cotisations dans cette «caisse-type» passent, lors de l'entrée en vigueur de la loi révisée, de 70 francs à 77 fr. 30 pour les hommes, soit une augmentation de 10 pour cent, de 89 fr. 80 à 97 fr. 20 pour les femmes, soit une augmentation de 8 pour cent, et de 45 fr. 20 à 48 fr. 40 pour les enfants, soit une augmentation de 7 pour cent. Ces chiffres font apparaître, en outre, qu'après la revision, les cotisations constitueront une part plus importante des versements des assurés, les participations diminuant. Les cotisations, avant la revision, représentaient 82 à 84 pour cent des versements des assurés, elles en représenteront ensuite 85 à 87 pour cent.

En général, les caisses prélèvent dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques des cotisations comprenant le supplément pour les prestations en cas de tuberculose et les prestations en cas d'accouchement. Pour la «caisse-type», il faudrait donc ajouter encore les frais nets d'accouchement et de tuberculose, soit les frais sous déduction des subsides fédéraux spéciaux. Il y aurait lieu dès lors d'ajouter 2 francs par assuré pour les prestations en cas de tuberculose et — pour les femmes seulement — 5 francs pour les prestations en cas d'accouchement. La cotisation pour les hommes serait de ce fait portée à 79 fr. 30 et celle des femmes à 104 fr. 20, soit à beaucoup plus de 125 pour cent de celle des hommes. En admettant que la «caisse-type» comprenne autant d'hommes que de femmes, la disposition selon laquelle la différence entre les cotisations des femmes et celles des

**Les charges annuelles par assuré  
dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques  
selon le droit en vigueur et selon le projet de loi**

1963

Montants en francs

Tableau 4\*

Éléments des frais	Estimation selon	
	Droit en vigueur <sup>(1)</sup>	Projet de loi <sup>(1)</sup>
par homme		
Frais médico-pharmaceutiques . . . . .	76.80	84.50
Frais d'administration . . . . .	12.—	12.—
Frais bruts . . . . .	88.80	96.50
Subside fédéral . . . . .	5.—	7.40
Versements des assurés . . . . .	83.80	89.10
Répartition		
Participation . . . . .	13.80	11.80
Cotisation . . . . .	70.—	77.30
par femme		
Frais médico-pharmaceutiques . . . . .	113.20	124.50
Frais d'administration . . . . .	12.—	12.—
Frais bruts . . . . .	125.20	136.50
Subside fédéral . . . . .	15.—	21.90
Versements des assurés . . . . .	110.20	114.60
Répartition		
Participation . . . . .	20.40	17.40
Cotisation . . . . .	89.80	97.20
par enfant		
Frais médico-pharmaceutiques . . . . .	55.70	61.30
Frais d'administration . . . . .	12.—	12.—
Frais bruts . . . . .	67.70	73.30
Subside fédéral . . . . .	12.50	16.30
Versements des assurés . . . . .	55.20	57.—
Répartition		
Participation . . . . .	10.—	8.60
Cotisation . . . . .	45.20	48.40
(1) Sans frais pour accouchement et tuberculose.		

hommes ne peut être supérieure à 25 pour cent entraîne une augmentation de la cotisation des hommes jusqu'à 81 fr. 60 et une diminution de celle des femmes jusqu'à 102 francs. Les hommes paient donc une cotisation de solidarité de 2 fr. 30.

Notre exemple montre également l'effet qu'aurait la disposition, demandée par divers préavis, selon laquelle les frais supplémentaires entraînés par les femmes devraient être, au delà de ce qui est couvert par une différence de cotisation de 25 pour cent, compensés par des subsides fédéraux pour les femmes proportionnellement plus élevés. En l'occurrence, la « caisse-type » ne pourrait renoncer à réclamer aux hommes des cotisations de solidarité que si le subside pour les femmes était supérieur d'au moins 5 francs. Ce montant équivalait à la charge nette admise pour les prestations pour accouchement, c'est-à-dire qu'en l'espèce on mettrait à la charge de la Confédération tous les frais d'accouchement.

2. Dans l'assurance d'une indemnité journalière, il faut se fonder sur le fait qu'à l'heure actuelle la grande majorité des assurés ont droit aux prestations pendant au moins 360 jours compris dans 540 jours consécutifs. Le passage de cette durée de prestations à celle qui est prévue dans le projet (720 jours dans 900 jours consécutifs) entraînera une augmentation des frais de 7 à 8 pour cent. Les caisses qui, jusqu'ici, ont pu se contenter d'une cotisation annuelle de 12 francs par franc d'indemnité journalière assuré devront, après la revision, porter cette cotisation à 13 francs tout au plus.

Dans l'assurance d'une indemnité journalière, il faut tenir compte en outre, du fait que le minimum de cette indemnité est porté par le projet à 2 francs. Cette mesure n'aura cependant d'importance que pour les personnes assurées jusqu'ici seulement pour une indemnité de 1 franc, c'est-à-dire, d'après nos évaluations, un cinquième des personnes assurées pour une indemnité journalière. Ces assurés devront, du fait de la revision, payer à l'avenir une cotisation proportionnellement plus élevée.

Nous tenons à faire encore une remarque sur la différence des cotisations selon le sexe dans l'assurance d'une indemnité journalière. Dans ce genre d'assurance, le montant de la cotisation dépend en premier lieu de la moyenne des jours de maladie par assuré et par an. Cette moyenne pour l'ensemble de la Suisse n'a pas changé en pratique depuis des années, et elle est à peu près la même pour les hommes et pour les femmes, compte non tenu des cas d'accouchement. Si l'on prend ces cas en considération, la charge représentée par les femmes est d'environ 5 pour cent supérieure à celle que représentent les hommes. Le fait que le projet porte de 6 à 10 semaines la durée des prestations en cas d'accouchement entraînera une augmentation supplémentaire de 2 à 3 pour cent, de sorte qu'après la revision, les charges occasionnées par les femmes dans l'assurance d'une indemnité journalière seront de 7 à 8 pour cent supérieures à celles qui sont entraînées par les hommes. Cette

différence peut être compensée sans difficulté dans les limites autorisées par le projet pour l'échelonnement des cotisations selon le sexe.

3. Dans nos exemples, nous n'avons tenu compte nulle part d'un supplément pour la constitution de réserves, et cela aussi bien pour les cotisations prévues avant la revision que pour celles qui sont prévues après la revision. Si la «caisse-type» avait prélevé jusqu'ici un supplément de 5 à 10 pour cent pour la constitution de réserves appropriées, un supplément de cet ordre de grandeur sera suffisant à l'avenir. Ce supplément reste le même, de sorte que les constatations que nous avons faites sous chiffres 1 et 2 quant au pourcentage d'augmentation des cotisations lors de l'entrée en vigueur de la loi révisée dans une telle caisse gardent toute leur valeur. En revanche, les caisses qui, jusqu'ici, se sont trop peu préoccupées de la constitution de réserves devront, après la revision, prévoir une augmentation supplémentaire des cotisations. Celle-ci peut varier beaucoup, et dépend en premier lieu de la situation financière de chaque caisse.

## *QUATRIÈME PARTIE*

### **Remarques relatives aux articles de la loi**

#### **I. L'allégement des conditions d'admission**

##### Article 5, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> alinéas

L'article 5 de la loi porte le titre de «droit à l'affiliation» et prévoit, à son premier alinéa, le droit de tout citoyen suisse à l'admission dans une caisse, dans les limites des conditions fixées par les statuts. Il est donc naturel que cet article énonce les divers principes que nous avons indiqués dans la deuxième partie, chapitre B, II, et qui constituent des restrictions à la liberté des caisses de fixer n'importe quelle condition d'admission.

Le nouveau 3<sup>e</sup> alinéa pose le principe de l'interdiction du refus pur et simple pour raison de santé ou pour grossesse. La pratique actuelle interdit déjà aux caisses de refuser d'admettre des femmes enceintes, mais il paraît indispensable de prévoir cette interdiction dans la loi. La deuxième phrase de l'alinéa traite des conditions auxquelles des réserves peuvent être prévues. Enfin, la troisième phrase fixe la durée de validité des réserves.

Le nouveau 4<sup>e</sup> alinéa prévoit l'interdiction des nouvelles réserves au passage de l'assurance infantile à l'assurance des adultes de la même caisse; nous renvoyons également à ce propos à la deuxième partie, chapitre B, II.

## II. L'assurance collective

### Article 5 bis

Comme l'article 5 de la loi traite du droit à l'affiliation en général, il paraît indiqué de prévoir les dispositions sur l'assurance collective dans un article 5 bis nouveau, l'affiliation collective étant un genre particulier d'affiliation.

Le 1<sup>er</sup> alinéa donne aux caisses la possibilité de conclure des contrats relatifs à l'assurance de groupes de personnes (assurance collective). Les caisses doivent cependant avoir reçu à ce sujet une autorisation expresse de l'autorité de surveillance, car seule une caisse offrant la sécurité financière nécessaire à cet effet et étant organisée administrativement en conséquence peut être admise à pratiquer l'assurance collective.

Le 2<sup>e</sup> alinéa exige une juste proportion entre les prestations de l'assurance collective et celles de l'assurance individuelle; nous avons donné des explications à ce sujet à la deuxième partie, chapitre E, I, 2, a. Conformément à la pratique actuelle, les caisses auront la compétence de fixer comme elles l'entendent les droits et obligations corporatifs (droit de vote, droit d'être élu comme membre des organes de la caisse, obligation de participer aux assemblées générales, etc.). Les assurés collectifs, au contraire des assurés individuels, ne sont très souvent liés à la caisse que de manière provisoire. Les caisses doivent, dès lors, avoir la possibilité de régler selon leurs besoins les rapports de ces assurés avec elles.

Le 3<sup>e</sup> alinéa définit le cercle des preneurs d'assurance avec lesquels les caisses peuvent conclure des contrats. Nous avons donné des explications à ce propos dans la deuxième partie, chapitre E, III, 2, b.

Au 4<sup>e</sup> alinéa sont indiqué les cas où le passage de l'assurance collective à l'assurance individuelle est garanti lorsque l'assuré cesse d'appartenir au cercle des personnes auxquelles s'étend une assurance collective ou lorsque le contrat d'assurance collective prend fin. Nous avons déjà donné dans la deuxième partie, chapitre E, I, 3, des explications à ce sujet, de même qu'à propos de l'obligation pour la caisse de garantir, dans les limites que permet l'assurance individuelle, les mêmes prestations que précédemment à l'assuré qui passe de l'assurance collective à l'assurance individuelle. Cette obligation ne vaut que sous réserve de surassurance au sens de l'article 26. Les caisses ont non seulement le droit mais aussi le devoir de réduire les prestations dans la mesure où cela est nécessaire pour éviter la surassurance.

Le 5<sup>e</sup> alinéa donne au Conseil fédéral la compétence d'édicter des dispositions de détail sur l'assurance collective. Il s'agira avant tout de dispositions sur le rapport entre les prestations de l'assurance collective et celles de l'assurance individuelle, les délais pour le passage dans l'assurance individuelle, le calcul des cotisations, l'effet du retard dans le paiement des coti-

sations, d'éventuelles indemnités pour frais d'administration prévues en faveur des preneurs d'assurance, ainsi que sur les délais de résiliation des contrats.

### III. Les cotisations

#### Article 6bis

Le 1<sup>er</sup> alinéa contient diverses dispositions sur le financement que nous avons déjà commentées dans la deuxième partie, chapitre C, I, 2 et 3, et qui sont reprises de la pratique; citons, surtout, l'obligation de distinguer entre les cotisations pour l'assurance des soins médico-pharmaceutiques et les cotisations pour l'assurance d'une indemnité journalière (jusqu'ici on s'est efforcé d'obtenir des caisses qu'elles fassent cette distinction). Si une caisse pratique d'autres genres d'assurance (art. 3, 5<sup>e</sup> al.), elle doit prévoir à cette fin, comme actuellement, un financement spécial et veiller à ce que son équilibre financier ne soit pas menacé de ce fait. Cela résulte de l'article 3, 4<sup>e</sup> alinéa, de la loi, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de prévoir une nouvelle disposition à ce propos. Comme il ressort de nos explications sur la méthode de financement, données dans la deuxième partie, nous estimons que, comme jusqu'ici, dans l'assurance-maladie, les réserves doivent être égales en principe au montant des dépenses annuelles. L'expression «réserves nécessaires» employée au 1<sup>er</sup> alinéa est assez large pour permettre des dérogations à ce principe dans des cas spéciaux selon la nature du risque assuré. Nous avons en vue, par exemple, l'assurance d'une indemnité au décès qui, comme cela a été le cas jusqu'ici, doit être pratiquée selon un système de capitalisation (bilan en caisse fermée). En pareil cas, les réserves nécessaires devront sans aucun doute être supérieures aux dépenses annuelles.

Les dispositions du 2<sup>e</sup> alinéa correspondent à la pratique actuelle. En ce qui concerne la différence entre les cotisations des hommes et celles des femmes, nous renvoyons aux explications données dans la deuxième partie, chapitre C, I, 3, a.

Le 3<sup>e</sup> alinéa prévoit la possibilité de régler les cas dans lesquels, lors de la fixation des cotisations, le principe de la mutualité ne doit jouer qu'un rôle de second plan, par exemple pour des raisons de protection de la famille. Il s'agit de permettre aux caisses de faciliter l'assurance des familles et des mineurs (deuxième partie, chapitre C, I, 3, d) mais aussi de rendre possible, dans l'assurance de tout le personnel d'une entreprise, la perception de cotisations de solidarité auprès des personnes de situation aisée en faveur des personnes financièrement plus faibles.

### IV. Le libre passage

Les améliorations que, conformément aux explications données à la deuxième partie, chapitre B, III, nous proposons d'apporter aux dispositions sur le libre passage rendent nécessaire une révision de la plupart des alinéas des articles 7 à 10 de la loi. D'autres alinéas doivent être adaptés à

des articles revisés de la loi. D'autres enfin doivent être abrogés. Quelques-uns seulement gardent leur forme actuelle. Dans ces conditions, on ne saurait insérer les nouvelles dispositions entre lesdits alinéas restants. Pour plus de clarté, nous avons rédigé entièrement à nouveau les articles 7 à 10 de la loi.

#### Article 7

Le 1<sup>er</sup> alinéa indique le nouveau délai à l'expiration duquel naît le droit au libre passage; d'autre part, il énumère de façon exhaustive les faits donnant lieu au libre passage; nous renvoyons à ce propos à la deuxième partie, chapitre B, III, 1 et 2. Par changement du lieu de résidence donnant droit au libre passage, on entend, non seulement le changement de domicile de droit civil, mais aussi le fait pour l'assuré de quitter un endroit où il a séjourné effectivement pendant une durée assez longue. Le 2<sup>e</sup> alinéa concerne le cas que nous avons mentionné au chiffre 3 dudit chapitre, soit celui où un assuré est contraint par les conditions d'engagement de s'affilier à une autre caisse.

#### Article 8

Cet article contient les règles spéciales sur le libre passage des assurés des caisses d'entreprises et des caisses d'associations professionnelles (voir à ce sujet deuxième partie, chapitre B, III, 4).

Au 1<sup>er</sup> alinéa est indiqué l'âge jusqu'auquel les intéressés ont droit au libre passage.

Le 2<sup>e</sup> alinéa détermine quand prend naissance le droit au libre passage, lorsque l'assuré n'ayant pas atteint ledit âge est malade au moment où se produit le fait donnant droit au libre passage.

Le 3<sup>e</sup> alinéa prévoit une réglementation analogue pour les femmes qui, lorsque se produit le fait donnant droit au libre passage, sont enceintes ou bénéficient des prestations pour maternité. Ces règles valent aussi pour les femmes qui quittent une assurance collective, parce qu'elles ont besoin de la même protection que celles qui sortent d'une caisse d'entreprise ou d'une caisse d'une association professionnelle.

Le 4<sup>e</sup> alinéa a trait au droit subsidiaire, soit au droit qu'a l'assuré de rester dans la caisse lorsqu'il ne peut bénéficier du libre passage. La caisse doit lui garantir les mêmes prestations que jusqu'alors, mais cela, naturellement, sous réserve de surassurance au sens de l'article 26 de la loi; si l'assurance procure un gain à l'assuré, la caisse doit réduire ses prestations en conséquence.

#### Article 9

Le 1<sup>er</sup> alinéa groupe les dispositions actuelles selon lesquelles, d'une part, les conditions d'admission relatives à l'état de santé et à l'âge maximal ne sont pas opposables au passant et, d'autre part, le passant est dispensé du stage et ne paie pas de droit d'entrée.

Le 2<sup>e</sup> alinéa contraint les caisses de garantir au passant, dans les limites de leurs statuts, les prestations qui lui étaient assurées précédemment. Ce qui signifie qu'en principe la nouvelle caisse doit assurer les mêmes prestations que celles qui étaient allouées par l'ancienne, mais qu'elle n'a pas cependant à aller au delà des prestations qu'elle garantit aux autres assurés dans l'assurance individuelle. Par exemple, si la caisse verse au maximum une indemnité journalière de 10 francs, elle doit assurer le passant au plus pour cette indemnité, même si une indemnité plus élevée lui était garantie auparavant. En outre, l'interdiction de la surassurance au sens de l'article 26 de la loi trouve ici aussi, son application. La caisse doit donc, même dans les limites de ses statuts, n'assurer le passant que pour les prestations qui ne lui permettent pas de se procurer un gain d'assurance.

En ce qui concerne le 3<sup>e</sup> alinéa, qui a trait aux cotisations des passants, nous renvoyons à la deuxième partie, chapitre B, III, 6.

Le 4<sup>e</sup> alinéa reprend la règle actuelle selon laquelle la nouvelle caisse peut imputer sur la durée des prestations que ses statuts prévoient les jours pendant lesquels le passant a bénéficié des prestations de caisses précédentes. Cette règle, vu le nouveau 3<sup>e</sup> alinéa de l'article 5, est complétée par le droit de maintenir les réserves. Comme, en pareil cas, il s'agit non pas d'une nouvelle réserve, mais du maintien d'une réserve existante, celle-ci devient caduque après une durée de cinq ans en tout.

#### Article 10

Le 1<sup>er</sup> alinéa contient une disposition qui, bien que se trouvant actuellement dans une ordonnance d'exécution, doit, par sa nature, figurer dans la loi; elle fixe le délai dans lequel le passant doit faire valoir son droit; à l'expiration de ce délai, le droit est prescrit.

Au 2<sup>e</sup> alinéa, il est prévu, comme dans le droit actuel, que le passant doit remplir toutes les conditions d'admission fixées par les statuts, hormis celles d'âge et de santé, pour pouvoir entrer dans une caisse. Pour des raisons qu'il n'est pas besoin d'expliquer longuement, le passant, comme jusqu'ici, ne pourra faire valoir son droit à l'égard des caisses ne groupant que des assurés déterminés (caisses d'entreprises, caisses professionnelles et caisses d'associations professionnelles) que s'il appartient au cercle de ces assurés. Certes, une disposition actuelle permet aux passants de faire aussi valoir leur droit à l'égard de ces caisses s'ils n'en trouvent pas une autre à leur lieu de domicile, mais cette disposition peut être supprimée car il existe aujourd'hui dans toute la Suisse des caisses qui acceptent les candidats quels qu'ils soient.

#### V. Les prestations d'assurance

L'extension des prestations minimales exige des dispositions plus détaillées que jusqu'ici, dispositions qu'on trouvera dans quatre articles du projet: soins médico-pharmaceutiques (art. 12), indemnité journalière (art. 12bis),

prestations en cas de tuberculose (art. 12<sup>ter</sup>), prestations en cas de maternité (art. 14).

## Article 12

Le 1<sup>er</sup> alinéa distingue tout d'abord entre assurance des soins médico-pharmaceutiques et assurance d'une indemnité journalière. Les alinéas suivants concernent uniquement l'assurance des soins médico-pharmaceutiques.

Le 2<sup>e</sup> alinéa fixe la nature des prestations en cas de traitement ambulatoire, de séjour dans un établissement hospitalier ou de cure balnéaire.

Le 3<sup>e</sup> alinéa détermine la durée des prestations en cas de traitement ambulatoire.

Le 4<sup>e</sup> alinéa, première phrase, fixe la durée des prestations en cas de traitement hospitalier et de cure balnéaire. A la deuxième phrase du 4<sup>e</sup> alinéa figure la disposition selon laquelle la durée des prestations médico-pharmaceutiques versées aux rentiers de l'assurance-invalidité et aux mineurs hospitalisés de façon ininterrompue depuis plus de 360 jours ne peut être imputée sur celle des prestations médico-pharmaceutiques en cas de traitement hospitalier. Voir à ce sujet nos explications dans la deuxième partie, chapitre B, I, 1 et 4.

Le 5<sup>e</sup> alinéa donne au Conseil fédéral la compétence d'indiquer, après consultation d'une commission de spécialistes, ce qu'il faut entendre par traitement médical et par traitements scientifiquement reconnus appliqués par le personnel paramédical, aussi bien en cas de traitement ambulatoire qu'en cas de traitement hospitalier; en outre, le Conseil fédéral doit fixer quelles seront les contributions à verser par les caisses, pour les frais d'autres soins en cas de traitement hospitalier et pour les frais en cas de cure balnéaire prescrite par un médecin. Nous avons traité de ces questions à la deuxième partie, chapitre B, I, 1.

Dans ce chapitre, nous avons également indiqué qu'à l'avenir aussi les médicaments choisis seraient répartis en deux catégories: les médicaments obligatoirement à la charge des caisses, d'une part, et ceux dont la prise en charge est recommandée aux caisses à titre de prestation volontaire. Dans la première catégorie seront classés, comme jusqu'ici, en premier lieu les médicaments autorisés pour la prescription aux frais des caisses, ainsi que certaines spécialités et certains médicaments confectionnés. La deuxième catégorie groupera les spécialités scientifiquement reconnues et les médicaments confectionnés dont il paraît, compte tenu des conséquences économiques, que les caisses peuvent supporter la charge en sus de celle des médicaments de la première catégorie.

### Article 12bis

Le 1<sup>er</sup> alinéa porte le minimum de l'indemnité journalière à deux francs.

Comme nous l'avons indiqué à la deuxième partie, chapitre B, I, 2, dans l'intérêt des femmes exerçant une activité lucrative, il ne faut pas que les conditions d'admission dans les classes d'indemnité journalière diffèrent selon le sexe. Ce principe est énoncé au 2<sup>e</sup> alinéa. Le même alinéa modifie la règle actuelle selon laquelle les enfants ne peuvent être assurés pour une indemnité journalière avant l'année dans laquelle ils atteignent l'âge de 14 ans, en l'adaptant à la loi fédérale du 24 juin 1928 sur l'âge minimum des travailleurs, c'est-à-dire en indiquant que les enfants ne peuvent être assurés pour une indemnité journalière avant d'avoir 15 ans révolus.

Le 3<sup>e</sup> alinéa fixe la nouvelle durée de prestations à 720 jours compris dans 900 jours consécutifs. Pendant cette durée, les caisses sont tenues d'allouer l'indemnité minimale de deux francs par jour.

Le 4<sup>e</sup> alinéa prévoit une amélioration importante de l'assurance dont nous n'avons pas parlé en traitant de l'indemnité journalière à la deuxième partie, chapitre B, I, 2. Selon la pratique en vigueur, lorsque les caisses ne versent, pour éviter la surassurance, qu'une indemnité réduite, elles peuvent imputer un jour plein sur la durée des prestations à la condition que le montant versé par jour soit égal au minimum fixé par la loi, soit 1 franc. Selon le projet, les caisses ne pourront en pareil cas imputer sur la durée que le nombre des jours égal au quotient que l'on obtient en divisant la somme des indemnités versées par le montant de l'indemnité journalière assurée. Cette règle est la même que celle qui est appliquée actuellement dans l'assurance-tuberculose pour les indemnités journalières.

### Article 12ter

Puisque les prestations en cas de tuberculose seront désormais obligatoirement à la charge des caisses, il convient d'ajouter un nouvel article à la loi. Il s'impose d'insérer les dispositions sur ces prestations spéciales après celles qui traitent des prestations ordinaires, soit à l'article 12ter.

Le 1<sup>er</sup> alinéa indique quelles sont les prestations qui doivent être versées en cas de tuberculose.

Le 2<sup>e</sup> alinéa fixe la durée des prestations médico-pharmaceutiques, en cas de traitement ambulatoire, d'une part, et en cas de traitement hospitalier, d'autre part.

Le 3<sup>e</sup> alinéa prévoit, comme pour les prestations ordinaires, qu'aucune imputation ne pourra être faite sur la durée des prestations pour tuberculose en cas de traitement hospitalier tant que l'assuré reçoit une rente de l'assurance-invalidité ou tant qu'un assuré mineur ne recevant pas de rente de

l'assurance-invalidité continue à séjourner de manière ininterrompue en établissement hospitalier après avoir suivi un traitement hospitalier de 360 jours consécutifs. La durée des prestations en cas de tuberculose ne pourra pas non plus être imputée sur celle des prestations ordinaires, ce qui est une amélioration par rapport au droit en vigueur, qui permet l'imputation d'un certain laps de temps.

Le 4<sup>e</sup> alinéa donne au Conseil fédéral la compétence d'édicter des dispositions sur les conditions du droit aux prestations en cas de tuberculose et également de régler en détail les prestations. On ne peut, en effet, déterminer dans la loi que de façon générale les prestations médico-pharmaceutiques en cas de tuberculose. Comme jusqu'ici, le Conseil fédéral doit avoir la compétence de régler les détails pour que les contributions aux frais de cure puissent être, au besoin, modifiées en considération des taxes des établissements pour tuberculeux et pour que les règles sur les traitements spéciaux à prendre en charge par les caisses puissent être adaptées à l'état de la science médicale. Le Conseil fédéral devra également fixer les conditions auxquelles les prestations pour tuberculeux doivent être accordées en cas de traitement ambulatoire.

#### Article 13

L'article 13 actuel traite dans ses 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> alinéas du stage et du délai d'attente; aucune revision n'intervient sur ces points. En revanche, le 3<sup>e</sup> alinéa prévoit les durées minimales des prestations figurant dans le projet aux articles 12, 4<sup>e</sup> alinéa (soins médico-pharmaceutiques) et 12*bis*, 3<sup>e</sup> alinéa (indemnité journalière); il peut donc être supprimé. Nous proposons en lieu et place un nouveau 3<sup>e</sup> alinéa tenant compte de l'assurance d'une indemnité journalière différée qui s'est répandue dans la pratique. Le Conseil fédéral fixera les conditions auxquelles le délai d'attente prévu aux 2<sup>e</sup> alinéa peut être prolongé. Il s'agit de cas où l'assuré ne subit pas de perte de gain pendant un certain temps et où, de ce fait, l'octroi d'une indemnité journalière déjà après le court délai d'attente prévu au 2<sup>e</sup> alinéa entraînerait nécessairement une surassurance.

Le 4<sup>e</sup> alinéa de l'actuel article 13 est remplacé par l'article 14*bis* du projet et doit donc être abrogé.

Le 5<sup>e</sup> alinéa, qui avait été rajouté à l'article 13 par l'article 83 de la loi sur l'assurance-invalidité doit aussi être abrogé parce qu'il est remplacé par l'article 13*bis* du projet.

#### Article 13*bis*

Comme nous venons de l'indiquer, cet article remplace le 5<sup>e</sup> alinéa de l'article 13 de la loi, selon lequel les prestations de l'assurance-maladie ne peuvent être supprimées pour cause d'invalidité pendant la durée minimale de prestations prévue par la loi. Comme nous l'avons déjà indiqué à la deuxième partie, chapitre B, I, 4, la nouvelle disposition va au delà de ce

qui était prévu dans l'ancienne; en effet, désormais ce sera la situation même de l'assuré, en tant que membre de la caisse, qui ne pourra être modifiée du fait de l'invalidité et non plus seulement son droit à recevoir les prestations pendant la durée minimale prévue par la loi. Naturellement, l'assuré invalide est soumis comme les autres assurés aux règles sur la surassurance, de sorte que les prestations de l'assurance-maladie devront, éventuellement être réduites en cas de concours avec celles de l'assurance-invalidité.

#### Article 14

Si, conformément à l'article 5, 3<sup>e</sup> alinéa, les caisses ne sauraient refuser une candidate parce qu'elle est enceinte, elles ne sont pas tenues, en revanche, d'allouer des prestations en cas de maternité aux assurées qui, au moment de l'accouchement, n'ont pas fait partie de caisses depuis au moins 270 jours sans une interruption de plus de trois mois; sans cette disposition, les abus seraient inévitables (1<sup>er</sup> al.). Cette condition est conforme au droit actuel.

Le 2<sup>e</sup> alinéa prévoit une extension des prestations médico-pharmaceutiques en cas de maternité. Dans la deuxième partie, chapitre B, I, 5, nous avons indiqué quelles étaient les diverses prestations que les caisses devaient prendre en charge en sus des frais médicaux et pharmaceutiques. Le 2<sup>e</sup> alinéa distingue tout d'abord entre le cas de l'accouchement à domicile, où les caisses doivent couvrir les frais d'assistance à la naissance, que ce soient des frais de sage-femme ou de médecin (chiffre 1, lettres *a* et *b*), et le cas de l'accouchement dans un établissement hospitalier où les caisses doivent verser une contribution à la taxe d'accouchement (chiffre 2). Il prévoit ensuite le versement soit d'une contribution aux frais de soins de l'enfant tant que celui-ci séjourne dans l'établissement hospitalier avec la mère, soit d'une contribution aux frais de soins et de traitement de l'enfant lorsque celui-ci doit être traité dans un établissement hospitalier immédiatement après la naissance (chiffre 3, lettres *a* et *b*). Enfin, il fixe à cinq le nombre des examens de contrôle dont les caisses doivent assumer les frais (chiffre 4).

Le 3<sup>e</sup> alinéa prévoit que l'assurée peut, à son choix, accoucher à domicile ou dans un établissement hospitalier.

Le 4<sup>e</sup> alinéa a trait à l'indemnité journalière. Comme jusqu'ici, celle-ci doit être égale à l'indemnité journalière assurée en cas de maladie. Pour que l'assurée y ait droit, il faut par conséquent qu'elle soit assurée pour une indemnité journalière en cas de maladie et, en outre, qu'elle ne se livre à aucun travail préjudiciable à sa santé. Les travaux domestiques accomplis dans son propre ménage par l'assurée ne seront pas, en principe, considérés comme préjudiciables à la santé.

Comme nous l'avons indiqué dans la deuxième partie, chapitre B, I, 5, *c*, l'indemnité pour allaitement doit aussi être versée aux femmes assurées pour une indemnité journalière seulement. Il convient de déterminer quelle

est la caisse qui doit payer l'indemnité d'allaitement lorsque l'intéressée est assurée auprès de plus d'une caisse. C'est pourquoi le 5<sup>e</sup> alinéa prévoit qu'en pareille occurrence l'indemnité d'allaitement est due par la caisse qui assure la femme pour les soins médicaux et pharmaceutiques et, si elle n'est pas assurée pour ces soins, par la caisse dont elle fait partie depuis le plus de temps.

Le 6<sup>e</sup> alinéa fixe la durée des prestations et interdit l'imputation des jours où des prestations en cas de maternité sont versées sur les durées des prestations en cas de maladie. L'expiration de ces dernières durées n'a pas d'effet sur le droit aux prestations en cas de maternité.

Comme jusqu'ici, à l'expiration de la durée du droit aux prestations en cas de maternité, l'assurée ne sera pas privée de toute prestation. Mais, si elle doit encore être traitée, les frais de traitement seront à la charge de l'assurance-maladie. La durée des prestations vaut aussi bien pour les prestations médico-pharmaceutiques que pour l'indemnité journalière, et elle est comme jusqu'ici indépendante de celle de l'assurance-maladie. Il va sans dire qu'elle ne peut être appliquée en ce qui concerne les examens de contrôle, aussi est-il prévu expressément que ceux-ci doivent être pris en charge dès le début de la grossesse.

## VI. La participation aux frais et la taxe sur feuille de maladie

### Article 14bis

Le 1<sup>er</sup> alinéa règle la participation de l'assuré aux frais conformément aux explications que nous avons données dans la deuxième partie, chapitre C, I, 4. Aussi bien la limite minimale d'un dixième que la limite maximale d'un quart se rapportent à l'ensemble des frais annuels sur lesquels une participation peut être prélevée, compte tenu du 2<sup>e</sup> alinéa. Dans ces limites, les détails seront réglés par voie d'ordonnance (4<sup>e</sup> al.). Il n'est pas permis aux caisses d'échelonner la participation aux frais selon le sexe.

Le 2<sup>e</sup> alinéa énumère de façon exhaustive les cas où la perception d'une participation aux frais est interdite. Nous renvoyons aux explications données à ce propos à la deuxième partie, chapitre C, I, 4.

Le 3<sup>e</sup> alinéa donne un fondement juridique à la taxe sur feuille de maladie. L'ordonnance fixera en particulier le montant maximal autorisé pour cette taxe administrative (jusqu'ici 2 francs par feuille de maladie).

La première phrase du 4<sup>e</sup> alinéa donne au Conseil fédéral la compétence d'édicter des dispositions de détail sur la participation aux frais. Il s'agira avant tout de dispositions sur l'échelle dégressive que devront adopter les caisses qui veulent faire usage de la possibilité de prévoir un échelonnement plus grand. Voir à ce propos nos explications à la deuxième partie, chapitre C, I, 4.

Il y a encore aujourd'hui des caisses qui sont dispensées de prévoir une participation aux frais. Nous ne voudrions pas sans nécessité leur imposer l'obligation d'en percevoir une. C'est pourquoi le Conseil fédéral doit avoir la compétence d'autoriser, dans des cas déterminés, des dérogations au principe de la perception d'une participation aux frais. Il en va de même pour les contrats collectifs qui prévoient de prime abord une cotisation plus élevée compensant la suppression de la participation.

## VII. Choix de l'établissement hospitalier

### Article 19bis

Dans ses articles 15 à 19, la loi traite du choix du médecin et de la pharmacie; aussi avons-nous inséré les dispositions sur le choix de l'établissement hospitalier à l'article 19bis nouveau. Ces dispositions ont déjà été commentées à la deuxième partie, chapitre B, I, 1, *b*, *bb* et *cc*.

Le 1<sup>er</sup> alinéa énonce le principe du choix absolu de l'établissement hospitalier, sous réserve du cas de tuberculose.

Le 2<sup>e</sup> alinéa traite du cas où la caisse a passé convention avec un ou plusieurs établissements hospitaliers au lieu de résidence de l'assuré ou dans les environs.

Le 3<sup>e</sup> alinéa complète le 2<sup>e</sup>; il règle les cas où l'assuré ne se rend pas dans un des établissements liés par convention avec la caisse et se trouvant à son lieu de résidence. En pareille occurrence, selon le principe du 1<sup>er</sup> alinéa, la caisse ne peut pas contraindre l'assuré à se faire traiter dans un desdits établissements; en revanche, elle peut ne payer que ce qu'elle aurait eu à verser si le traitement avait eu lieu dans l'établissement, lié par convention, qui est le plus rapproché. La loi doit indiquer quel est l'établissement déterminant, puisqu'au lieu de résidence de l'assuré la caisse peut avoir passé avec divers établissements des conventions prévoyant des taxes différentes, d'où la nécessité de préciser dans la loi quel est le tarif applicable. Le critère de la proximité nous a paru, dans l'intérêt de l'assuré, préférable à celui du tarif le plus favorable à la caisse, qui était prévu dans les «Principes». La deuxième phrase donne aux gouvernements cantonaux la compétence de déclarer que les règles prévues au 4<sup>e</sup> alinéa pour le régime sans convention s'appliquent au régime avec convention lorsque le calcul des prestations, d'après le tarif de l'établissement le plus proche lié par convention, a des conséquences inéquitables. Nous avons déjà traité de cette question à la deuxième partie, chapitre B, I, 1, *b*, *bb*.

Le 4<sup>e</sup> alinéa règle le cas où la caisse n'a passé aucune convention avec un établissement hospitalier au lieu de résidence de l'assuré ou dans les environs. Comme nous l'avons indiqué dans la deuxième partie, cha-

pitre B, I, 1, b, bb, il convient d'autoriser les caisses à calculer leurs prestations en pareil cas d'après des taxes qui ne soient pas trop élevées, tout en étant celles d'un établissement hospitalier proche du lieu de résidence de l'assuré ou de ses environs. Nous avons eu recours à la notion d'établissement public le plus proche. Il n'est cependant pas possible de définir dans une loi fédérale ce qu'est un établissement hospitalier public, vu la souveraineté des cantons en matière sanitaire. Nous avons donc prévu que les cantons devaient désigner eux-mêmes les établissements hospitaliers qui sont réputés publics, ces hôpitaux devant avoir une salle commune. C'est d'après les taxes de la salle commune de l'établissement public le plus proche du lieu de résidence de l'assuré que les caisses pourront calculer leurs prestations. Vu les différences de tarifs entre les cantons, il faut encore préciser, comme nous l'avons déjà indiqué, que cet établissement doit se trouver dans le même canton que le lieu de résidence de l'assuré.

Dans la 2<sup>e</sup> partie, B, I, 1, b, bb, il est dit pourquoi nous avons adopté la solution prévue au 5<sup>e</sup> alinéa pour les cas où l'assuré est contraint de se faire hospitaliser dans un établissement déterminé en raison de motifs médicaux. Si ce ne sont pas ces motifs qui forcent l'assuré à se faire hospitaliser dans un établissement déterminé, la disposition du 5<sup>e</sup> alinéa n'est pas applicable.

Le 6<sup>e</sup> alinéa limite le choix de l'assuré, en cas de tuberculose, aux établissements pour tuberculeux reconnus par la Confédération, car il convient ici particulièrement de veiller à ce que le traitement ait lieu dans un établissement approprié.

En ce qui concerne le 7<sup>e</sup> alinéa, qui traite du choix de la station thermale, nous renvoyons aux explications données dans la deuxième partie, chapitre B, I, 1, b, cc.

### VIII. Qualification des sages-femmes, du personnel paramédical et des laboratoires

#### Article 21, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> alinéas

Sous le titre: «G. Qualification des médecins et des pharmaciens», l'actuel article 21 de la loi indique, aux 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> alinéas, qui est considéré comme médecin ou pharmacien au sens de l'assurance-maladie. Cet article doit être complété, puisque le projet met à la charge des caisses les soins donnés par les sages-femmes et le personnel paramédical, de même que les analyses faites en laboratoire.

Le 4<sup>e</sup> alinéa désigne comme sages-femmes les personnes autorisées par un canton à exercer une activité en cette qualité, car c'est aux cantons qu'il incombe d'édicter des dispositions sur la profession de sage-femme. En ce qui concerne le choix de la sage-femme, il se justifie d'appliquer par ana-

logie les dispositions relatives aux médecins (art. 15, 1<sup>er</sup> al., et art. 17, 1<sup>er</sup> al., de la loi). Les femmes assurées pour les soins médico-pharmaceutiques auront donc le droit de choisir parmi les sages-femmes qui pratiquent à leur lieu de séjour ou dans les environs. Ce droit cesse si l'établissement dans lequel l'assurée accouche oblige à confier l'assistance à la naissance à ses propres sages-femmes.

Le 5<sup>e</sup> alinéa règle la qualification du personnel paramédical et des laboratoires selon les principes commentés à la deuxième partie, chapitre B, I, 1, a, aa. Comme la législation sur l'exercice des professions paramédicales est du ressort des cantons, il est indispensable de réserver les dispositions cantonales prévoyant des exigences plus grandes que les règles édictées par le Conseil fédéral.

Font notamment partie du personnel paramédical les chiropraticiens, en tant que le médecin a prescrit un traitement chiropratique (cf. deuxième partie, chapitre B, I, 1, a, aa). L'association des chiropraticiens suisses avait proposé que la prise en charge des traitements chiropratiques par les caisses ne fût pas subordonnée à la condition de la prescription du traitement par un médecin. Elle relevait que, dans tous les cantons où l'exercice de la chiropratique est réglé, les chiropraticiens sont autorisés à pratiquer de manière indépendante dans leur domaine spécial. L'association suisse «Pro Chiropratique», association de malades, s'est aussi opposée à la réglementation prévue et a demandé que les chiropraticiens soient placés, pour leur domaine spécial, sur le même pied que les médecins. Si l'on donnait suite à ce vœu, on modifierait sur un point important les dispositions de la loi relatives aux médecins, puisqu'on créerait une nouvelle catégorie de personnes pouvant soigner de manière indépendante les assurés. Etant donné que les dispositions sur les relations entre médecins et caisses ne sont pas l'objet de la présente révision, il n'est pas possible actuellement de répondre au désir exprimé par les intéressés. La question sera traitée au cours des pourparlers qui auront lieu au sujet des dispositions sur les relations entre médecins et caisses et dont nous avons parlé dans la deuxième partie, chapitre A, 3, b.

## IX. Les tarifs

### Article 22bis

Comme nous l'avons indiqué dans la deuxième partie, chapitre E, IV, 1, l'article 22 de la loi traite aussi bien des tarifs médicaux que des tarifs des pharmaciens. Alors que la réglementation des tarifs médicaux n'est pas modifiée par le projet, le nouveau système prévu pour les tarifs des pharmaciens a pour conséquence que l'article 22 ne concernera plus, à l'avenir, que les tarifs médicaux. Il faut supprimer dans cet article tout ce qui a trait aux pharmaciens et aux médicaments; nous renvoyons à ce sujet à la disposition finale II, 5<sup>e</sup> alinéa.

De nouvelles dispositions sur les tarifs des pharmaciens doivent être insérées; elles constituent l'article 22 *bis*, avec celles qui concernent les tarifs des sages-femmes, du personnel paramédical, des laboratoires et des établissements hospitaliers.

Le 1<sup>er</sup> alinéa donne au Conseil fédéral la compétence de fixer les taxes que doivent appliquer les pharmaciens pour la fourniture des médicaments pouvant être prescrits aux assurés et pour la manipulation, ainsi que les taxes des analyses faites par les pharmaciens et les laboratoires. Des explications à ce propos figurent dans la deuxième partie, chapitre B, I, 1, *a*, *cc* (laboratoires) et chapitre E, IV, 1 (pharmaciens).

Le 2<sup>e</sup> alinéa règle les tarifs des sages-femmes et du personnel paramédical conformément aux explications contenues dans la deuxième partie, chapitre E, IV, 2 (sages-femmes) et chapitre E, IV, 3 (personnel paramédical).

Les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> alinéas règlent les tarifs des établissements hospitaliers. Nous renvoyons à nos explications dans la deuxième partie, chapitre E, IV, 4.

Le 5<sup>e</sup> alinéa prévoit, par analogie avec l'article 22, 2<sup>e</sup> alinéa, l'obligation de soumettre au gouvernement cantonal, pour approbation, les conventions passées entre les caisses et les divers intéressés, ainsi que l'obligation imposée à ce gouvernement d'examiner si ces conventions sont conformes à la loi et à l'équité. Les conventions ne sont pas valables sans l'approbation du gouvernement cantonal.

Conformément au 6<sup>e</sup> alinéa, le recours au Conseil fédéral est ouvert contre les tarifs établis par les gouvernements cantonaux et contre les décisions d'approbation prises par ces gouvernements. Répondant à un vœu exprimé par les fédérations de caisses, nous avons prévu — contrairement à l'article 127 de la loi fédérale d'organisation judiciaire — que le recourant peut aussi faire valoir que l'arrêté ou la décision n'est pas approprié aux circonstances. Les fédérations de caisses ont relevé que les gouvernements cantonaux, selon le projet, auraient éventuellement aussi à fixer les taxes pour les établissements hospitaliers à l'état financier desquels le canton est intéressé, et qu'il pourrait, selon les cas, en résulter une situation difficile. La même disposition figurait déjà dans l'avant-projet de 1954 et les cantons ne s'y étaient pas opposés.

## X. Les tribunaux arbitraux cantonaux

### Article 25

Le 1<sup>er</sup> alinéa fixe la compétence des tribunaux arbitraux cantonaux selon les explications que nous avons données à la deuxième partie, chapitre D, I, 1.

Le 2<sup>e</sup> alinéa traite de la compétence des tribunaux arbitraux cantonaux à raison du lieu. Est compétent, selon cette disposition, soit le tribunal arbitral du canton dont le tarif est appliqué, soit celui du canton dans

lequel se trouve l'installation permanente du médecin ou du membre du personnel paramédical, ou la pharmacie, ou l'établissement hospitalier ou le laboratoire, ou dans lequel la sage-femme a son lieu de séjour permanent. L'expérience a démontré qu'en général les différends sur lesquels les tribunaux arbitraux cantonaux ont à statuer concernent l'application des tarifs. Comme ces tarifs, qu'ils soient officiels ou conventionnels, ne sont valables que sur le plan cantonal, il est indiqué de déclarer compétent le tribunal arbitral du canton dont le tarif est appliqué. Dans de nombreux cas, cependant, il s'agit de contestations où plusieurs tarifs cantonaux sont en jeu. Pour pouvoir sauvegarder l'unité de la procédure, il faut, en prévoyant une alternative, donner aux parties la possibilité de s'adresser à un seul tribunal arbitral. C'est pourquoi la disposition que nous commentons déclare également compétent le tribunal du canton dans lequel se trouve l'installation permanente (cabinet) du médecin ou du membre du personnel paramédical, ou la pharmacie, ou l'établissement hospitalier ou le laboratoire, ou dans lequel la sage-femme a son domicile.

Selon le 3<sup>e</sup> alinéa, les gouvernements cantonaux, comme jusqu'ici, désignent le tribunal arbitral et règlent la procédure. Il est aussi conforme au droit actuel que, dans chaque cas, les intéressés soient représentés en nombre égal dans le tribunal arbitral cantonal.

Alors que, comme nous l'avons indiqué dans la deuxième partie, D, I, 1, les jugements des tribunaux arbitraux cantonaux peuvent être actuellement portés devant le Conseil fédéral, le 4<sup>e</sup> alinéa prévoit une possibilité de recours au Tribunal fédéral des assurances dans les trente jours. Ainsi, comme jusqu'ici, l'uniformité de la jurisprudence est garantie. (Voir aussi à ce propos, nos commentaires ad art. 30<sup>ter</sup>, 1<sup>er</sup> al.).

## XI. La surassurance

### Article 26

Le 1<sup>er</sup> alinéa interdit de façon générale la surassurance. Il en découle qu'une personne ne peut être assurée qu'auprès d'une caisse pour les soins médico-pharmaceutiques parce que, par leur nature, ces prestations ne peuvent être allouées qu'une fois. En revanche, elle peut être assurée pour une indemnité journalière auprès de deux caisses ou plus sans qu'il y ait nécessairement surassurance. En cas de surassurance, le 2<sup>e</sup> alinéa s'applique. La règle de réduction énoncée dans cet article est née de la pratique et a donné satisfaction.

Le 3<sup>e</sup> alinéa règle le cas où d'autres assureurs que la caisse sont aussi tenus à prestations. Par assureurs, il faut entendre aussi bien les autres institutions d'assurances sociales que d'autres assureurs. Le principe, énoncé ici, de l'obligation subsidiaire des caisses correspond à la pratique actuelle.

Selon le 4<sup>e</sup> alinéa, le Conseil fédéral peut fixer à quelles conditions et dans quelle mesure la caisse est tenue provisoirement à prestations tant

qu'il n'est pas certain que l'assuré ait un droit envers la caisse nationale, l'assurance militaire ou l'assurance-invalidité. En outre, le Conseil fédéral peut régler l'obligation de remboursement des autres assureurs envers la caisse pour ses prestations éventuelles. Il reçoit ainsi la compétence de prévoir la réglementation dont nous avons exposé le principe dans la deuxième partie, chapitre E, II, 2. L'obligation de la caisse de verser ses prestations devra, en particulier, être subordonnée à la condition que l'assuré ait fait valoir ses droits envers l'autre assureur entrant en ligne de compte, de façon que celui-ci soit contraint de s'occuper du cas. En ce qui concerne l'étendue de ladite obligation, on pourrait prévoir, par exemple, que la caisse n'a pas, tout d'abord, à fournir effectivement des prestations, mais qu'elle ne doit que signer une garantie à l'égard du tiers participant à l'application de l'assurance, tel l'établissement hospitalier, cette garantie échéant lorsqu'il est certain que l'autre assureur est tenu à prestations. De cette façon, l'obligation de remboursement de l'autre assureur peut être limitée aux cas où il n'est pas possible de protéger provisoirement l'assuré au moyen d'une garantie. Comme les points de contact entre l'assurance-maladie, d'une part, et la caisse nationale, l'assurance militaire et l'assurance-invalidité, d'autre part, sont différents, il faut laisser au Conseil fédéral le soin de régler ces détails. Cette disposition de compétence n'aura aucun effet sur l'obligation des autres assureurs de verser des prestations; seules seront édictées des prescriptions empêchant que l'assuré ne reçoive aucune prestation jusqu'à ce que le cas soit éclairci. Pour permettre au Conseil fédéral de n'intervenir que là où il y a des lacunes, nous prévoyons une disposition lui donnant la compétence d'édicter une ordonnance, mais ne l'y contraignant pas.

## XII. La réassurance

### Article 27

Le 1<sup>er</sup> alinéa définit la notion de fédération de réassurance. Une fédération de réassurance est une fédération de caisses reconnues qui pratique uniquement la réassurance de prestations des caisses qui lui sont affiliées. Il n'est pas nécessaire de prévoir dans la loi d'autres dispositions sur les fédérations de réassurance. Une étude de la question a démontré qu'il suffit de déclarer le premier titre de la loi applicable par analogie à ces fédérations. Il n'est pas difficile de constater ce qui, dans les dispositions en question, doit s'appliquer aux fédérations de réassurance.

Selon le 2<sup>e</sup> alinéa, les caisses peuvent être autorisées à pratiquer la réassurance de prestations d'autres caisses, ce qui correspond à la pratique actuelle. L'autorisation doit être subordonnée expressément à la condition que la caisse offre toute garantie d'une bonne application de la réassurance afin que l'on puisse attendre d'elle les mesures administratives nécessaires.

Le nouvel article 27 remplace l'actuel article 27 qui peut être abrogé parce qu'il n'est plus adapté aux circonstances.

### XIII. Les tribunaux des assurances

#### Article 30

Le 1<sup>er</sup> alinéa oblige les caisses à communiquer en la forme prescrite les décisions mentionnées dans la deuxième partie, chapitre D, I, 2, b. Cette obligation ne concerne pas toutes les décisions, ce qui ne serait pas possible vu le grand nombre des décisions que les caisses doivent prendre; seules seront communiquées en la forme les décisions que l'assuré ou le candidat n'accepte pas.

Le 2<sup>e</sup> alinéa règle le recours au tribunal cantonal des assurances. Le délai de recours de 30 jours est aussi prévu dans d'autres lois fédérales concernant les assurances sociales.

Pour protéger l'assuré, le 3<sup>e</sup> alinéa dispose qu'il peut recourir au tribunal cantonal des assurances en l'absence d'une décision de la caisse lorsque celle-ci n'a pas communiqué sa décision dans un délai approprié.

Le 4<sup>e</sup> alinéa est repris d'autres lois fédérales sur les assurances sociales.

Les caisses d'une certaine importance subordonnent souvent le droit de recourir au juge à la condition que l'assuré ait épuisé la voie de recours prévue au sein de la caisse elle-même (p. ex. section, administration centrale, comité central). Cette procédure peut avoir de grands inconvénients pour l'assuré, car elle entraîne souvent un fort retard dans le jugement définitif du cas. C'est pourquoi le 5<sup>e</sup> alinéa interdit aux caisses de subordonner dans leurs statuts la communication de leurs décisions ou le droit de recourir au tribunal cantonal des assurances à la condition que l'assuré ait épuisé la voie de recours prévue au sein de la caisse.

#### Article 30bis

Le 1<sup>er</sup> alinéa oblige les cantons à désigner un tribunal des assurances dont la juridiction s'étende à tout le canton et qui soit autorité unique sur le plan cantonal. Les voies de recours en seront simplifiées. Les cantons sont libres de déclarer que le tribunal des assurances prévu à l'article 120 de la loi sera compétent aussi en matière d'assurance-maladie ou de désigner un tribunal spécial. L'alinéa règle également la compétence du tribunal cantonal des assurances quant à la matière.

Le 2<sup>e</sup> alinéa règle la compétence quant au lieu. Etant donné qu'il y a des assurés à l'étranger (p. ex. frontaliers, salariés envoyés à l'étranger), il faut déclarer compétent non seulement le tribunal du canton où l'assuré a son domicile au moment de l'ouverture de l'action, mais aussi le tribunal du canton où la caisse a son siège.

Le 3<sup>e</sup> alinéa contient des dispositions sur la procédure devant le tribunal cantonal des assurances. Afin d'unifier le plus possible les dispositions fédérales de procédure en matière d'assurances sociales, nous avons, à une exception près, repris l'article 85, 2<sup>e</sup> alinéa, de la loi sur l'assurance-veil-

lesse et survivants. Selon l'article 85, 2<sup>e</sup> alinéa, lettre *f*, dernière phrase, de la loi, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens, ainsi que de ceux de son mandataire, dans la mesure fixée par le juge. Le Tribunal fédéral des assurances relève cependant qu'il peut s'agir de montants importants, qui représenteraient une lourde charge pour les petites caisses. C'est pourquoi ladite disposition n'a pas été reprise dans le projet. Nous avons aussi renoncé à prévoir l'avance des frais dont il est question à la première phrase de ladite disposition, car il y a un rapport intrinsèque entre cette avance et les frais et dépens.

#### Article 30<sup>ter</sup>

Selon le 1<sup>er</sup> alinéa, les intéressés et le Conseil fédéral peuvent former recours au Tribunal fédéral des assurances contre les jugements des tribunaux arbitraux cantonaux et des tribunaux cantonaux des assurances. Le Conseil fédéral a ainsi la possibilité de veiller à une application uniforme du droit. En ce qui concerne les jugements des tribunaux arbitraux cantonaux, cette réglementation s'impose également du fait que le projet supprime la possibilité de former recours au Conseil fédéral contre les jugements de ces tribunaux en raison de l'article 125 de la loi fédérale d'organisation judiciaire.

Selon le 2<sup>e</sup> alinéa, le recours ne peut être formé que pour violation du droit fédéral ou pour arbitraire dans la constatation ou l'appréciation des faits. Par conséquent, le pouvoir juridictionnel du Tribunal fédéral des assurances est plus limité que s'il y avait appel. Mais cette solution est celle de l'article 55, 2<sup>e</sup> alinéa, de la loi fédérale du 22 juin 1951 sur l'assurance-chômage, assurance dont la structure est la plus proche de celle de l'assurance-maladie. Le Tribunal fédéral des assurances, se fondant en particulier sur ses expériences en matière d'assurance-chômage, fait remarquer qu'il est de toutes façons impossible à l'autorité judiciaire fédérale suprême de connaître de toutes les causes dans un domaine que le droit fédéral ne règle pas de manière exhaustive; cela est d'ailleurs inutile. Nous nous rallions à cette opinion. Du point de vue de la Confédération, il suffit que, grâce à la possibilité de recours au Tribunal fédéral des assurances, l'application uniforme du droit fédéral soit garantie. Cette solution ne préjuge pas la revision, actuellement en préparation, de l'arrêté fédéral du 28 mars 1917 concernant l'organisation du Tribunal fédéral des assurances et la procédure à suivre devant ce tribunal. Nous nous réservons de revenir sur la question lors des discussions relatives à cet arrêté.

### XIV. La surveillance de la Confédération

#### Article 33

Le 1<sup>er</sup> alinéa groupe les dispositions sur la surveillance de la Confédération dont certaines sont actuellement contenues aux articles 23 et 33 de la

loi, d'autres, dans l'arrêté fédéral allouant en 1961, 1962 et 1963 des subsides supplémentaires aux caisses-maladie, d'autres enfin dans l'ordonnance I. L'article 32 de la loi doit ainsi être abrogé.

Le 2<sup>e</sup> alinéa énumère les obligations spéciales découlant pour les caisses de la surveillance de la Confédération.

Le 3<sup>e</sup> alinéa cite les mesures d'ordre que nous avons mentionnées dans la deuxième partie, chapitre D, II, 2. La suppression des subsides fédéraux ne peut être qu'une mesure limitée dans le temps, car la suppression définitive équivaudrait, par son effet, au retrait de la reconnaissance.

## XV. Les subsides de la Confédération

### Article 35

Le 1<sup>er</sup> alinéa, lettre *a*, contient la règle de calcul des subsides par assuré versés pour l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, règle que nous avons commentée en détail dans la deuxième partie, chapitre C, II, 3 et 4. Pour encourager les caisses à prendre en charge les médicaments que le Conseil fédéral leur recommande de payer selon l'article 12, 6<sup>e</sup> alinéa, dernière phrase, les subsides par assuré sont réduits de 2 francs lorsque les caisses ne donnent pas suite à cette recommandation. La lettre *b* fixe le subside par assuré pour l'assurance d'une indemnité journalière.

Le 2<sup>e</sup> alinéa a trait aux subsides pour accouchement. Nous renvoyons pour les détails aux explications données dans la deuxième partie, chapitre C, II, 4, *c*.

Le 3<sup>e</sup> alinéa innove en prévoyant qu'en cas d'affiliation multiple, chaque caisse aura droit au subside fédéral pour les prestations qu'elle alloue; l'article 36, 2<sup>e</sup> alinéa, de la loi, qui disposait qu'en pareil cas le subside n'est versé qu'à la caisse dont l'assuré a fait partie le plus longtemps, doit donc être abrogé. Ainsi, les complications administratives actuellement nécessaires pour déterminer les doubles affiliations deviendront inutiles. Ainsi également disparaîtront les inégalités actuelles résultant de ce que le montant du subside dépend de l'assurance pratiquée par la caisse dont l'assuré a fait partie le plus longtemps.

Le 4<sup>e</sup> alinéa dispose, comme le texte actuel, que la Confédération prend à sa charge les indemnités d'allaitement minimales prévues par la loi.

Le 5<sup>e</sup> alinéa donne au Conseil fédéral la compétence d'édicter des instructions relatives à la statistique de la morbidité en tant que celle-ci sert de base de calcul pour les subsides variables prévus au 1<sup>er</sup> alinéa, lettre *a*, et au 2<sup>e</sup> alinéa. Aux lettres *a* et *b* sont énumérés les frais qui ne doivent pas être pris en compte pour calculer ces subsides. Il s'agit, selon la lettre *a*, des frais des prestations pour lesquelles la Confédération verse d'autres subsides (prestations en cas de tuberculose et prestations en cas de séjour des inva-

lides dans un établissement hospitalier); selon la lettre *b*, ne doivent pas non plus être pris en considération les frais résultant de la pratique d'autres genres d'assurance, comme par exemple, l'assurance d'une indemnité complémentaire en cas d'hospitalisation, etc.

Le 6<sup>e</sup> alinéa est identique au 3<sup>e</sup> alinéa de l'actuel article 36 de la loi.

#### Article 36

Le 1<sup>er</sup> alinéa indique les pourcentages selon lesquels la Confédération calcule ses subsides pour les prestations en cas de tuberculose, s'il ne s'agit pas de cas où la durée de ces prestations ne peut être imputée conformément à l'article 12<sup>ter</sup>, 2<sup>e</sup> alinéa, chiffre 1, lettre *b*. Pour ces cas-là, une subvention de 50 pour cent est prévue conformément à l'article 37.

Le 2<sup>e</sup> alinéa donne au Conseil fédéral la compétence de fixer, pour les contributions aux frais de cure et l'indemnité journalière, les montants maximaux entrant en considération pour le calcul des subsides. Il correspond à la réglementation en vigueur.

L'actuel 1<sup>er</sup> alinéa de l'article 36 de la loi prévoit que le total des subsides payés pour une année à une caisse ne peut excéder de plus de la moitié la somme des cotisations des assurés et des dons volontaires portés au compte d'exploitation. Cette disposition n'a entraîné jusqu'ici une réduction des subsides fédéraux que dans quelques cas, principalement pour des caisses de montagne. De 1955 à 1959, ces réductions n'ont atteint que quelque 1000 francs en moyenne par an. Ce montant est pratiquement sans importance par rapport à la somme totale des subsides fédéraux, de sorte que l'on peut abroger cette disposition. En ce qui concerne les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> alinéas de l'actuel article 36, nous renvoyons aux explications données au sujet de l'article 35.

#### Article 37

Nous avons déjà indiqué dans la deuxième partie, chapitre C, II, 4, *e* que les subsides pour les soins médico-pharmaceutiques des invalides sont fixés à 50 pour cent, et cela aussi en cas de tuberculose, pour des raisons d'égalité de traitement. Comme les caisses, ainsi que nous l'avons expliqué, devront, dans une certaine mesure, se réassurer pour les prestations versées en cas de traitement des invalides dans un établissement hospitalier, il convient de prévoir, comme destinataires de ces subsides, les caisses et les fédérations de réassurance.

#### Article 38

Les règles relatives au subside supplémentaire de montagne correspondent en grande partie aux règles actuelles. La seule innovation consiste à prévoir un montant maximal variable, que le Conseil fédéral peut, selon le 2<sup>e</sup> alinéa, arrondir au franc supérieur. Pour les détails, nous renvoyons à la deuxième partie, chapitre C, II, 4, *f*.

## XVI. Les dispositions finales

### Section II

Ad 1<sup>er</sup> alinéa. Vu l'insertion du nouvel article 5*bis* portant comme titre marginal «II a. Assurance collective», le titre marginal de l'article 6 doit être précédé du chiffre II *b*.

Ad 2<sup>e</sup> alinéa. Vu l'adjonction des articles 12*bis* et 12*ter*, le titre marginal de l'article 13 doit être précédé du chiffre IV. Les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> alinéas actuels dudit article prévoyaient les durées de prestations se trouvant dans le projet aux articles 12, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> alinéas, et 12*bis*, 3<sup>e</sup> alinéa; dès lors, le nouvel article 13 ne traite plus que du stage et du délai d'attente. Le titre marginal doit être abrégé et devient: «IV. Stage. Délai d'attente». D'autre part, comme nous avons profité de la revision pour introduire dans le texte français des nouvelles dispositions l'expression «indemnité journalière» qui, depuis des années, a remplacé dans la pratique celle de «indemnité de chômage» nous proposons de tenir compte de cette modification à l'article 13, 2<sup>e</sup> alinéa.

Ad 3<sup>e</sup> alinéa. Les articles 15 à 19 règlent le choix du médecin et de la pharmacie. Vu l'insertion du nouvel article 19*bis*, il convient de compléter le titre marginal de l'article 15 de la façon suivante: «E. Choix du médecin, de la pharmacie et de l'établissement hospitalier...».

Ad 4<sup>e</sup> alinéa. Jusqu'ici, l'article 21 traitait de la «qualification des médecins et des pharmaciens». Le titre marginal doit être complété du fait de l'adjonction des nouveaux 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> alinéas concernant la qualification des sages-femmes, du personnel paramédical et des laboratoires.

Ad 5<sup>e</sup> alinéa. Comme nous l'avons indiqué sous chiffre IX, l'actuel article 22 ne traitera plus à l'avenir que des tarifs des médecins, car ceux des pharmaciens sont l'objet du nouvel article 22*bis*, 1<sup>er</sup> alinéa. C'est pourquoi il faut supprimer dans l'article 22 tous les mots qui se rapportent aux pharmaciens et aux médicaments. Le titre marginal de l'article doit être abrégé en conséquence.

Conformément à la dernière phrase de l'article 22, le recours au Conseil fédéral est ouvert contre la décision du gouvernement cantonal dans les vingt jours. Ce délai n'est plus valable du fait de celui de trente jours prévu de façon générale par l'article 130 de la loi fédérale d'organisation judiciaire pour les recours administratifs; il convient, dès lors, de modifier l'article 22.

Ad 6<sup>e</sup> alinéa. Vu le nouvel ordre des dispositions sous lettre H, le chiffre 3 doit être attribué à l'article 23.

Ad 7<sup>e</sup> alinéa. L'abrogation de l'article 32 entraîne la modification des chiffres précédant les titres marginaux des articles 33 et 34.

Ad 8<sup>e</sup> alinéa. Les titres marginaux des nouveaux articles 35 à 38 doivent être précédés des chiffres I à IV et, par conséquent, le chiffre V doit être attribué à l'article 39.

Ad 9<sup>e</sup> alinéa. La dernière phrase de l'article 73, 1<sup>er</sup> alinéa, se trouvant dans le deuxième titre de la loi et concernant, par conséquent, l'assurance-

accidents était, jusqu'ici, rédigé ainsi: «Les articles 15 à 25 sont applicables par analogie». Il faut se demander si les nouveaux articles 19*bis* et 22*bis*, ainsi que d'autres dispositions nouvelles doivent aussi, éventuellement, être déclarés applicables à l'assurance-accidents obligatoire.

Comme l'article 19*bis*, qui prévoit le libre choix parmi les établissements hospitaliers et stations thermales suisses (1<sup>er</sup> et 7<sup>e</sup> al.) pourrait être, selon les cas, en contradiction avec les articles 71, 3<sup>e</sup> alinéa, et 73, 3<sup>e</sup> alinéa, de la loi, il ne faut pas le déclarer applicable, bien qu'il corresponde de manière générale à la pratique de la caisse nationale. En ce qui concerne l'article 22*bis*, la caisse nationale a demandé que les dispositions sur les tarifs des établissements hospitaliers ne soient pas déclarées applicables par analogie, car la question des tarifs hospitaliers est réglée de manière spéciale dans la pratique de la caisse nationale. D'autre part, il se justifie de prévoir aussi dans l'assurance-accidents obligatoire la nouvelle possibilité de former recours contre les jugements des tribunaux arbitraux cantonaux, conformément à l'article 30*ter*. Toutefois, comme cette disposition n'est déclarée applicable que par analogie, la possibilité pour le Conseil fédéral de former recours n'existe pas en ce qui concerne la caisse nationale, car elle serait incompatible avec l'autonomie de cette institution.

### *Section III*

Puisque les caisses seront dorénavant tenues de verser des prestations spéciales en cas de tuberculose, l'article 15 de la loi fédérale du 13 juin 1928 sur la lutte contre la tuberculose, qui servait de fondement à l'assurance (facultative) contre la tuberculose, est devenu inutile. Il doit donc être abrogé.

L'entrée en vigueur de la nouvelle loi, que nous prévoyons pour le 1<sup>er</sup> janvier 1963, rendra aussi nécessaire l'abrogation de l'arrêté fédéral du 14 décembre 1960 allouant en 1961, 1962 et 1963 des subsides supplémentaires aux caisses-maladie reconnues, puisque cet arrêté prévoit des subsides pour l'année 1963 y compris.

Doivent en outre être déclarées abrogées les dispositions cantonales et communales qui sont contraires à la loi. Il s'agira avant tout de dispositions édictées en vertu de l'article 2 et traitant de l'assurance-maladie obligatoire et de la création de caisses-maladie publiques en tant qu'elles sont contraires aux normes minimales de la nouvelle loi.

### *Section IV*

L'article 219 de la loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite doit être complété par une nouvelle disposition selon laquelle les créances en cotisations des caisses-maladie reconnues sont considérées comme des créances privilégiées de la deuxième classe. On ne verrait pas pourquoi les caisses ne bénéficieraient pas de ce privilège à l'instar de toutes les autres branches des assurances sociales. Cette disposition aura une importance pratique surtout dans l'assurance collective.

*Section V*

Selon les articles 25 et 30bis, les cantons doivent édicter des dispositions sur l'organisation du tribunal arbitral et du tribunal des assurances, ainsi que sur la procédure à suivre devant ce dernier tribunal. En outre, les cantons et les communes qui ont édicté des dispositions sur l'assurance-maladie obligatoire et sur la création de caisses-maladie publiques devront les adapter à la nouvelle loi. Les nouvelles dispositions devront être soumises pour approbation au Conseil fédéral jusqu'à une date qu'il fixera. Comme il est possible que les cantons et les communes n'aient pas suffisamment de temps jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 1963 pour adapter ces dispositions, il faut donner à leur autorité exécutive la compétence d'établir une réglementation provisoire qui devra, également, être soumise pour approbation au Conseil fédéral.

*Section VI*

Un délai approprié doit être imparti aux caisses et aux fédérations de réassurance pour adopter leurs statuts et règlements à la nouvelle loi. Nous prévoyons d'étendre ce délai jusqu'à la fin du premier semestre de 1963, car les assemblées générales des caisses et des fédérations de réassurance ont lieu dans la première moitié de l'année. Les anciennes dispositions resteront en vigueur jusqu'à l'adaptation des statuts et règlements.

*Section VIII*

Les subsides fédéraux étant versés pour chaque année civile, nous proposons que la loi entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1963.

\* \* \*

Les deux motions des conseils législatifs mentionnées dans la première partie (motion Gnägi et Ackermann n<sup>os</sup> 7781 et 7824) comme aussi le postulat du Conseil national (n<sup>o</sup> 7740) sont devenus sans objet par suite du présent projet. Nous vous proposons donc de les classer.

\* \* \*

Nous avons l'honneur de vous proposer d'adopter le projet de loi ci-joint.

Veillez agréer, Monsieur le Président et Messieurs, les assurances de notre haute considération.

Berne, le 5 juin 1961.

13610

Au nom du Conseil fédéral suisse:

*Le président de la Confédération, Wahlen*

*Le chancelier de la Confédération, Ch. Oser*

(Projet)

**LOI FÉDÉRALE**

modifiant

**le premier titre de la loi sur l'assurance en cas de maladie  
et d'accidents***L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,*

vu le message du Conseil fédéral du 5 juin 1961,

*arrête:***I**

La loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents est modifiée et complétée comme il suit:

**Art. 5, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> alinéas (nouveaux)**

<sup>3</sup> L'admission ne peut être refusée pour raisons de santé ou à cause d'une grossesse. Les caisses peuvent cependant excepter de l'assurance, en en faisant l'objet d'une réserve, les maladies existant au moment de l'admission; il en va de même pour les maladies antérieures si, selon l'expérience, une rechute est possible. Les réserves sont caduques après cinq ans au plus.

<sup>4</sup> Les caisses qui assurent pour les soins médicaux et pharmaceutiques aussi bien les enfants que les adultes sont tenues d'admettre sans nouvelle réserve dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques des adultes les enfants qui doivent sortir de l'assurance infantile parce qu'ils ont atteint l'âge maximal prévu par les statuts.

**Art. 5 bis (nouveau)**

<sup>1</sup> Les caisses peuvent être autorisées à conclure des contrats relatifs à l'assurance de groupes de personnes.

<sup>2</sup> Les contrats d'assurance collective peuvent prévoir des conditions d'assurance différant de celles de l'assurance individuelle; il doit cependant y avoir une juste proportion entre les prestations de

II a.  
Assurance  
collective

l'assurance collective et celles de l'assurance individuelle. Les droits de sociétaires des assurés collectifs sont fixés par les statuts des caisses.

<sup>3</sup> Les contrats d'assurance collective ne peuvent être conclus qu'avec des preneurs d'assurance ayant leur siège, une succursale, un établissement ou une section dans le rayon d'activité de la caisse.

<sup>4</sup> Lorsqu'il cesse d'appartenir au cercle des personnes auxquelles s'étend une assurance collective, ou lorsque le contrat d'assurance collective prend fin, l'assuré a le droit de passer dans l'assurance individuelle de la caisse, à la condition qu'il séjourne de façon permanente dans le rayon d'activité de celle-ci ou qu'il fasse partie de l'entreprise, de la profession ou de l'association professionnelle à laquelle la caisse limite son activité. Les caisses ont, dans les limites de l'assurance individuelle, l'obligation de garantir à l'assuré qui sort de l'assurance collective les prestations qui lui étaient accordées jusqu'alors.

<sup>5</sup> Le Conseil fédéral édicte les dispositions de détail sur l'assurance collective.

#### Art. 6, 2<sup>e</sup> alinéa

Abrogé

#### Art. 6bis (nouveau)

##### II c. Cotisations

<sup>1</sup> Les cotisations doivent être fixées séparément pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques et pour l'assurance d'une indemnité journalière, et cela de façon que chacun de ces genres d'assurance se suffise à lui-même et que les réserves nécessaires puissent être constituées. Dans l'assurance collective, les cotisations doivent être fixées compte tenu des risques particuliers.

<sup>2</sup> Les cotisations peuvent être échelonnées d'après l'âge d'entrée, le sexe et les conditions locales; les cotisations des femmes ne peuvent cependant dépasser celles des hommes de plus de 25 pour cent.

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

#### Art. 7

##### III. Libre passage 1. En général

<sup>1</sup> Les assurés qui ont été affiliés à une ou plusieurs caisses pendant six mois au moins, sans une interruption de plus de trois mois, ont le droit de passer dans une autre caisse

*a.* Lorsqu'ils doivent quitter la caisse à laquelle ils appartiennent parce qu'ils changent de lieu résidence ou parce que, dans une caisse qui n'assure que des mineurs, ils ont atteint l'âge maximal fixé par les statuts;

- b. Lorsque, quittant une entreprise, une association professionnelle ou une école, ou changeant de profession, ils doivent sortir de la caisse de cette entreprise, de cette profession, de cette association professionnelle, ou de cette école;
- c. Lorsque, membres de la famille d'un assuré, ils doivent sortir d'une caisse d'entreprise, d'une caisse professionnelle, d'une caisse d'une association professionnelle ou d'une assurance collective, soit parce que cet assuré lui-même sort de la caisse, soit parce qu'ils commencent à exercer une activité lucrative, quittent la communauté familiale ou ont atteint l'âge maximal prévu par les statuts pour les mineurs;
- d. Lorsqu'ils ne peuvent passer de l'assurance collective à l'assurance individuelle conformément à l'article 5 bis, 4<sup>e</sup> alinéa;
- e. Lorsque la caisse se dissout ou perd la reconnaissance, ou lorsque l'assuré doit quitter la caisse parce que celle-ci a restreint son rayon d'activité.

<sup>2</sup> Lorsqu'un assuré engagé dans une entreprise est contraint par les conditions d'engagement de s'affilier à une caisse déterminée, celle-ci doit le traiter comme un passant.

#### Art. 8

<sup>1</sup> Les assurés qui, quittant une entreprise ou une association professionnelle, doivent sortir de la caisse de cette entreprise ou de cette association professionnelle ont droit au libre passage au plus jusqu'à l'âge de 55 ans révolus.

<sup>2</sup> Si de tels assurés ont été affiliés à la caisse durant plus de cinq années, ils n'ont pas droit au libre passage tant qu'ils sont malades. Lorsque la maladie cesse, l'assuré a droit au libre passage s'il n'a pas atteint l'âge de 55 ans dans l'intervalle.

<sup>3</sup> Les assurées qui, quittant une entreprise ou une association professionnelle, doivent sortir soit de la caisse de cette entreprise ou de cette association professionnelle soit d'une assurance collective et qui sont enceintes ou bénéficient des prestations prévues à l'article 14 n'ont droit au libre passage qu'à l'expiration de la durée du droit aux prestations pour l'accouchement en question.

<sup>4</sup> Les assurés qui, en vertu des alinéas 1<sup>er</sup> à 3, n'ont pas droit au libre passage peuvent, tant qu'ils séjournent en Suisse, rester affiliés à leur caisse. Celle-ci doit continuer à leur garantir les mêmes prestations. Elle peut, si l'assuré a un nouveau lieu de séjour, demander à toute caisse exerçant son activité en ce lieu de se charger, contre remboursement des frais, de la perception des cotisations et, en cas de maladie, du paiement des prestations assurées et de la surveillance.

2. Cas  
particuliers

## Art. 9

## 3. Etendue

<sup>1</sup> Les conditions d'admission relatives à l'état de santé et à l'âge maximal d'entrée ne sont pas opposables au passant. Celui-ci est dispensé du stage et ne paie pas de droit d'entrée.

<sup>2</sup> La caisse à laquelle s'affilie un passant a, dans les limites de ses statuts, l'obligation de lui garantir les prestations qui lui étaient assurées précédemment.

<sup>3</sup> Le passant doit payer au plus la cotisation prévue pour les nouveaux affiliés du même âge. S'il a dépassé l'âge maximal d'admission prévu par les statuts, il sera considéré, pour la fixation de la cotisation, comme ayant un an de plus que ledit âge.

<sup>4</sup> La caisse qui assure un passant peut imputer sur la durée de ses prestations les jours pendant lesquels il a bénéficié des prestations de caisses précédentes; elle peut également maintenir des réserves existantes conformément aux dispositions applicables aux autres assurés.

## Art. 10

4. Exercice  
du droit  
de libre passage

<sup>1</sup> Le droit de libre passage s'éteint trois mois après la survenance du fait qui lui a donné naissance.

<sup>2</sup> Le passant peut faire valoir son droit à l'égard de toute caisse dont il remplit les conditions d'admission; l'article 9, 1<sup>er</sup> alinéa, est réservé.

## Art. 12

D. Prestations  
d'assurance  
I. Assurance  
des soins médico-  
pharmaceutiques

<sup>1</sup> Les caisses doivent prendre en charge au moins les soins médicaux et pharmaceutiques ou une indemnité journalière.

<sup>2</sup> Au titre de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, les caisses doivent prendre en charge au moins :

## 1. En cas de traitement ambulatoire :

- a. Les soins donnés par le médecin;
- b. Les traitements scientifiquement reconnus auxquels procède le personnel paramédical sur prescription du médecin;
- c. Les médicaments ordonnés par le médecin;
- d. Les analyses ordonnées par le médecin.

2. En cas de traitement dans un établissement hospitalier, les prestations fixées par la convention passée entre cet établissement et la caisse, mais au moins les soins donnés par le médecin, y compris les traitements scientifiquement reconnus, les médicaments et les analyses, conformément aux taxes de la salle commune, ainsi qu'une contribution journalière minimale aux autres frais de soins;

3. En cas de cure balnéaire ordonnée par le médecin, une contribution journalière aux frais de cure.

<sup>3</sup> En cas de traitement ambulatoire, les soins médicaux et pharmaceutiques doivent être pris en charge sans limite de durée.

<sup>4</sup> En cas de traitement dans un établissement hospitalier et en cas de cure balnéaire, les soins médicaux et pharmaceutiques doivent être pris en charge, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours consécutifs. Aucune imputation ne peut être effectuée sur la durée du droit aux prestations tant que l'assuré reçoit une rente de l'assurance-invalidité, ou tant qu'un assuré mineur ne recevant pas de rente de l'assurance-invalidité continue à séjourner de façon ininterrompue en établissement hospitalier après avoir suivi un traitement hospitalier de 360 jours consécutifs.

<sup>5</sup> Le Conseil fédéral, sur préavis d'une commission de spécialistes nommée par lui, détermine les prestations prises en charge conformément au 2<sup>e</sup> alinéa, chiffre 1, lettres *a* et *b* et les prestations de même nature prévues au chiffre 2; il fixe la contribution aux autres frais de soins et la contribution aux frais de cure prévues aux chiffres 2 et 3.

<sup>6</sup> Le Conseil fédéral, sur préavis d'une commission des médicaments nommée par lui, détermine les médicaments et les analyses qui, conformément au 2<sup>e</sup> alinéa, chiffre 1, lettres *c* et *d* et chiffre 2, sont obligatoirement à la charge des caisses. Il désigne en outre, sur préavis de ladite commission, des médicaments dont la prise en charge est recommandée aux caisses.

#### Art. 12bis (nouveau)

<sup>1</sup> Au titre de l'assurance d'une indemnité journalière, les caisses doivent allouer une indemnité journalière d'au moins deux francs en cas d'incapacité totale de travail.

II. Indemnité  
journalière

<sup>2</sup> Les conditions d'admission dans les classes d'indemnité journalière ne doivent pas, pour les personnes exerçant une activité lucrative, être différentes selon le sexe. Les enfants ne peuvent être assurés pour une indemnité journalière avant d'avoir 15 ans révolus.

<sup>3</sup> L'indemnité journalière doit être assurée, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours consécutifs.

<sup>4</sup> Lorsque l'indemnité journalière est réduite pour éviter la surassurance conformément à l'article 26, il ne peut être imputé sur la durée des prestations qu'un nombre de jours égal au quotient que l'on obtient en divisant la somme des indemnités journalières versées par

le montant de l'indemnité journalière assurée. Le nombre de jours obtenu sera imputé globalement sur la durée des prestations à compter du premier jour de versement de l'indemnité journalière.

Art. 12<sup>ter</sup> (nouveau)

III. Prestations  
en cas de  
tuberculose

<sup>1</sup> En cas de tuberculose, les caisses doivent prendre en charge au moins :

1. Pour les personnes assurées pour les soins médico-pharmaceutiques :
  - a. En cas de traitement ambulatoire, les prestations prévues à l'article 12, 2<sup>e</sup> alinéa, chiffre 1 ;
  - b. En cas de traitement dans un établissement pour tuberculeux, une contribution journalière aux frais de cure dont le montant sera fixé séparément pour les enfants et pour les adultes, de même que les examens et traitements scientifiquement reconnus nécessaires pour guérir la tuberculose ;
2. Pour les personnes assurées pour une indemnité journalière, la pleine indemnité journalière assurée.

<sup>2</sup> Les prestations en cas de tuberculose doivent être prises en charge :

1. Dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques :
  - a. En cas de traitement ambulatoire, sans limite de durée ;
  - b. En cas de traitement dans un établissement hospitalier, durant au moins 1800 jours dans une période de sept années consécutives. Aucune imputation ne peut être effectuée sur la durée du droit aux prestations tant que l'assuré reçoit une rente de l'assurance-invalidité, ou tant qu'un assuré mineur ne recevant pas de rente de l'assurance-invalidité continue à séjourner de façon ininterrompue en établissement hospitalier après avoir suivi un traitement hospitalier de 360 jours consécutifs ;
2. Dans l'assurance d'une indemnité journalière, durant au moins 1800 jours dans une période de sept années consécutives.

<sup>3</sup> La durée des prestations en cas de tuberculose ne doit pas être imputée sur les durées prévues aux articles 12, 4<sup>e</sup> alinéa, et 12<sup>bis</sup>, 3<sup>e</sup> alinéa. L'article 12<sup>bis</sup>, 4<sup>e</sup> alinéa, est applicable.

<sup>4</sup> Le Conseil fédéral édicte les dispositions de détail sur les conditions du droit aux prestations en cas de tuberculose, et fixe les prestations prévues au 1<sup>er</sup> alinéa, chiffre 1, lettre b.

Art. 13, 3<sup>e</sup> al.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral fixe les conditions auxquelles le délai d'attente pour l'indemnité journalière peut être prolongé.

Art. 13, 4<sup>e</sup> al.

Abrogé.

Art. 13, 5<sup>e</sup> al.

Abrogé.

## Art. 13bis (nouveau)

Les caisses ne peuvent pas traiter les assurés invalides moins bien que les autres assurés.

V. Droits égaux  
des invalides

## Art. 14

<sup>1</sup> Les caisses doivent prendre en charge en cas de grossesse et d'accouchement les mêmes prestations qu'en cas de maladie si, lors de ses couches, l'assurée a déjà été affiliée à des caisses durant au moins 270 jours sans une interruption de plus de trois mois.

VI. Prestations  
en cas de  
maternité

<sup>2</sup> Les prestations aux femmes assurées pour les soins médico-pharmaceutiques doivent comprendre en outre :

1. En cas d'accouchement à domicile :
  - a. L'assistance à la naissance par la sage-femme, y compris le matériel nécessaire à cet effet ;
  - b. L'assistance à la naissance par le médecin ;
2. En cas d'accouchement dans un établissement hospitalier, une contribution à la taxe d'accouchement, si l'établissement perçoit une telle taxe ; cette contribution sera fixée par le Conseil fédéral ;
3. Une contribution, fixée par le Conseil fédéral,
  - a. Aux frais de soins de l'enfant tant que celui-ci séjourne dans l'établissement hospitalier avec sa mère, ou
  - b. Aux frais de soins et de traitement de l'enfant lorsque celui-ci doit être traité dans un établissement hospitalier immédiatement après la naissance ;
4. Quatre examens de contrôle au maximum pendant la grossesse et un examen dans les dix semaines qui suivent l'accouchement.

<sup>3</sup> L'assurée peut, à son choix, accoucher à domicile ou dans un établissement hospitalier.

<sup>4</sup> L'assurée qui cesse d'exercer une activité lucrative quatre semaines au plus avant l'accouchement ne peut être attribuée à une

classe inférieure d'indemnité journalière avant l'expiration de la période fixée au 6<sup>e</sup> alinéa. L'assurée a droit à l'indemnité journalière garantie si elle ne se livre à aucun travail préjudiciable à sa santé.

<sup>5</sup> La caisse doit verser une indemnité d'allaitement d'au moins 50 francs à l'assurée qui allaite son enfant pendant 10 semaines, que l'enfant soit ou non entièrement nourri par allaitement. Lorsque l'assurée est affiliée à plus d'une caisse, l'indemnité d'allaitement lui est due par la caisse qui l'assure pour les soins médicaux et pharmaceutiques et, si elle n'est pas assurée pour ces soins, par la caisse dont elle fait partie depuis le plus de temps.

<sup>6</sup> La durée des prestations en cas de maternité est de dix semaines, dont au moins six après l'accouchement; elle ne peut être imputée sur les durées prévues aux articles 12, 12*bis* et 12*ter*, et les prestations en cas de maternité doivent être accordées même si ces durées sont expirées. Les examens de contrôle prévus au 2<sup>e</sup> alinéa, chiffre 4, doivent être pris en charge dès le début de la grossesse.

#### Art. 14*bis* (nouveau)

<sup>1</sup> Les caisses doivent, sous réserve des 2<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> alinéas, imposer aux assurés une participation aux frais médicaux et pharmaceutiques dont le taux ne peut être, en moyenne, inférieur à un dixième ni supérieur à un quart. Cette participation ne peut être échelonnée selon le sexe.

<sup>2</sup> Aucune participation aux frais ne sera exigée:

- a. En cas de séjour dans un établissement hospitalier;
- b. En cas de tuberculose;
- c. En cas de cure balnéaire;
- d. En cas de maternité.

<sup>3</sup> Les caisses sont autorisées à percevoir une taxe lors de la délivrance des feuilles de maladie.

<sup>4</sup> Le Conseil fédéral édicte les dispositions de détail sur la participation aux frais et la taxe sur feuille de maladie. Les caisses pour lesquelles cette mesure ne se révèle pas nécessaire peuvent être dispensées d'instaurer la participation aux frais, entièrement ou en partie.

#### Art. 19*bis* (nouveau)

<sup>1</sup> L'assuré a, sous réserve du 6<sup>e</sup> alinéa, le libre choix parmi les établissements hospitaliers suisses.

<sup>2</sup> Si l'assuré se rend, à son lieu de résidence ou dans les environs, dans un établissement avec lequel la caisse a passé convention, celle-ci doit calculer ses prestations au moins selon les taxes de la salle commune dudit établissement.

VII. Participa-  
tion aux frais;  
taxe sur feuille  
de maladie

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

<sup>3</sup> Si l'assuré se rend dans un autre établissement hospitalier, la caisse peut calculer ses prestations selon les taxes de la salle commune de l'établissement le plus proche avec lequel elle a passé convention au lieu de résidence de l'assuré ou dans les environs. Si ce mode de calcul a des conséquences inéquitables, le gouvernement cantonal, sur préavis des intéressés, peut déclarer le 4<sup>e</sup> alinéa applicable en ce qui concerne le calcul des prestations de la caisse.

<sup>4</sup> Si, au lieu de résidence de l'assuré ou dans les environs, il ne se trouve pas d'établissement hospitalier avec lequel elle a passé convention, la caisse doit calculer ses prestations au moins selon les taxes de la salle commune de l'établissement public qui est le plus proche, dans le même canton, du lieu de résidence de l'assuré. Les gouvernements cantonaux désignent les établissements avec salle commune qui sont réputés publics. Les 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> alinéas sont réservés.

<sup>5</sup> Si l'assuré doit, pour des raisons médicales, se rendre dans un établissement hospitalier déterminé, la caisse doit calculer ses prestations selon les taxes de la salle commune de cet établissement.

<sup>6</sup> En cas de tuberculose, l'assuré n'a le choix que parmi les établissements hospitaliers autorisés par le Conseil fédéral à recevoir et à traiter des assurés tuberculeux.

<sup>7</sup> En cas de cure balnéaire ordonnée par le médecin, l'assuré a le choix entre les stations thermales suisses dirigées par un médecin.

#### Art. 21, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> al. (nouveaux)

<sup>4</sup> Sont réputées sages-femmes les personnes autorisées par un canton à exercer en cette qualité. Les articles 15, 1<sup>er</sup> alinéa, et 17, 1<sup>er</sup> alinéa, sont applicables par analogie.

<sup>5</sup> Le Conseil fédéral, sur préavis des associations intéressées, établira les règles générales selon lesquelles le personnel paramédical et les laboratoires qui sont dirigés par une personne ayant reçu une formation scientifique et font des analyses sont autorisés à exercer leur activité à la charge des caisses. Sont réservées les dispositions cantonales contenant des exigences plus grandes.

#### Art. 22bis (nouveau)

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral, sur préavis des intéressés, fixe les taxes que les pharmaciens doivent appliquer pour la fourniture des médicaments pouvant être prescrits aux assurés et pour la manipulation, ainsi que les taxes des analyses faites par les pharmaciens et les laboratoires. Ces taxes sont considérées comme des minimums et peuvent être augmentées de 10 pour cent au plus par convention.

2. Autres tarifs

<sup>2</sup> Les taxes applicables pour les prestations des sages-femmes, ainsi que celles qui sont applicables pour les traitements auxquels procède le personnel paramédical sur prescription du médecin, sont fixées par convention passée entre les caisses et ces personnes. Lorsqu'aucune convention ne peut être conclue, le gouvernement cantonal, sur préavis des intéressés, fixe les taxes pour les prestations desdites personnes.

<sup>3</sup> Lorsqu'aucune convention ne peut être conclue entre caisses et établissements hospitaliers, le gouvernement cantonal, sur préavis des intéressés, fixe les tarifs:

- a. Pour les soins donnés par le médecin, traitements et analyses en salle commune des établissements hospitaliers;
- b. Pour le traitement ambulatoire en établissement hospitalier.

<sup>4</sup> Les tarifs prévus au 3<sup>e</sup> alinéa doivent tenir compte des circonstances locales et du caractère spécial de l'établissement dont il s'agit.

<sup>5</sup> Les conventions passées entre caisses, d'une part, et pharmaciens, sages-femmes, personnel paramédical, laboratoires ou établissements hospitaliers, d'autre part, doivent être soumises à l'approbation du gouvernement cantonal. Celui-ci examine si les taxes et les autres clauses conventionnelles sont conformes à la loi et à l'équité.

<sup>6</sup> Les dispositions édictées par le gouvernement cantonal conformément aux alinéas 2 à 5, ou les décisions qu'il a prises conformément à ces alinéas, peuvent être l'objet d'un recours au Conseil fédéral dans les trente jours; le recourant peut aussi faire valoir que l'arrêté ou la décision n'est pas approprié aux circonstances.

#### Art. 25

K. Tribunal  
arbitral

<sup>1</sup> Les contestations entre caisses, d'une part, et médecins, pharmaciens, sages-femmes, personnel paramédical, laboratoires ou établissements hospitaliers, d'autre part, sont jugées par un tribunal arbitral dont la juridiction s'étend à tout le canton.

<sup>2</sup> Le tribunal compétent est celui du canton dont le tarif est appliqué ou du canton dans lequel se trouve l'installation permanente du médecin ou du membre du personnel paramédical, ou la pharmacie, ou l'établissement hospitalier ou le laboratoire, ou dans lequel la sage-femme a son domicile.

<sup>3</sup> Les gouvernements cantonaux désignent le tribunal arbitral et fixent la procédure. Le tribunal arbitral se compose d'un président neutre et de représentants en nombre égal des caisses, d'une part, et, selon le cas, des médecins, des pharmaciens, des sages-femmes, du personnel paramédical, des laboratoires ou des établissements hospitaliers, d'autre part.

<sup>4</sup> Les jugements contiendront les motifs retenus et l'indication des voies de droit; ils seront communiqués par écrit dans les trente jours du prononcé.

#### Art. 26

<sup>1</sup> L'assurance ne doit pas être une source de gain pour les assurés.

<sup>2</sup> Lorsqu'une personne est assurée pour une indemnité journalière auprès de plus d'une caisse et que les prestations doivent être réduites en vertu du 1<sup>er</sup> alinéa, les prestations de chaque caisse seront, par rapport au total versé, dans la même proportion que l'est l'indemnité assurée par elle par rapport au total des indemnités assurées.

<sup>3</sup> Lorsque d'autres assureurs que ceux qui sont mentionnés au 2<sup>e</sup> alinéa sont aussi tenus à prestations, les caisses n'accorderont leurs prestations qu'au plus dans la mesure où, celles des autres assureurs étant prises en considération, l'assurance n'est pas une source de gain pour l'assuré.

<sup>4</sup> Le Conseil fédéral peut fixer à quelles conditions et dans quelle mesure la caisse est provisoirement tenue à prestations tant qu'il n'est pas certain que l'assuré a un droit envers la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, l'assurance militaire ou l'assurance-invalidité; il peut, en outre, régler le remboursement ultérieur par les autres assureurs des prestations fournies par la caisse.

L. Dispositions  
diverses  
I. Surassurance

#### Art. 27

<sup>1</sup> Les fédérations de caisses sont reconnues comme fédérations de réassurance si elles pratiquent exclusivement la réassurance de prestations des caisses qui leur sont affiliées. Les dispositions du titre premier de la présente loi sont applicables par analogie aux fédérations de réassurance.

<sup>2</sup> Les caisses qui offrent toute garantie d'une bonne application peuvent être autorisées à réassurer des prestations d'autres caisses.

II. Réassurance

#### Art. 30

<sup>1</sup> Lorsque l'assuré ou le candidat n'accepte pas une décision de la caisse, celle-ci doit la lui communiquer par écrit avec indication des motifs, des voies de recours et du délai de recours.

<sup>2</sup> Recours peut être formé contre cette décision, dans les trente jours de sa communication, auprès du tribunal des assurances prévu à l'article 30 bis, 1<sup>er</sup> alinéa.

<sup>3</sup> Si la caisse ne communique pas sa décision dans un délai approprié, il peut être formé recours auprès du tribunal cantonal des assurances en l'absence de décision.

V. Tribunaux  
des assurances  
1. Décisions  
des caisses

<sup>4</sup> Les décisions prévues au 1<sup>er</sup> alinéa passent en force de chose jugée s'il n'est pas formé recours dans le délai prévu ou si le recours n'a pas abouti. Les décisions qui portent sur un paiement en argent sont, lorsqu'elles ont passé en force, assimilées à des jugements exécutoires au sens de l'article 80 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite.

<sup>5</sup> Les caisses ne peuvent subordonner la communication de leurs décisions ni le droit de s'adresser au tribunal cantonal des assurances à l'obligation d'avoir épuisé la voie de recours prévue au sein de la caisse elle-même.

#### Art. 30bis (nouveau)

2. Tribunaux  
cantonaux  
des assurances

<sup>1</sup> Les cantons désignent un tribunal des assurances dont la juridiction s'étend à tout le canton pour connaître, en instance unique sur le plan cantonal, des contestations des caisses entre elles ou avec leurs assurés ou des tiers qui concernent des droits que les parties font valoir en se fondant sur la présente loi, les dispositions d'exécution fédérales ou cantonales ou les dispositions établies par les caisses.

<sup>2</sup> Le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'assuré ou le tiers a son domicile au moment de l'ouverture de l'action ou du canton où se trouve le siège de la caisse.

<sup>3</sup> Les cantons règlent la procédure. Celle-ci doit satisfaire aux exigences ci-après :

- a. Elle doit être simple, rapide et, en principe, gratuite pour les parties; des émoluments de justice et les frais de procédure peuvent toutefois être mis à la charge du recourant en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère.
- b. L'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions. Si l'acte de recours n'est pas conforme à ces règles, le juge impartit un délai à son auteur pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté.
- c. Le tribunal des assurances établit d'office les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement.
- d. Le juge n'est pas lié par les conclusions des parties. Il peut réformer au détriment du recourant la décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer.
- e. Si les circonstances le justifient, le juge ordonne des débats. Les délibérations ont lieu en l'absence des parties.

- f. Le droit de se faire assister par un conseil est garanti. Lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite sera accordée au recourant.
- g. Les jugements contiendront les motifs retenus et l'indication des voies de droit; ils seront communiqués par écrit dans les trente jours du prononcé.
- h. Les jugements doivent être révisés si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts subséquentement ou si un crime ou un délit a influencé le jugement.

#### Art. 30<sup>ter</sup> (nouveau)

<sup>1</sup> Les parties et le Conseil fédéral peuvent, dans les trente jours de la communication, former recours auprès du Tribunal fédéral des assurances contre les jugements des tribunaux arbitraux ou des tribunaux cantonaux des assurances.

2. Tribunal  
fédéral  
des assurances

<sup>2</sup> Le recours n'est recevable que pour violation du droit fédéral ou pour arbitraire dans la constatation ou l'appréciation des faits.

<sup>3</sup> Est applicable, par analogie, à la procédure à suivre l'arrêté fédéral du 28 mars 1917 concernant l'organisation du Tribunal fédéral des assurances et la procédure à suivre devant ce tribunal. Jusqu'à l'adaptation de cet arrêté, les dispositions nécessaires pourront être édictées par voie d'ordonnance.

#### Art. 32

Abrogé

#### Art. 33

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral surveille l'exécution du premier titre de la présente loi, et fait en sorte que celui-ci soit appliqué de manière uniforme. L'autorité de surveillance peut, à cette fin, donner aux caisses des instructions relatives en particulier à l'organisation et à la gestion, à la tenue des comptes, au placement de la fortune, à l'établissement du bilan, à l'organe de contrôle et aux mesures à prendre pour la sécurité financière.

VII.  
Surveillance;  
mesures  
d'ordre

<sup>2</sup> Les caisses doivent remettre à l'autorité de surveillance leurs comptes annuels, les pièces permettant le contrôle des comptes et le calcul des subsides fédéraux, ainsi que les statistiques nécessaires; elles lui donneront, en outre, tout renseignement utile. L'autorité de surveillance a le droit d'examiner les livres et de contrôler la gestion sur place.

<sup>3</sup> Si une caisse contrevient aux prescriptions de la présente loi, aux dispositions d'exécution édictées en vertu de celle-ci, ou aux instructions données conformément au 1<sup>er</sup> alinéa, les subsides fédéraux peuvent, après une sommation écrite demeurée sans succès, être bloqués totalement ou en partie et, dans les cas graves, refusés.

<sup>4</sup> La reconnaissance doit être retirée à toute caisse

- a. Qui ne remplit plus les conditions légales et qui, malgré sommation de l'autorité de surveillance, ne prend pas, dans un délai convenable, les mesures nécessaires pour remédier à cet état de choses;
- b. Qui, malgré avertissement, ne donne pas suite, de manière répétée, aux instructions de l'autorité de surveillance.

#### Art. 35

<sup>1</sup> La Confédération alloue aux caisses les subsides annuels suivants:

- a. Pour l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, des subsides par assuré fixés de façon à représenter, pour les hommes, 10 pour cent, pour les femmes, 20 pour cent et, pour les enfants jusques et y compris l'année où ils atteignent l'âge de 15 ans, 30 pour cent, de la moyenne suisse des frais médico-pharmaceutiques de l'année précédente, calculée pour chacune de ces catégories. Lorsque les caisses ne prennent pas en charge au moins les médicaments dont le paiement est recommandé par le Conseil fédéral selon l'article 12, 6<sup>e</sup> alinéa, dernière phrase, lesdits subsides seront diminués, pour chaque catégorie, de 2 francs.
- b. Pour l'assurance d'une indemnité journalière, des subsides de 2 francs par assuré.

<sup>2</sup> Dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, la Confédération alloue aux caisses pour chaque accouchement un subside représentant 40 pour cent de la moyenne suisse des frais médico-pharmaceutiques par accouchement de l'année précédente. Dans l'assurance d'une indemnité journalière, la Confédération alloue aux caisses un subside de 20 francs par accouchement.

<sup>3</sup> Lorsqu'une personne est assurée auprès de plusieurs caisses, chacune d'entre elles a droit au subside correspondant aux prestations qu'elle accorde.

<sup>4</sup> La Confédération rembourse aux caisses les indemnités d'allaitement minimales versées en vertu de l'article 14, 5<sup>e</sup> alinéa.

<sup>5</sup> Le Conseil fédéral édicte les dispositions de détail sur les frais moyens déterminants prévus aux 1<sup>er</sup> alinéa, lettre a, et 2<sup>e</sup> alinéa. Ne peuvent être comprises dans ces frais

- a. Les prestations pour lesquelles la Confédération alloue les subsides prévus aux articles 36 et 37.
- b. Les prestations accordées dans les branches d'assurance jointes à l'assurance-maladie par les caisses en vertu de l'article 3, 5<sup>e</sup> alinéa.

<sup>6</sup> Le Conseil fédéral peut supprimer les subsides fédéraux prévus par le présent article et par les articles 36 et 37 pour les assurés résidant hors de Suisse.

#### Art. 36

<sup>1</sup> La Confédération rembourse aux caisses ou aux fédérations de réassurance 40 pour cent des prestations médico-pharmaceutiques et 36 pour cent de l'indemnité journalière allouées en cas de tuberculose. L'article 37 est réservé.

II. Subsides pour les prestations en cas de tuberculose

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral fixe, pour les contributions journalières aux frais de cure et pour l'indemnité journalière, les montants maximaux entrant en considération pour le subside fédéral.

#### Art. 37

La Confédération rembourse aux caisses ou aux fédérations de réassurance 50 pour cent des prestations médico-pharmaceutiques dont la durée ne peut, conformément aux articles 12, 4<sup>e</sup> alinéa, et 12<sup>ter</sup>, 2<sup>e</sup> alinéa, chiffre 1, lettre b, être imputée sur celle des prestations en cas de traitement dans un établissement hospitalier.

III. Subsides pour soins médico-pharmaceutiques des invalides

#### Art. 38

<sup>1</sup> Dans les régions de montagne, la Confédération alloue aux caisses, pour l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, un subside supplémentaire de montagne par assuré et par an. Ce subside ne peut être supérieur au quart de la moyenne suisse des frais médico-pharmaceutiques de l'année précédente. Son montant sera fixé de manière uniforme pour chaque caisse eu égard à son rayon d'activité.

IV. Subside supplémentaire de montagne

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral désigne les régions de montagne. Il peut arrondir au franc immédiatement supérieur le montant maximal prévu au 1<sup>er</sup> alinéa.

## II

<sup>1</sup> Le titre marginal de l'article 6 devient «II b. Egalité des sexes».

<sup>2</sup> Le titre marginal de l'article 13 devient «IV Stage. Délai d'attente». D'autre part, au 2<sup>e</sup> alinéa de cet article, l'expression «indemnité de chômage» est remplacée par «indemnité journalière».

<sup>3</sup> Le titre marginal de l'article 15 devient «E. Choix du médecin, de la pharmacie et de l'établissement hospitalier...».

<sup>4</sup> Le titre marginal de l'article 21 devient «G. Qualification des médecins, des pharmaciens, des sages-femmes, du personnel paramédical et des laboratoires».

<sup>5</sup> Le titre marginal de l'article 22 devient «H. Tarifs et conventions 1. Tarif médical». Au 1<sup>er</sup> alinéa, les mots «et pharmaceutiques», «et des pharmaciens» ainsi que «et pour chaque médicament» sont supprimés. Au 2<sup>e</sup> alinéa, les mots «ou pharmaciens» sont supprimés et, dans la dernière phrase, le mot «vingt» est remplacé par «trente».

<sup>6</sup> Le titre marginal de l'article 23 est précédé du chiffre III.

<sup>7</sup> Le titre marginal de l'article 34 est précédé du chiffre VIII.

<sup>8</sup> Le titre marginal de l'article 39 est précédé du chiffre V.

<sup>9</sup> L'article 73, 1<sup>er</sup> alinéa, dernière phrase est rédigé ainsi: «Les articles suivants sont applicables par analogie: Articles 15 à 19, 20 à 22, 22 bis en tant qu'il concerne les tarifs des pharmaciens, du personnel paramédical et des laboratoires, 23 à 25, ainsi que 30<sup>ter</sup> en tant qu'il concerne les jugements du tribunal arbitral».

### III

Dès l'entrée en vigueur de la présente loi, sont abrogés:

- a. L'article 15 de la loi fédérale du 13 juin 1928 sur la lutte contre la tuberculose;
- b. L'arrêté fédéral du 14 décembre 1960 allouant en 1961, 1962 et 1963 des subsides supplémentaires aux caisses-maladie reconnues.
- c. Les dispositions cantonales et communales qui sont contraires à la présente loi.

### IV

La loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite est complétée comme il suit, à son article 219:

Deuxième classe

«les créances de cotisations des caisses-maladie reconnues par la Confédération».

### V

Les cantons et communes soumettront à l'approbation du Conseil fédéral, dans le délai fixé par lui, les dispositions d'exécution et d'adaptation nécessaires en vertu de la présente loi. Dans les cantons et les communes où il n'est pas possible d'édicter ces dispositions jusqu'au

moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, l'autorité exécutive peut établir une réglementation provisoire. Cette réglementation doit être soumise au Conseil fédéral pour approbation.

## VI

Les caisses et fédérations de réassurance doivent adapter leurs statuts et règlements aux dispositions de la présente loi jusqu'à une date que le Conseil fédéral fixera. Jusqu'à cette date, les anciens statuts et règlements restent en vigueur.

## VII

La présente loi entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1963.

## TABLEAUX

Numéro

*Assurés*

- 1 La densité de l'assurance dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques
- 2 La densité de l'assurance dans l'assurance d'une indemnité journalière
- 3 Effectifs annuels moyens des assurés pour les soins médico-pharmaceutiques
- 4 Effectifs annuels moyens des assurés pour une indemnité journalière

*Frais moyens et fréquences*

- 5 Frais médico-pharmaceutiques moyens par assuré
- 6 Frais médico-pharmaceutiques moyens par accouchement
- 7 Frais moyens pour tuberculose par assuré
- 8 Cas d'accouchement et cas d'allaitement

*Situation financière annuelle des caisses*

- 9 Recettes des caisses exprimées en nombres absolus
- 10 Recettes des caisses exprimées en nombres relatifs
- 11 Dépenses des caisses exprimées en nombres absolus
- 12 Dépenses des caisses exprimées en nombres relatifs
- 13 Fortune des caisses

Remarque: Tous les chiffres qui se rapportent aux années 1960 et ultérieures représentent des estimations basées sur le droit en vigueur, étant admis que la revision déploie ses effets à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1963.

**La densité de l'assurance dans l'assurance des soins  
médico-pharmaceutiques**

1950 - 1964

Tableau I

Année	Moyenne estimative de la population résidente	Assurés pour les soins médico-pharmaceutiques (effectif annuel moyen)	Densité de l'assurance en pour-cent
1950	4 694 000	2 574 399	54,8
1951	4 749 000	2 658 087	56,0
1952	4 815 000	2 783 467	57,8
1953	4 877 000	2 902 783	59,5
1954	4 927 000	3 020 676	61,3
1955	4 977 000	3 158 227	63,5
1956	5 039 000	3 306 220	65,6
1957	5 117 000	3 460 214	67,6
1958	5 185 000	3 602 743	69,5
1959	5 240 000	3 734 786	71,3
1960	5 335 000	3 880 000	73
1961	5 400 000	4 000 000	74
1962	5 460 000	4 100 000	75
1963	5 520 000	4 190 000	76
1964	5 580 000	4 260 000	76

**La densité de l'assurance  
dans l'assurance d'une indemnité journalière**

1950 - 1964

Tableau 2

Année	Moyenne estimative de la population résidente <sup>(1)</sup>	Assurés pour une indemnité journalière (effectif annuel moyen)	Densité de l'assurance en pour-cent
1950	3 587 000	1 698 199	47,3
1951	3 623 000	1 772 172	48,9
1952	3 669 000	1 843 642	50,2
1953	3 711 000	1 923 909	51,8
1954	3 742 000	1 996 069	53,3
1955	3 772 000	2 079 143	55,1
1956	3 816 000	2 161 917	56,7
1957	3 879 000	2 266 198	58,4
1958	3 937 000	2 346 549	59,6
1959	3 984 000	2 414 124	60,6
1960	4 055 000	2 530 000	62
1961	4 104 000	2 600 000	63
1962	4 150 000	2 670 000	64
1963	4 195 000	2 720 000	65
1964	4 241 000	2 760 000	65

<sup>(1)</sup> Sans enfants (0-14 ans).  
<sup>(2)</sup> Les personnes assurées simultanément auprès de deux caisses sont comptées à double

**Effectifs annuels moyens des assurés pour les soins  
médico-pharmaceutiques**

1950 - 1964

Tableau 3

Année	Hommes	Femmes	Enfants	Ensemble
1950	918 826	1 036 996	618 577	2 574 399
1951	939 539	1 064 597	653 951	2 658 087
1952	983 282	1 105 972	694 213	2 783 467
1953	1 020 804	1 146 665	735 314	2 902 783
1954	1 052 538	1 184 763	783 375	3 020 676
1955	1 093 047	1 228 798	836 382	3 158 227
1956	1 143 519	1 276 952	885 749	3 306 220
1957	1 202 645	1 328 492	929 077	3 460 214
1958	1 253 895	1 381 829	967 019	3 602 743
1959	1 295 407	1 427 323	1 012 056	3 734 786
1960	1 340 000	1 480 000	1 060 000	3 880 000
1961	1 380 000	1 510 000	1 110 000	4 000 000
1962	1 410 000	1 550 000	1 140 000	4 100 000
1963	1 440 000	1 580 000	1 170 000	4 190 000
1964	1 460 000	1 600 000	1 200 000	4 260 000

## Effectifs annuels moyens des assurés pour une indemnité journalière

1950 - 1964

Tableau 4

Année	Hommes	Femmes	Ensemble
1950	920 445	777 754	1 698 199
1951	960 821	811 351	1 772 172
1952	999 067	844 575	1 843 642
1953	1 043 627	880 282	1 923 909
1954	1 078 122	917 947	1 996 069
1955	1 123 102	956 041	2 079 143
1956	1 165 570	996 347	2 161 917
1957	1 224 187	1 042 011	2 266 198
1958	1 264 454	1 082 095	2 346 549
1959	1 296 781	1 117 343	2 414 124
1960	1 360 000	1 170 000	2 530 000
1961	1 400 000	1 200 000	2 600 000
1962	1 440 000	1 230 000	2 670 000
1963	1 460 000	1 260 000	2 720 000
1964	1 480 000	1 280 000	2 760 000

**Frais médico-pharmaceutiques moyens par assuré**  
(sans les frais pour accouchement et tuberculose)

1950 - 1964

Tableau 5

Année	Nombres absolus en francs				Indice Année de base 1950 = 100			
	Hommes	Femmes	Enfants	Ensemble	Hommes	Femmes	Enfants	Ensemble
1950	43.64	66.73	35.50	51.48	100,0	100,0	100,0	100,0
1951	47.—	69.76	38.46	54.47	107,7	104,5	108,3	105,8
1952	49.21	74.32	38.77	57.08	112,8	111,4	109,2	110,9
1953	51.96	76.58	40.—	59.13	119,1	114,8	112,7	114,9
1954	53.50	79.62	42.29	61.33	122,6	119,3	119,1	119,1
1955	56.25	83.98	43.74	64.23	128,9	125,9	123,2	124,8
1956	58.32	86.97	44.09	66.05	133,6	130,3	124,2	128,3
1957	60.75	89.80	46.20	68.46	139,2	134,6	130,1	133,0
1958	64.57	95.33	48.26	72.42	148,0	142,9	135,9	140,7
1959	67.63	100.77	50.23	76.—	155,0	151,0	141,5	147,6
1960	69.30	102.40	51.20	77.30	159	154	144	150
1961	71.80	106.—	52.70	79.90	165	159	148	155
1962	74.30	109.60	54.20	82.50	170	164	153	160
1963	84.50	124.50	61.30	93.60	194	187	173	182
1964	87.20	128.50	62.90	96.50	200	193	177	187

**Frais médico-pharmaceutiques moyens par accouchement**

1950 - 1964

Tableau 6

Année	Nombres absolus en francs	Indice Année de base 1950 = 100
1950	92.86	100,0
1951	96.78	104,2
1952	103.63	111,6
1953	107.61	115,9
1954	111.16	119,7
1955	113.41	122,1
1956	120.28	129,5
1957	120.46	129,7
1958	127.46	137,3
1959	130.38	140,4
1960	138.50	149
1961	144.—	155
1962	149.50	161
1963	170.50	184
1964	176.60	190

## Frais moyens pour tuberculose par assuré

1950 - 1964

Tableau 7

Année	Nombres absolus en francs		Indice Année de base 1950 = 100	
	Soins médico-pharmaceutiques	Indemnité journalière	Soins médico-pharmaceutiques	Indemnité journalière
1950	5.21	3.52	100,0	100,0
1951	5.28	3.61	101,3	102,6
1952	5.32	3.66	102,1	104,0
1953	5.19	3.65	99,6	103,7
1954	5.09	3.62	97,7	102,8
1955	4.73	3.52	90,8	100,0
1956	4.44	3.37	85,2	95,7
1957	4.02	3.17	77,2	90,1
1958	3.95	3.14	75,8	89,2
1959	4.12	2.99	79,1	84,9
1960	3.73	2.92	72	83
1961	3.62	2.81	69	80
1962	3.51	2.70	67	77
1963	3.40	2.59	65	74
1964	3.30	2.50	63	71

### Cas d'accouchement et cas d'allaitement

1950 - 1964

Tableau 8

Année	Cas d'accouchement		Cas d'allaitement	
	pour 100 femmes assurées	Indice Année de base 1950 = 100	pour 100 femmes assurées	Indice Année de base 1950 = 100
1950	5,2	100,0	2,5	100,0
1951	5,0	96,2	2,3	92,0
1952	5,0	96,2	2,3	92,0
1953	4,9	94,2	2,3	92,0
1954	4,9	94,2	2,2	88,0
1955	4,9	94,2	2,1	84,0
1956	5,0	96,2	2,1	84,0
1957	5,0	96,2	2,1	84,0
1958	5,0	96,2	2,0	80,0
1959	5,1	98,1	2,0	80,0
1960	5,0	96	2,0	80
..	..	..	..	..
..	..	..	..	..
..	..	..	..	..
1964	5,0	96	2,0	80

## Recettes des caisses

1915 - 1964

Montants en milliers de francs

Tableau 9

Année	Versements des assurés (1)	Subsides de la Confédération	Subsides des cantons et des communes	Contributions d'employeurs (2)	Autres recettes (2)	Total
1915	8 238	1 893	377	570	*	11 078
1920	24 259	4 332	2 218	1 753	*	32 562
1925	33 242	6 442	2 207	1 175	*	43 066
1930	52 663	8 840	4 401	1 223	4 188	71 315
1935	65 629	10 236	5 698	1 234	5 012	87 809
1940	75 663	10 857	5 953	1 214	6 060	99 747
1945	114 505	17 445	8 356	2 145	7 651	150 102
1950	205 096	24 464	13 317	5 713	12 640	261 230
1951	224 198	26 904	13 622	7 973	13 533	286 230
1952	240 721	29 912	16 097	7 847	14 996	309 573
1953	260 331	26 389	16 843	8 305	15 449	327 317
1954	281 728	31 761	19 156	8 465	15 801	356 911
1955	310 334	31 023	20 010	9 489	16 520	387 376
1956	339 205	31 834	21 237	9 547	20 539	422 362
1957	375 749	41 718	22 467	10 955	17 458	468 347
1958	404 702	46 556	25 976	11 975	18 609	507 818
1959	436 615	46 557	25 432	11 936	23 286	543 826
1960	464 000	49 000	27 000	12 000	24 000	576 000
1961	485 000	58 000	29 000	13 000	25 000	610 000
1962	516 000	59 000	30 000	14 000	26 000	645 000
1963	568 000	89 000	32 000	15 000	27 000	731 000
1964	617 000	99 000	33 000	16 000	28 000	793 000

(1) Cotisations, participations aux frais médico-pharmaceutiques, taxes sur feuille de maladie.  
(2) Pour autant qu'elles figurent dans le compte annuel.  
(\*) Intérêts, etc.

## Recettes des caisses

1915 - 1964

Répartition en pour-cent (total = 100)

Tableau 10

Année	Versements des assurés <sup>(1)</sup>	Subsides de la Confédération	Subsides des cantons et des communes	Contributions d'employeurs <sup>(2)</sup>	Autres recettes <sup>(3)</sup>	Total
1915	74,4	17,1	3,4	5,1	*	100,0
1920	74,5	13,3	6,8	5,4	*	100,0
1925	77,2	15,0	5,1	2,7	*	100,0
1930	73,8	12,4	6,2	1,7	5,9	100,0
1935	74,7	11,7	6,5	1,4	5,7	100,0
1940	75,8	10,9	6,0	1,2	6,1	100,0
1945	76,3	11,6	5,6	1,4	5,1	100,0
1950	78,5	9,4	5,1	2,2	4,8	100,0
1951	78,3	9,4	4,8	2,8	4,7	100,0
1952	77,8	9,7	5,2	2,5	4,8	100,0
1953	79,6	8,1	5,1	2,5	4,7	100,0
1954	78,9	8,9	5,4	2,4	4,4	100,0
1955	80,1	8,0	5,2	2,4	4,3	100,0
1956	80,2	7,6	5,0	2,3	4,9	100,0
1957	80,3	8,9	4,8	2,3	3,7	100,0
1958	79,7	9,2	5,1	2,4	3,6	100,0
1959	80,3	8,5	4,7	2,2	4,3	100,0
1960	80	9	5	2	4	100
1961	79	10	5	2	4	100
1962	80	9	5	2	4	100
1963	78	12	4	2	4	100
1964	78	12	4	2	4	100

(1) Cotisations, participations aux frais médico-pharmaceutiques, taxes sur feuille de maladie.  
 (2) Pour autant qu'elles figurent dans le compte annuel.  
 (3) Intérêts, etc.

## Dépenses des caisses

1915 - 1964

Montants en milliers de francs

Tableau 11

Année	Indemnités journalières y compris accouchements	Frais médico-pharmaceutiques y compris accouchements	Autres dépenses <sup>(1)</sup>	Frais d'administration	Total <sup>(2)</sup>
1915	6 894	3 066	214	877	11 051
1920	15 822	12 332	528	3 065	31 747
1925	17 079	17 965	756	3 965	39 765
1930	24 127	35 026	2 630	5 948	67 731
1935	27 224	47 785	3 147	7 611	85 767
1940	27 526	54 521	4 295	9 304	95 646
1945	38 529	88 319	5 339	14 009	146 196
1950	61 956	147 376	12 379	24 580	246 291
1951	70 702	160 666	15 928	26 643	273 939
1952	70 838	175 684	15 355	28 371	290 248
1953	78 351	189 340	18 827	30 697	317 215
1954	81 659	203 225	22 971	32 841	340 696
1955	90 371	219 757	28 353	35 549	374 030
1956	97 220	240 077	32 930	38 485	408 712
1957	113 670	258 062	46 302	42 813	460 847
1958	111 450	280 452	42 658	46 828	481 388
1959	117 212	304 442	48 195	50 178	520 027
1960	129 000	323 000	52 000	51 000	555 000
1961	136 000	343 000	56 000	54 000	589 000
1962	144 000	362 000	61 000	57 000	624 000
1963	161 000	419 000	66 000	60 000	706 000
1964	168 000	438 000	70 000	63 000	739 000

(<sup>1</sup>) Prestations d'autres branches d'assurance, primes de réassurance, réserves (provisions), indemnités d'allaitement, etc.  
(<sup>2</sup>) Jusqu'en 1926, les petits postes de dépenses n'ont pas été pris en considération.

## Dépenses des caisses

1915 - 1964

Répartition en pour-cent (total = 100)

Tableau 12

Année	Indemnités journalières y compris accouchements	Frais médico-pharmaceutiques y compris accouchements	Autres dépenses <sup>(1)</sup>	Frais d'administration	Total <sup>(2)</sup>
1915	62,5	27,7	1,9	7,9	100,0
1920	49,8	38,8	1,7	9,7	100,0
1925	42,9	45,2	1,9	10,0	100,0
1930	35,6	51,7	3,9	8,8	100,0
1935	31,7	55,7	3,7	8,9	100,0
1940	28,8	57,0	4,5	9,7	100,0
1945	26,4	60,3	3,7	9,6	100,0
1950	25,2	59,8	5,0	10,0	100,0
1951	25,8	58,7	5,8	9,7	100,0
1952	24,4	60,5	5,3	9,8	100,0
1953	24,7	59,7	5,9	9,7	100,0
1954	24,0	59,6	6,8	9,6	100,0
1955	24,2	58,7	7,6	9,5	100,0
1956	23,8	58,7	8,1	9,4	100,0
1957	24,7	56,0	10,0	9,3	100,0
1958	23,2	58,3	8,8	9,7	100,0
1959	22,6	58,6	9,2	9,6	100,0
1960	24	58	9	9	100
1961	23	58	10	9	100
1962	23	58	10	9	100
1963	23	59	9	9	100
1964	23	59	9	9	100

(1) Prestations d'autres branches d'assurance, primes de réassurance, réserves (provisions), indemnités d'allaitement, etc.  
(2) Jusqu'en 1926, les petits postes de dépenses n'ont pas été pris en considération.

## Fortune des caisses

1915 - 1964

Tableau 13

Année	Dépenses en milliers de francs	Fortune		Augmentation de la fortune pour l'année en cause en milliers de francs
		nombres absolus en milliers de francs	en pour-cent des dépenses	
1915	11 051	12 361	111,9	2 728
1920	31 747	23 354	73,6	3 739
1925	39 765	45 862	115,3	5 568
1930	67 731	68 518	101,2	5 267
1935	85 767	87 299	101,8	2 085
1940	95 646	107 432	112,3	3 193
1945	146 196	112 758	77,1	4 602
1950	246 291	169 694	68,9	15 543
1951	273 939	194 889	71,1	25 195
1952	290 248	218 153	75,2	23 264
1953	317 215	229 615	72,4	11 362
1954	340 696	241 587	70,9	12 072
1955	374 030	256 420	68,6	14 833
1956	408 712	269 722	66,0	13 302
1957	460 847	271 742	59,0	2 020
1958	481 388	296 524	61,6	24 782
1959	520 027	318 792	61,3	22 268
1960	555 000	340 000	61	21 000
1961	589 000	361 000	61	21 000
1962	624 000	382 000	61	21 000
1963	706 000	407 000	58	25 000
1964	739 000	461 000	62	54 000

**MESSAGE du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale à l'appui d'un projet de loi modifiant  
le titre premier de la sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (Du 5 juin 1961)**

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1961
Année	
Anno	
Band	1
Volume	
Volume	
Heft	25
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	8251
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	22.06.1961
Date	
Data	
Seite	1425-1545
Page	
Pagina	
Ref. No	10 096 193

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.