

**Message  
concernant des mesures temporaires  
contre l'augmentation des coûts et la désolidarisation  
dans l'assurance-maladie**

du 6 novembre 1991

---

Messieurs les Présidents, Mesdames et Messieurs,

Nous vous soumettons notre message concernant des mesures, dont la durée d'application sera limitée, pour freiner la hausse des coûts et la désolidarisation dans l'assurance-maladie et vous demandons d'accepter le projet ci-joint.

Nous vous prions d'agréer, Messieurs les Présidents, Mesdames et Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

6 novembre 1991

Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération, Cotti

Le chancelier de la Confédération, Couchepin

---

## Condensé

*La hausse des coûts de l'assurance-maladie et les augmentations de cotisations des caisses-maladie qui en découlent se sont aggravées ces derniers temps. Simultanément, les caisses-maladie tentent de s'évincer mutuellement, ce qui, vu les lacunes de la législation actuelle, a des conséquences dramatiques pour les assurés âgés et malades. Les cotisations constituent pour certains groupes d'assurés une charge qui n'est plus guère supportable. Ces problèmes sont connus depuis un certain temps, mais toutes les tentatives faites en vue de réviser l'assurance-maladie ont régulièrement échoué, la dernière en date lors du scrutin populaire du 6 décembre 1987. Outre le présent message, le Conseil fédéral soumet au Parlement son projet de révision fondamentale de l'assurance-maladie. Les délibérations de ce projet au Parlement demanderont probablement un certain temps. Entre-temps, les problèmes de l'assurance-maladie continuent de s'aggraver. C'est pourquoi nous vous proposons dans le présent message d'adopter des mesures d'urgence pour enrayer la hausse des coûts et la désolidarisation dans l'assurance-maladie, sous la forme d'un arrêté fédéral urgent dont la durée sera limitée.*

*Les mesures visant à freiner la hausse des coûts constituent le point essentiel du projet. En limitant les augmentations des tarifs et des prix s'agissant des prestations de l'assurance-maladie, nous espérons arriver à endiguer la hausse des coûts de l'assurance-maladie. Le but visé est que l'augmentation des coûts ne dépasse pas de plus d'un tiers celle des prix à la consommation. Au cours des dix dernières années, la hausse des coûts de l'assurance-maladie a atteint 89 pour cent. Par contre, le renchérissement général durant la même période n'a été que de 32,4 pour cent. En outre, l'augmentation des cotisations des caisses-maladie devra également être limitée. En 1993, cette mesure sera complétée par la compensation des risques entre caisses-maladie. De plus, aucune caisse-maladie ne sera reconnue pour la durée de validité de l'arrêté fédéral. Par ailleurs, le projet prévoit la limitation des frais d'administration des caisses-maladie. Il faut inciter les cantons à mettre davantage en œuvre des réductions de cotisations en fonction de la situation économique des assurés. Des subsides fédéraux d'un montant de 100 millions de francs seront mis à leur disposition à cet effet. L'arrêté fédéral n'aura effet que jusqu'au 31 décembre 1994.*

## 1 Partie générale

### 11 Situation de départ

Dans l'assurance-maladie pratiquée par les caisses-maladie, la hausse des coûts a, dans le passé, régulièrement été supérieure à l'évolution générale des salaires. C'est ainsi que les coûts annuels par assuré ont passé de 650 francs en 1980 à 1200 francs en 1989, soit une augmentation de 89 pour cent. Durant cette période, la hausse a été plus importante dans le secteur hospitalier (103%) que dans le domaine ambulatoire (85%) ou encore dans celui des médicaments (70%). En revanche, pendant la même période, les salaires ont été relevés de 42 pour cent seulement et le renchérissement général (indice des prix à la consommation) a été de 32,4 pour cent. Comme les cotisations des assurés augmentent en principe dans les mêmes proportions que les coûts, cela signifie que chaque ménage a dû consacrer une part toujours plus grande de son revenu aux cotisations des caisses-maladie.

Les coûts sont fonction de la quantité de prestations de santé fournies, multipliée par le prix de ces prestations. Dans le domaine des hôpitaux, l'augmentation est due avant tout à la hausse des taxes hospitalières (79% de 1980 à 1989) alors que l'évolution des facteurs quantitatifs (p. ex. le nombre des séjours à l'hôpital) joue, avec 13 pour cent, un rôle moins important. Dans le secteur des soins ambulatoires, par contre, les tarifs et les prix ne se sont accrus, de 1980 à 1989, que de 27 pour cent pour les traitements médicaux et de 19 pour cent pour les médicaments, ce qui est sensiblement inférieur à l'évolution générale des salaires (42%) et au renchérissement (32,4%). Les coûts pour chaque assuré n'en ont pas moins augmenté plus fortement que le coût de la vie et l'évolution des salaires. En effet, l'évolution des coûts dans le secteur ambulatoire repose pour l'essentiel sur l'évolution des facteurs quantitatifs: pendant la période allant de 1980 à 1989, ceux-ci ont augmenté de 47 pour cent dans le secteur du traitement médical et de 40 pour cent dans celui des médicaments.

Les chiffres les plus récents montrent que cette évolution se poursuit. Selon les premières extrapolations de l'Office fédéral des assurances sociales, les coûts ont, en 1990, augmenté d'environ 7 pour cent par rapport à l'année précédente. Par contre, l'évolution des salaires n'a été que de 5,9 pour cent pendant la même année. A la suite d'informations parues dans la presse, l'Office fédéral des assurances sociales a, au printemps 1991, demandé aux caisses de lui fournir des données sur l'évolution des coûts pour l'année en cours. C'est seulement en septembre 1991 que le Concordat des caisses-maladie suisses a présenté à cet office les estimations de différentes caisses sur l'augmentation des coûts en 1991 et sur les augmentations nécessaires de cotisations au 1<sup>er</sup> janvier 1992. Selon ces indications, il faut s'attendre, pour 1991, à une hausse substantielle des coûts (12 à 13%). Les augmentations des cotisations se situeraient ainsi, selon toute probabilité, entre 15 et 20 pour cent en moyenne. Certaines caisses prévoient certes des augmentations de cotisations qui se situent en dessous de l'évolution des coûts, mais d'autres prévoient dans certaines régions des augmentations allant jusqu'à 30

pour cent. Les augmentations des cotisations d'assurance-maladie gagnent ainsi une ampleur qui, à notre avis, contraint la Confédération à intervenir.

La désolidarisation à laquelle on assiste dans l'assurance-maladie constitue un autre problème. Le système actuel favorise les nouvelles caisses-maladie; celles-ci recrutent naturellement en premier lieu des assurés jeunes et en bonne santé et peuvent, dès lors, offrir des cotisations très avantageuses. Simultanément, les caisses «âgées» perdent ainsi des assurés jeunes, c'est-à-dire qui coûtent moins cher. Les victimes de cette situation sont les assurés âgés et malades qui, selon le droit actuel, ne peuvent pratiquement plus changer de caisse-maladie. Les indices selon lesquels les caisses-maladie elles-mêmes souhaitent créer de nouvelles «caisses bon marché» et établir avec celles-ci des «rapports de mère à fille» se sont multipliés ces derniers temps. Cela signifierait, à long terme, la ruine de l'assurance-maladie sous sa forme actuelle.

Le Conseil fédéral et le Parlement ont reconnu depuis longtemps qu'une révision de l'assurance-maladie était nécessaire. C'est pourquoi, après l'échec de la loi fédérale du 20 mars 1987 concernant la révision partielle de l'assurance-maladie, qui aurait notamment créé de nouveaux instruments destinés à freiner les coûts, le Conseil fédéral a décidé de préparer une révision fondamentale de l'assurance-maladie. Nous sommes de plus en plus persuadés que seule une révision fondamentale de la législation actuelle pourra résoudre les problèmes de l'assurance-maladie. C'est pourquoi nous soumettons aux Chambres fédérales, en même temps que le présent message, un message concernant la révision de l'assurance-maladie. Etant donné que, comme nous l'avons exposé plus haut, la situation de l'assurance-maladie se détériore à vue d'oeil, d'une part, et que, d'autre part, le Parlement doit disposer de suffisamment de temps pour débattre de nos propositions de révision fondamentale de l'assurance-maladie, nous proposons dans le présent message d'adopter quelques mesures pour lutter contre la hausse des coûts et la désolidarisation dans l'assurance-maladie au moyen d'un arrêté fédéral urgent dont la durée a été fixée à trois ans. Cela constituera – nous souhaitons le souligner expressément – une solution provisoire aux problèmes les plus pressants.

## **12 Résultats de la procédure préalable**

Vu l'urgence de cette affaire, la procédure de consultation s'est déroulée oralement. Répartis en trois groupes, les cantons, les partis politiques ainsi que les associations et organisations concernées ont eu l'occasion, les 17 et 18 octobre 1991, d'exprimer leur avis au sujet d'un avant-projet du Département fédéral de l'intérieur.

L'avant-projet s'est heurté à une forte opposition des représentants des cantons. De nombreux cantons ont fait valoir que le gouvernement cantonal n'avait pas pu prendre position dans un laps de temps si court. Les représentants des cantons qui étaient présents ont surtout qualifié la proposition de donner à la Confédération la compétence d'annuler, le cas échéant, les augmentations de tarifs qui avaient été prévues au 1<sup>er</sup> janvier 1992 et que la plupart des cantons avaient déjà adoptées, d'ingérence dans les compétences du canton et l'ont rejetée. Dans les partis

politiques, l'avant-projet a suscité le scepticisme s'agissant de l'efficacité des mesures proposées et de leur maniabilité. Le Parti socialiste suisse, l'Alliance des Indépendants ainsi que le Parti écologiste se sont en principe déclarés favorables au projet. Les associations économiques et celles d'employeurs l'ont rejeté. Par contre, les syndicats et les associations d'employés ont en principe approuvé le projet. La plupart des adversaires du projet ont cependant reconnu qu'il fallait agir, mais que les problèmes devaient être résolus par la voie d'une procédure législative ordinaire. Le Concordat des caisses-maladie suisses se prononce en faveur de mesures urgentes, mais il souligne en premier lieu l'urgence de mesures destinées à combattre la désolidarisation. Par contre, le projet a rencontré l'opposition des fournisseurs de prestations et de l'industrie pharmaceutique. Il n'y a eu aucune opposition aux mesures propres à encourager la solidarité entre les caisses-maladie. Les assureurs privés craignent que les mesures prises de manière anticipée en procédure d'urgence ne constituent une menace pour la révision de l'assurance-maladie elle-même. Les représentants des organisations de patients et de consommateurs se sont, quant à eux, déclarés favorables aux mesures proposées pour lutter contre la hausse des coûts et des cotisations; ils souhaiteraient même des interventions encore plus énergiques. Ils ont relevé que les cotisations n'étaient plus supportables pour certaines catégories d'assurés.

Le projet que nous vous soumettons tient compte des divers arguments qui ont été opposés à l'avant-projet. Nous y reviendrons dans les commentaires.

## 2 Grandes lignes du projet

Nous vous soumettons, sous la forme d'un arrêté fédéral urgent dont la durée est fixée pour trois ans, des mesures contre l'augmentation des coûts, l'augmentation des cotisations et la désolidarisation. Parmi ces mesures, celles destinées à endiguer les coûts de l'assurance-maladie sont les plus importantes. Si l'on veut freiner l'évolution des coûts, il faut influencer la quantité et le prix des prestations que doivent prendre en charge les caisses-maladie. La mesure la plus efficace consisterait, en fait, à exercer une influence directe sur la quantité (p. ex. au moyen de la budgétisation globale). Nous renonçons à faire des propositions dans ce sens, car elles seraient inadéquates en tant que mesures d'urgence, étant donné qu'elles nécessiteraient des modifications fondamentales du système d'admission et de remboursement de l'assurance-maladie. Il est plus simple et plus rapide d'intervenir sur les augmentations des tarifs et des prix des prestations. Concrètement, il faut agir sur les tarifs et les prix des prestations de l'assurance-maladie de manière à ce que la différence entre la hausse des coûts et l'évolution des salaires diminue nettement par rapport à l'évolution connue jusqu'ici.

Outre les mesures destinées à freiner les coûts, il faudra limiter l'augmentation des cotisations de manière directe. L'on pourrait objecter à cela que celles-ci ne font que résulter des coûts, qu'on ne fait que lutter contre des symptômes, ce qui n'a pas de sens et pourrait même être dangereux. D'une part, on lutte contre la cause des augmentations de cotisations, c'est-à-dire la hausse des coûts. D'autre part, les caisses-maladie elles-mêmes sont appelées à coopérer. Elles disposent, elles aussi, des moyens nécessaires pour exercer une influence sur l'évolution des coûts.

Afin de stopper la désolidarisation, nous prévoyons que, pendant la durée de validité de l'arrêté fédéral, aucune nouvelle caisse ne sera reconnue, et aucune extension du rayon d'activité, fixé statutairement, des caisses existantes ne sera autorisée. De plus, la compensation des risques, mesure que le Concordat des caisses-maladie avait jugée urgente lors de la procédure de consultation et qui est prévue dans le projet de révision de l'assurance-maladie, sera déjà mise en œuvre par le présent arrêté fédéral. Cependant, pour des raisons d'organisation, elle ne le sera qu'au 1<sup>er</sup> janvier 1993. La certitude que la compensation des risques sera mise en œuvre dans un délai d'un an devrait apaiser quelque peu la concurrence que se livrent les caisses pour attirer les jeunes assurés.

Il se peut toutefois que les cotisations, malgré ces mesures, constituent une lourde charge pour les assurés qui ne disposent que de faibles revenus, ainsi que cela a été souligné lors de la procédure de consultation. C'est pourquoi les pouvoirs publics doivent contribuer à aider les assurés. Actuellement, la Confédération verse des subventions aux caisses-maladie pour compenser les obligations qui leur sont imposées par la loi. Ces subventions servent en premier lieu à compenser les frais plus élevés qu'entraînent les femmes et les assurés âgés. Cette compensation des obligations imposées par la loi est nécessaire dans une assurance sociale facultative pratiquée par des institutions privées. Dans le régime actuel, la réduction individuelle de cotisations selon la situation financière des assurés incombe aux cantons, qui s'acquittent fort diversement de cette tâche. Certains d'entre eux disposent de systèmes très étendus et efficaces en matière de réduction de cotisations, tandis que d'autres n'ont, pour ainsi dire, aucune réglementation à cet égard. C'est pourquoi nous désirons inciter les cantons à mettre en œuvre des réductions individuelles de cotisations et encourager ceux qui le font déjà en leur accordant des subsides fédéraux.

### **3           Partie spéciale: Commentaire des dispositions**

#### *Article premier   Tarifs et prix*

Cet article est le plus important du projet; il définit tout d'abord l'objectif général s'agissant du rapport entre l'évolution des coûts de l'assurance-maladie et l'évolution générale des prix (indice des prix à la consommation). Les tarifs et les prix des prestations de l'assurance-maladie ne peuvent être augmentés que si et dans la mesure où, du fait de cette augmentation, les frais moyens de traitement pas assuré ne dépassent pas, selon toute probabilité, de plus d'un tiers l'évolution générale des prix à la consommation (pour un renchérissement de 6%, cette limite serait donc de 8%). Comme cela a été demandé à diverses reprises lors de la procédure de consultation, nous prenons l'indice des prix à la consommation, et non pas l'évolution des salaires, comme base de comparaison. L'indice des prix à la consommation est plus rapidement et constamment accessible.

La marge d'un tiers au-dessus de l'indice des prix à la consommation autorisée permet un certain développement des quantités. Celui-ci est lié aux progrès de la médecine, à l'augmentation du nombre des médecins et à l'accroissement du nombre des personnes âgées. L'évolution des coûts doit toutefois se maintenir à un niveau supportable par rapport aux années précédentes.

Il ne s'agit donc pas d'interdire de prime abord toute hausse de tarifs ou de prix, mais uniquement de maintenir cette hausse à un niveau tel que les coûts de l'assurance-maladie n'augmentent pas exagérément par rapport à l'évolution des prix. En se référant aux coûts, on tient compte, de manière indirecte, de la quantité de prestations fournies. Il serait donc faux de prétendre que cette mesure ne tient pas compte de la véritable cause de l'évolution des coûts, c'est-à-dire du développement des quantités. En effet, si le développement des quantités entraîne une augmentation excessive des coûts, cela influence la hausse des tarifs et des prix. Dans le pire des cas, une augmentation est exclue. Le projet ne prévoit en aucun cas de diminution de tarifs ou de prix.

Le présent projet ne modifie en rien la procédure ni les compétences en matière de fixation et d'approbation des tarifs. Les autorités compétentes doivent respecter les principes figurant à l'article 1<sup>er</sup>, 1<sup>er</sup> alinéa (voir l'énumération au 2<sup>e</sup> al.), lorsqu'elles fixent ou approuvent des tarifs. Dès lors, c'est aux gouvernements cantonaux qu'il appartient en premier lieu d'examiner, lors de l'approbation des conventions tarifaires, si les tarifs convenus sont conformes au présent arrêté fédéral (art. 22<sup>quater</sup>, 5<sup>e</sup> al., LAMA). La décision du gouvernement cantonal peut faire l'objet d'un recours au Conseil fédéral (art. 22<sup>quinquies</sup> LAMA). La question de savoir sur quels éléments les autorités compétentes et le Conseil fédéral, en cas de recours, pourront se fonder pour prendre leur décision est laissée en suspens. Il faudra y répondre d'après les règles habituelles d'appréciation des preuves. Les autorités compétentes devront appliquer les principes définis dans l'arrêté fédéral, à partir de l'entrée en vigueur de celui-ci, lors de la fixation ou de l'approbation des tarifs. Les approbations décrétées avant l'entrée en vigueur de l'arrêté ne pourront pas être remises en question. Ce faisant, nous prenons notamment en considération les doutes qu'ont émis les cantons s'agissant de la sécurité du droit et du respect des compétences cantonales.

Nous tenons à souligner que cet arrêté fédéral se borne à fixer une limite supérieure aux adaptations de tarifs et que, par conséquent, il n'annulera pas d'autres principes applicables pour la fixation ou l'examen de tarifs. Cet arrêté, notamment, ne porte pas atteinte aux autres possibilités dont dispose le Préposé à la surveillance des prix pour intervenir plus énergiquement si cela s'avère nécessaire. L'arrêté ne concerne pas non plus les principes valables actuellement pour l'examen du prix des médicaments, s'ils entraînent dans certains cas des résultats plus restrictifs.

## *Article 2 Compensation des risques*

Le projet de révision de l'assurance-maladie prévoit également la compensation des risques qui fait en l'occurrence partie du «paquet» des mesures destinées à renforcer la solidarité dans l'assurance-maladie. En nous fondant sur les résultats de la procédure de consultation, nous vous soumettons également cette proposition dans le présent projet, afin de contrecarrer le plus rapidement possible la désolidarisation croissante dans l'assurance-maladie. Ainsi que nous l'avons déjà indiqué, la compensation des risques n'entrera toutefois en vigueur qu'au 1<sup>er</sup> janvier 1993, afin de laisser suffisamment de temps pour sa mise en œuvre (voir art. 8, 2<sup>e</sup> al.).

La proposition est, quant au fond, pratiquement identique à celle du projet de loi. La compensation des risques ne repose pas sur des différences de résultats comptables entre les caisses-maladie, mais sur des facteurs objectifs, c'est-à-dire sur une comparaison des effectifs en fonction de l'âge et du sexe des assurés, ainsi que sur les différences de coûts moyens entre ces groupes. Les éventuelles différences de coûts moyens doivent être entièrement compensées. La réalisation, sur le plan concret, de la compensation des risques est laissée aux caisses. Celles-ci devront régler elles-mêmes la mise en œuvre de la compensation des risques et en confier l'application à une institution appropriée. Etant donné que chaque caisse doit avoir connaissance de la réglementation concrète de la compensation des risques suffisamment tôt et qu'en cas de désaccord entre les caisses, c'est le Conseil fédéral qui devra édicter les dispositions nécessaires, le délai accordé aux caisses pour établir cette réglementation a été fixé au 30 avril 1992.

Reste à définir si la compensation des risques doit être réalisée par canton ou à l'échelon national. Il appartiendra aux caisses-maladie ou, le cas échéant, au Conseil fédéral, d'en décider.

### *Article 3 Augmentation des cotisations*

Outre l'augmentation des tarifs et des prix applicables aux prestations de l'assurance-maladie (art. 1<sup>er</sup>), le projet entend aussi limiter celle des cotisations des caisses-maladie. Comme à l'article premier, la limitation est fixée en relation avec le renchérissement de l'année précédente. La majoration prévue à l'article 1<sup>er</sup> est d'un tiers (33,33%). Pour les cotisations, elle sera plus élevée, car les caisses doivent constituer des réserves d'autant plus importantes que leurs dépenses d'assurance augmentent fortement. En prévoyant une majoration de trois quarts (75%), l'article 3 prend en compte, outre l'augmentation admise des coûts (33,33%), un supplément de 31,5 pour cent pour la constitution de réserves. En 1991, les prix à la consommation devaient avoir augmenté d'environ 6 pour cent, de sorte que la limite pour les augmentations de cotisations en 1992 devrait être de 10,5 pour cent.

La disposition s'applique aux cotisations de l'assurance de base et de l'assurance complémentaire destinée à couvrir les frais du séjour et de soins en division commune d'un établissement hospitalier, que de nombreuses caisses-maladie pratiquent sous le nom d'assurance obligatoire d'hospitalisation. Elle ne concerne pas, en revanche, l'assurance collective. Les cotisations de l'assurance collective sont, en général, nettement inférieures à celles de l'assurance individuelle, car les contrats collectifs réunissent le plus souvent des groupes de risques favorables. L'assurance collective contribue ainsi à la désolidarisation au sein de l'assurance-maladie. C'est pourquoi un tarif minimal contraignant pour tous les contrats collectifs entrera en vigueur pour la première fois au 1<sup>er</sup> janvier 1992 (ordonnance 5 du DFI du 12 novembre 1965, RS 832.133, modifiée le 3 décembre 1990, RO 1991 1110). Le nouveau tarif minimal entraînera, dans les différents contrats collectifs, des augmentations de cotisations qui, en pourcentage, pourront être nettement supérieures à celles que le présent arrêté fédéral s'efforce d'obtenir. Cependant, seuls les contrats collectifs dont les cotisations sont actuellement très basses accuseront de fortes augmentations. Dans l'absolu, les cotisations seront inférieures à celles de l'assurance individuelle même après ces majorations. En

effet, les cotisations du tarif minimal au 1<sup>er</sup> janvier 1992 seront inférieures de 20 à 25 pour cent à celles de l'assurance individuelle de 1991. De plus, chaque caisse-maladie aura la possibilité de demander de sa propre initiative des hausses plus importantes en fonction des risques qu'elle assure dans certains contrats collectifs.

La disposition d'exception prévue dans le deuxième alinéa concerne les modifications de l'ordonnance qui entreront en vigueur dans l'assurance individuelle en 1992 afin de renforcer la solidarité au sein de l'assurance-maladie. Les échelonnements de cotisations en fonction de l'âge d'entrée devront dorénavant respecter la proportion de 1:2, alors que, jusqu'à présent, une proportion de 1:3 était permise. Cette modification entraîne des diminutions de cotisations dans les catégories supérieures d'âge d'entrée et des augmentations de cotisations dans les catégories inférieures d'âge d'entrée. La disposition relative à l'harmonisation des cotisations dans les limites d'un même canton a des effets similaires. Aux termes de la loi (art. 6<sup>bis</sup>, 2<sup>c</sup> al., LAMA), les caisses peuvent échelonner leurs cotisations selon les différences régionales de coûts. Jusqu'à présent, elles disposaient d'une entière liberté à cet égard. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 1992, toutefois, la différence entre la cotisation la plus basse et la cotisation la plus élevée d'une caisse-maladie à l'intérieur du même canton pourra atteindre 40 pour cent au maximum pour le même âge d'entrée. Il se peut aussi que cela entraîne à certains endroits des diminutions et à d'autres des augmentations de cotisations. Il faudra respecter la limite maximale prévue dans le premier alinéa de manière à ce que l'augmentation de cotisation ne dépasse pas en moyenne la limite prescrite.

Le troisième aliéna prévoit que les caisses-maladie seront autorisées, dans certains cas, à procéder à une augmentation de cotisation supérieure au taux maximal fixé dans le 1<sup>er</sup> alinéa. Si la caisse-maladie établit qu'une augmentation de cotisation conforme au premier alinéa ne lui suffit pas pour maintenir ses réserves à un niveau suffisamment élevé, il lui sera permis d'augmenter davantage ses cotisations. Le montant-limite des réserves a été fixé à 10 pour cent au-dessus de la réserve minimale légale. Les caisses-maladie comptant plus de 40 000 assurés doivent disposer de réserves s'élevant à 20 pour cent au moins des dépenses annuelles. Ces caisses devraient par conséquent faire valoir que leurs réserves descendraient en dessous de 22 pour cent de leurs dépenses annuelles en cas d'augmentation de cotisation conforme aux limites fixées dans le premier alinéa.

#### *Article 4* Frais d'administration des caisses-maladie

Les principes valables pour les tarifs et les prix des fournisseurs de prestations devront aussi s'appliquer pour les frais d'administration des caisses-maladie. Au cours des dernières années, la part des dépenses totales des caisses-maladie revenant aux frais d'administration est pratiquement restée constante. La hausse des frais d'administration a donc dépassé l'évolution générale des salaires dans les mêmes proportions que les autres coûts de l'assurance-maladie. En 1989, cette hausse était même nettement supérieure (+14%) à la hausse générale des dépenses (+8,1%) par rapport à l'année précédente. En 1989, les frais d'administration ont représenté 7,5 pour cent des dépenses des caisses-maladie. Il est vrai qu'ils ne sont pas excessivement élevés par rapport à ceux d'autres institutions

d'assurance, mais il nous semble juste, dans l'intérêt du ralentissement des coûts, de leur accorder aussi notre attention. L'on peut ainsi se demander si les campagnes publicitaires de certaines caisses-maladie que l'on peut observer ces derniers temps sont acceptables lorsqu'il s'agit d'une assurance sociale. C'est pourquoi nous posons comme principe que l'augmentation des coûts administratifs des caisses-maladie ne devra pas être supérieure à celle des salaires en général pendant la durée de validité de l'arrêté fédéral. Lorsque les frais d'administration d'une caisse-maladie seront supérieurs à cette valeur-limite, le montant des subsides fédéraux auxquels cette caisse a droit sera réduit en conséquence.

#### *Article 5 Refus de reconnaissance*

Aucune reconnaissance de caisse-maladie ne doit être accordée pour la durée de validité de l'arrêté fédéral. Etant donné que, lorsqu'elle étend son rayon d'activité, une caisse-maladie n'ayant exercé jusque-là ses activités qu'à l'échelon régional bénéficie des mêmes avantages qu'une nouvelle caisse, il faudra empêcher également une telle extension. L'avant-projet destiné à la procédure de consultation prévoyait encore soit d'interdire aussi des relations étroites entre des caisses-maladie, soit de demander à ces caisses d'appliquer les mêmes primes. Puisque le présent projet prévoit une compensation des risques entre caisses, cette réglementation n'est plus nécessaire.

#### *Article 6 Réduction de cotisations*

Cette disposition est destinée non pas à obliger, mais plutôt à inciter les cantons à accorder des subventions pour la réduction individuelle de cotisations en fonction de la situation économique des assurés. La Confédération met chaque année à la disposition des cantons la somme de 100 millions de francs qu'elle répartit entre eux en fonction de leur population résidente et de leur capacité financière. Toutefois, chaque canton ne perçoit la part qui lui revient que s'il utilise cette somme pour la réduction individuelle de cotisations en fonction de la situation économique des assurés et si lui ou les communes complètent les subsides fédéraux par le biais de leurs propres ressources. L'on ne saurait tenir compte des subventions cantonales versées aux caisses-maladie en général sans que soit prise en considération la situation économique de chaque assuré. Le complément à la charge du canton varie en fonction de sa capacité financière (voir 3<sup>e</sup> al.). Il n'est pas exclu qu'un canton fournisse une contribution moins importante. En ce cas, il ne recevrait qu'une partie des subsides fédéraux mis à sa disposition.

#### *Article 7 Statistiques*

L'insuffisance des statistiques actuelles dans l'assurance-maladie a notamment pour cause le caractère lacunaire des dispositions légales régissant ce domaine. C'est ainsi, en particulier, que la Confédération ne peut obliger les fournisseurs de prestations à participer à l'établissement de statistiques en matière d'assurance-maladie. Le projet de révision de la loi entend combler cette lacune. Etant donné que la mise en place de nouvelles statistiques exige un certain temps, nous proposons toutefois d'inscrire la base légale nécessaire dans cet arrêté déjà. Les travaux en vue de l'amélioration des statistiques pourraient ainsi être entrepris immédiatement, de sorte que celles-ci seraient opérationnelles dès l'entrée en vigueur de la loi révisée.

## *Article 8* Dispositions finales

Les 1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> alinéas contiennent les dispositions habituelles d'un arrêté fédéral urgent. Le 2<sup>e</sup> alinéa prévoit que la compensation des risques en vertu de l'article 2 n'entrera en vigueur qu'au 1<sup>er</sup> janvier 1993. Le 4<sup>e</sup> alinéa mentionne expressément que les décisions de l'Office fédéral des assurances sociales relatives à la reconnaissance de caisses-maladie, qui ont été prononcées avant l'entrée en vigueur de l'arrêté fédéral, ne seront pas concernées par le refus de reconnaissance (art. 4, 1<sup>er</sup> al., de l'arrêté fédéral). La date où la décision a été notifiée est déterminante.

L'arrêté fédéral sera en vigueur au plus tard jusqu'au 31 décembre 1994. Il incombera au Conseil fédéral de fixer la durée de validité de l'arrêté dans ces limites.

### **3 Conséquences financières et personnelles**

#### **31 Conséquences pour la Confédération**

Les conséquences financières pour la Confédération découlent de l'article 6. Elles s'élèvent à 100 millions de francs par an.

Les tâches de surveillance des caisses-maladie seront renforcées par l'arrêté fédéral. Il sera toutefois certainement possible de venir à bout du surcroît de travail pour la durée de validité prévue si les demandes de plus fortes augmentations des primes déposées par les caisses (art. 3, 3<sup>e</sup> al.) se maintiennent dans des limites raisonnables. Ce sont probablement les caisses-maladie elles-mêmes qui mettront en œuvre la compensation des risques.

#### **32 Conséquences pour les cantons**

En ce qui concerne les cantons, l'arrêté fédéral aura des répercussions à deux niveaux. Les limitations d'augmentation des tarifs hospitaliers pourront, à court terme, entraîner des déficits plus importants dans la gestion des hôpitaux. Cela imposera aux cantons une charge accrue s'agissant des hôpitaux publics et de ceux qui sont co-financés par les pouvoirs publics. L'arrêté fédéral devrait, cependant, inciter les cantons et les hôpitaux à faire de réelles économies. Le fait d'encourager les cantons à accorder des réductions de cotisations (art. 6) peut, mais ne doit pas forcément constituer pour eux une charge supplémentaire. Les cantons restent libres de mettre en œuvre des réductions individuelles de cotisations ou de ne pas le faire. Ceux d'entre eux qui appliquent déjà à une assez large échelle ce genre de réductions peuvent même être soulagés à cet égard par les subventions fédérales.

S'agissant de l'approbation de conventions tarifaires, la mise en œuvre de cet arrêté entraînera pour les cantons également un surcroît de travail, qui devrait toutefois rester dans des limites acceptables.

## 4 Programme de législation

Le présent projet n'a pas été annoncé dans le programme de législation 1987–1991. Le problème de la hausse des coûts dans le domaine de la santé publique y a, toutefois, été mentionné (FF 1988 I 353 s., ch. 2.3). A notre avis, l'évolution récente nécessite une intervention urgente.

## 5 Constitutionnalité

L'arrêté fédéral se fonde sur les articles 34<sup>bis</sup> et 89<sup>bis</sup> de la constitution.

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

Les mesures proposées devront être édictées sous la forme d'un arrêté fédéral de portée générale dont la durée d'application sera limitée. En vertu de l'article 89<sup>bis</sup>, premier alinéa, de la constitution fédérale, les arrêtés fédéraux peuvent être déclarés urgents lorsque l'urgence est à la fois matérielle et temporelle. L'urgence temporelle est manifeste, vu l'augmentation sensible des coûts durant l'année en cours; l'on ne saurait attendre l'entrée en vigueur de la révision fondamentale de l'assurance-maladie. Il est indispensable d'endiguer d'urgence la hausse des cotisations de l'assurance-maladie. Mais l'entrée en vigueur immédiate de l'arrêté fédéral est également nécessaire sur le plan matériel. Au cas où l'arrêté fédéral n'entrerait pas immédiatement en vigueur, il se pourrait que des hausses de tarif soient admises avant l'expiration du délai fixé pour le référendum et avant un éventuel scrutin populaire; ces hausses ne pourraient plus, dès lors, être annulées et, ainsi que nous l'avons déjà indiqué, l'arrêté fédéral ne prévoit pas de baisses de tarif.

## Evolution des coûts 1991; adaptation des cotisations 1992

Caisses	Coûts 1991 en %	Primes (prévis.) 1992 en %
Helvetia .....	Ø 13 (12 à 20)	19,3 (12 à 34)
Grütli .....	14	?
Evidenzia .....	12	8 (3 à 19)
CSS .....	10	8
CMSE .....	20	Ø 20 (10 à 30)
OSKA .....	—	15 à 20
CPT .....	13,6	15 à 20
Concordia .....	12	10 à 20
CMB .....	9	Ø 12 (0 à 28)
KFW .....	14,5	Ø 25 (0 à 29)
Ensemble .....	12 à 13	Ø 15 à 20

# Arrêté fédéral concernant des mesures temporaires contre l'augmentation des coûts et la désolidarisation dans l'assurance-maladie

Projet

du

---

*L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,*

vu les articles 34<sup>bis</sup> et 89<sup>bis</sup>, 1<sup>er</sup> alinéa, de la constitution;  
vu le message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991<sup>1)</sup>,

*arrête:*

## **Article premier** Tarifs et prix

<sup>1</sup> Les tarifs et les prix applicables aux prestations de l'assurance-maladie ne peuvent être augmentés que dans la mesure où l'augmentation prévisible des frais annuels moyens de traitement par assuré dépasse d'un tiers au plus celle des prix à la consommation. Lorsque, selon les dernières données disponibles, l'accroissement des frais annuels de traitement par assuré dépasse déjà de plus d'un tiers l'évolution des prix à la consommation, l'autorité compétente interdit une augmentation de tarifs ou de prix.

<sup>2</sup> Lorsque des augmentations de tarifs ou de prix sont demandées, l'autorité compétente examine si cette augmentation peut être admise au regard des frais moyens de traitement dans le champ d'application de la convention ou de la liste considérée. Est compétent:

- a. le gouvernement cantonal, lors de l'approbation de conventions tarifaires;
- b. le Département fédéral de l'intérieur, lors de modifications de tarifs dans la liste des analyses ou la liste des médicaments;
- c. l'Office fédéral des assurances sociales (office fédéral), lors de relèvements du prix de médicaments inscrits dans la liste des spécialités.

## **Art. 2** Compensation des risques

<sup>1</sup> Les caisses-maladie dont l'effectif de femmes et de personnes âgées est inférieur à la moyenne de l'ensemble des caisses doivent verser, en faveur de celles dont l'effectif de femmes et de personnes âgées dépasse cette moyenne, une contribution destinée à compenser entièrement les différences moyennes de frais entre les groupes de risques déterminants (compensation des risques).

<sup>2</sup> Les caisses règlent ensemble les modalités de la compensation des risques. Elles définissent les groupes de risques déterminants et confient l'application de la compensation à une institution appropriée. Si elles ne peuvent s'entendre jusqu'au 30 avril 1992, le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires.

<sup>1)</sup> FF 1991 IV 901

### **Art. 3** Augmentation des cotisations

<sup>1</sup> Les caisses-maladie peuvent augmenter chaque année les cotisations de l'assurance individuelle des soins médicaux et pharmaceutiques (prestations légales et autres prestations que les membres sont tenus d'assurer conjointement avec celles-ci, en vertu de dispositions internes des caisses) au plus dans la même mesure que l'augmentation des prix à la consommation pour l'année précédente, majorée de trois quarts. Lors du calcul des cotisations, les recettes provenant de la compensation des risques et des subsides fédéraux et cantonaux doivent être déduites. Les dépenses en faveur de la compensation des risques peuvent être ajoutées. Les caisses doivent joindre leurs calculs de cotisations à la demande d'approbation d'une augmentation de cotisations, présentée à l'office fédéral. Sont réservées les augmentations de cotisations effectuées en vertu de prescriptions du droit cantonal.

<sup>2</sup> Sont autorisées, à condition d'être compensées par des augmentations moins fortes de cotisations dans des groupes d'âge d'entrée plus élevés ou dans d'autres régions du canton, les augmentations plus importantes dues à:

- a. l'introduction de l'échelonnement des cotisations selon l'articles 17, 2<sup>e</sup> alinéa, de l'ordonnance V du 2 février 1965<sup>1)</sup> (ord. V);
- b. l'harmonisation des cotisations à l'intérieur d'un canton, selon l'article 19, 3<sup>e</sup> alinéa, ord. V.

<sup>3</sup> L'office fédéral peut autoriser une caisse à augmenter davantage ses cotisations lorsqu'elle établit qu'en cas d'augmentation limitée selon le 1<sup>er</sup> alinéa, sa réserve (fonds de sécurité et taux de fluctuation) s'abaisserait probablement en dessous du minimum légal, majoré d'un dixième.

### **Art. 4** Frais d'administration des caisses-maladie

<sup>1</sup> L'augmentation des frais d'administration des caisses-maladie ne peut excéder l'évolution générale des salaires et traitements au cours de l'exercice considéré.

<sup>2</sup> Si les frais d'administration d'une caisse ont augmenté davantage que les salaires et traitements, les subsides fédéraux sont réduits en conséquence.

### **Art. 5** Refus de reconnaissance

Aucune nouvelle caisse-maladie n'est reconnue. L'extension du rayon d'activité d'une caisse déjà reconnue n'est pas admise.

### **Art. 6** Réductions de cotisations

<sup>1</sup> La Confédération met chaque année à la disposition des cantons un montant de 100 millions de francs, destiné à financer des réductions de cotisations. La part de chaque canton est fixée d'après sa population et sa capacité financière.

<sup>1)</sup> RS 832.121; RO 1990 2039

<sup>2</sup> Les cantons ne reçoivent la contribution fédérale que s'ils affectent aussi des moyens dans ce but. Ils accordent les réductions de cotisations en fonction de la situation économique des assurés.

<sup>3</sup> Les cantons doivent compléter la contribution fédérale selon les règles suivantes:

- a. cantons à forte capacité financière: le triple de la contribution fédérale;
- b. cantons à capacité financière moyenne: le double de la contribution fédérale;
- c. cantons à faible capacité financière: l'équivalent de la contribution fédérale.

#### **Art. 7**    Statistiques

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral édicte des dispositions sur l'établissement, l'analyse et la publication des statistiques que requiert l'application de l'assurance-maladie, ainsi que sur l'accès aux données recueillies. Il veille à ce que la protection de la personnalité soit garantie.

<sup>2</sup> Les caisses-maladie ainsi que les autorités fédérales et cantonales participent à l'établissement des statistiques. Le Conseil fédéral peut étendre l'obligation de collaboration à d'autres personnes ou organisations. Il les entend au préalable.

#### **Art. 8**    Dispositions finales

<sup>1</sup> Le présent arrêté est de portée générale.

<sup>2</sup> Il est déclaré urgent, au sens de l'article 89<sup>bis</sup>, 1<sup>er</sup> alinéa, de la constitution, et entre en vigueur le lendemain de son adoption. La compensation des risques selon l'article 2 entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1993.

<sup>3</sup> Le présent arrêté est sujet au référendum facultatif, selon l'article 89<sup>bis</sup>, 2<sup>e</sup> alinéa, de la constitution. Le Conseil fédéral fixe sa durée de validité, limitée au plus tard au 31 décembre 1994.

<sup>4</sup> Les reconnaissances de caisses-maladie accordées avant l'entrée en vigueur du présent arrêté sont maintenues.

## **Message concernant des mesures temporaires contre l'augmentation des coûts et la désolidarisation dans l'assurance-maladie du 6 novembre 1991**

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1991
Année	
Anno	
Band	4
Volume	
Volume	
Heft	48
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	91.069
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	10.12.1991
Date	
Data	
Seite	901-916
Page	
Pagina	
Ref. No	10 106 798

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.