

XX.XXX

**Initiative populaire «Pour une caisse publique
d'assurance-maladie» et contre-projet indirect
(Modification de la loi fédérale sur l'assurance-
maladie; LAMal)**

**Rapport pour la procédure de consultation
Février 2013**

Condensé

L'initiative populaire «Pour une caisse publique d'assurance-maladie» a été lancée par les milieux de gauche et les milieux écologistes avec le soutien des organisations de défense des consommateurs. Elle est centrée sur une seule exigence:

l'institution par la Confédération d'une caisse publique pour l'assurance obligatoire des soins en lieu et place des 62 caisses-maladie qui la pratiquent aujourd'hui.

A cette fin, l'initiative populaire appelle une modification de l'actuel art. 117 de la Constitution (al. 3 et 4) et l'ajout de dispositions transitoires correspondantes (art. 197, ch. 8).

Par leur revendication, les auteurs de l'initiative populaire visent un complet changement de cap de l'assurance obligatoire des soins.

De l'avis du Conseil fédéral, un changement aussi radical ne s'impose pas. Le Conseil fédéral considère au contraire qu'un système composé d'une pluralité d'assureurs dans l'assurance-maladie sociale présente des avantages évidents par rapport à une situation de monopole avec une seule caisse-maladie. La pratique de l'assurance-maladie par plusieurs assureurs a une longue tradition dans notre pays, et elle a également fait ses preuves sous le régime de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10). Les expériences faites depuis l'instauration de la LAMal ont cependant montré que certaines adaptations sont nécessaires pour que le système fonctionne de manière optimale.

Avec le libre passage intégral, la population suisse dispose d'une liberté totale dans le choix de son assureur. Les assurés peuvent décider s'ils souhaitent continuer à s'assurer pour l'assurance obligatoire des soins auprès de la caisse qui les couvrirait jusque là ou changer d'assureur. Le système actuel comporte des éléments de concurrence non négligeables qui incitent à prendre des mesures de maîtrise des coûts. Le Conseil fédéral souhaite favoriser ces éléments afin de rendre l'assurance-maladie sociale plus efficiente.

Une institution nationale unique dont les organes seraient composés de représentants de la Confédération, des cantons, des assurés et des fournisseurs de prestations serait soumise, en raison de la diversité des intérêts, à des influences politiques fortement divergentes. Le Conseil fédéral redoute que la diversité des intérêts représentés au niveau de la gestion ne conduise à d'intenses discussions qui feraient perdre de vue les efforts à fournir en vue de maîtriser les coûts ou d'améliorer le rapport coûts/prestations dans l'assurance-maladie.

La réglementation transitoire laisse en suspens de nombreuses questions qui ne pourront sans doute pas être résolues dans le délai légal de trois ans. Font notamment défaut des pistes de solution pour la reprise des actifs et des passifs des caisses-maladie existantes par la caisse publique.

Même si l'on ne sait pas encore comment l'initiative serait mise en œuvre concrètement, le Conseil fédéral est convaincu qu'elle n'offre aucune solution au problème de coûts qui continue de se poser dans l'assurance-maladie. La solution viendra bien davantage d'un contrôle périodique des prestations ainsi que d'une adaptation des prix. L'approche ainsi adoptée, qui se traduit par une série de mesures ciblées

dont plusieurs produisent déjà des effets, devra être élargie et approfondie par étapes-clés dans les années qui viennent.

Le Conseil fédéral considère qu'il faut poursuivre les objectifs fixés lors de l'instauration de la LAMal en s'attachant d'abord à consolider le système.

Ainsi, le système actuel misant sur la concurrence doit être maintenu avec les correctifs déjà amorcés. Une concurrence mieux surveillée permettra aux assureurs de continuer à développer des idées et des modèles tenant compte avec souplesse des besoins des assurés. Ces idées et ces modèles constituent aussi le moteur d'une amélioration de la qualité, notamment en ce qui concerne le contrôle des factures des fournisseurs de prestations. La concurrence ainsi comprise contribue également à lutter contre la hausse des coûts, car les assureurs ont intérêt à maintenir les primes à un niveau bas.

Les correctifs nécessaires ont déjà été mis en route dans le cadre de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie lancée par le Conseil fédéral ainsi que dans le cadre des réformes de la LAMal.

Néanmoins, le système actuel de l'assurance-maladie sociale présente toujours un potentiel d'amélioration, notamment en ce qui concerne la sélection des risques et la transparence.

Pour toutes ces raisons, le Conseil fédéral recommande de rejeter l'initiative populaire «Pour une caisse publique d'assurance-maladie», tout en lui opposant un contre-projet indirect.

Table des matières

Condensé	2
1 Aspects formels	6
1.1 Texte de l'initiative populaire	6
1.2 Aboutissement	7
1.3 Délais de traitement	7
1.4 Validité	7
2 But et contenu de l'initiative populaire	7
3 Appréciation de l'initiative populaire	8
3.1 Pratique de l'assurance obligatoire des soins par une caisse unique nationale	8
3.1.1 Tentatives de révision précédentes	8
3.1.1.1 Rapports	8
3.1.1.2 Interventions parlementaires	9
3.1.1.3 Initiatives populaires	9
3.1.2 Organisation et forme juridique de la caisse publique	10
3.1.3 Gestion de la caisse publique d'assurance-maladie	10
3.1.4 Organisation décentralisée de la caisse publique	11
3.1.5 Situation de monopole de la caisse publique et ses conséquences	11
3.1.6 La caisse publique, instrument de maîtrise des coûts?	11
3.1.7 Conséquences sur la concurrence dans le domaine des tarifs	12
3.1.8 Conséquences sur les primes	12
3.1.9 Conséquences sur les réserves	13
3.1.10 Conséquences sur l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal	13
3.1.11 Effets de la caisse publique sur la compensation des risques	14
3.1.12 Conclusion	14
3.2 Dispositions transitoires	15
3.2.1 Adoption de la base légale nécessaire pour le transfert	15
3.2.2 Non-adoption de la législation correspondante dans les trois ans	15
4 Conséquences en cas d'acceptation de l'initiative populaire	16
4.1 Conséquences financières pour la Confédération, les cantons et les communes	16
4.2 Conséquences pour les assureurs	16
5 Comparaison internationale	17
6 Relation avec le droit européen	18
6.1 Droit de l'Union européenne	18
6.2 Instruments du Conseil de l'Europe	18
6.3 Compatibilité du projet avec le droit européen	19
7 Conclusions	19
8 Le Conseil fédéral propose un contre-projet indirect	19
9 Grandes lignes du projet	20

9.1 Réassurance pour les très hauts coûts et amélioration de la compensation des risques	20
9.1.1 Contexte	20
9.1.2 La réassurance pour les très hauts coûts en détail	21
9.1.3 Interaction avec la compensation des risques	22
9.1.4 Amélioration de la compensation des risques	24
9.1.4.1 Bref historique de la compensation des risques	24
9.1.4.2 Définition plus précise de la compensation des risques	25
9.2 Séparation de l'assurance de base et des assurances complémentaires	26
10 Conséquences	27
10.1 Conséquences pour la Confédération	27
10.2 Conséquences pour les cantons et les communes	27
10.3 Conséquences économiques	27
10.4 Conséquences financières pour l'assurance-maladie	27
11 Commentaire des dispositions du contre-projet indirect	28

1 Aspects formels

1.1 Texte de l'initiative populaire

L'initiative populaire fédérale «Pour une caisse publique d'assurance-maladie» a la teneur suivante:

I

La Constitution fédérale¹ est modifiée comme suit:

Art. 117, al. 3 et 4 (nouveaux)

³ L'assurance-maladie sociale est mise en œuvre par une institution nationale unique de droit public. Les organes de l'institution sont composés notamment de représentants de la Confédération, des cantons, des assurés et des fournisseurs de prestations.

⁴ L'institution nationale crée des agences cantonales ou intercantionales. Elles sont chargées notamment de la fixation des primes, de leur encaissement et du paiement des prestations. Les primes sont fixées par canton et calculées sur la base des coûts de l'assurance-maladie sociale.

II

Les dispositions transitoires de la Constitution sont modifiées comme suit:

Art. 197, ch. 8 (nouveau)²

8. Dispositions transitoires ad art. 117, al. 3 et 4 (Caisse-maladie nationale de droit public)

¹ Dès l'adoption de l'art. 117, al. 3 et 4, par le peuple et les cantons, l'Assemblée fédérale édicte les bases légales nécessaires au transfert des réserves, des provisions et de la fortune de l'assurance-maladie sociale à l'institution visée à l'art. 117, al. 3 et 4.

² Si l'Assemblée fédérale n'édicte pas la législation correspondante dans les trois ans suivant l'acceptation de l'art. 117, al. 3 et 4, les cantons peuvent créer sur leur territoire une institution publique unique d'assurance-maladie sociale.

¹ RS 101

² Comme l'initiative populaire n'entend pas remplacer une disposition transitoire de la Constitution, la numérotation définitive de la disposition transitoire relative au présent article ne sera arrêtée qu'après la votation populaire, sur la base de la chronologie des modifications constitutionnelles adoptées en votation populaire. La Chancellerie fédérale procédera aux adaptations nécessaires avant la publication au Recueil officiel du droit fédéral (RO).

1.2 Aboutissement

L'initiative populaire «Pour une caisse publique d'assurance-maladie» a fait l'objet d'un examen préliminaire par la Chancellerie fédérale le 18 janvier 2011³, et elle a été déposée le 23 mai 2012 avec le nombre requis de signatures. Par décision du 19 juin 2012⁴, la Chancellerie fédérale a constaté que l'initiative populaire avait recueilli 115 841 signatures valables et qu'elle avait donc abouti sur le plan formel.

1.3 Délais de traitement

L'initiative populaire est présentée sous la forme d'un projet rédigé. Le Conseil fédéral a décidé de lui opposer un contre-projet indirect. Conformément à l'art. 97, al. 2, de la loi du 13 décembre 2002 sur le Parlement (LParl)⁵, le Conseil fédéral a jusqu'au 23 novembre 2013 pour soumettre à l'Assemblée fédérale un projet d'arrêté fédéral accompagné d'un message. Conformément à l'art. 100 LParl, l'Assemblée fédérale décidera ensuite d'ici au 23 novembre 2014 si elle recommande au peuple et aux cantons d'accepter l'initiative ou de la rejeter. Si elle le souhaite, elle peut proroger le délai d'un an si l'un des conseils au moins a pris une décision sur un contre-projet ou sur un projet d'acte qui a un rapport étroit avec l'initiative populaire en question (art. 105, al. 1, LParl).

1.4 Validité

L'initiative populaire remplit les critères de validité énumérés à l'art. 139, al. 3, Cst.:

- a) elle obéit au principe de l'unité de la forme, puisqu'elle revêt entièrement la forme d'un projet rédigé;
- b) elle obéit au principe de l'unité de la matière, puisqu'elle se réfère exclusivement à la question de l'institution d'une caisse-maladie publique;
- c) elle obéit au principe de la conformité aux règles impératives du droit international, puisqu'elle ne contrevient à aucune d'elles.

L'initiative est par conséquent valable.

2 But et contenu de l'initiative populaire

L'initiative populaire «Pour une caisse publique d'assurance-maladie» a pour objectif l'institution par la Confédération d'une caisse publique unique pour l'assurance obligatoire des soins.

A cette fin, elle réclame l'ajout dans la Constitution de deux nouveaux alinéas (3 et 4) à l'art. 117 et de dispositions transitoires y afférentes (art. 197, ch. 8), qui opéreraient un changement fondamental dans le système de l'assurance-maladie sociale suisse et reposeraient sur les éléments suivants:

³ FF 2011 1257

⁴ FF 2012 6157

⁵ RS 171.10

1. la pratique de l'assurance obligatoire des soins incombe à une institution nationale unique de droit public: la «caisse publique d'assurance-maladie»;
2. les organes de cette institution sont composés notamment de représentants de la Confédération, des cantons, des assurés et des fournisseurs de prestations;
3. l'institution nationale crée des agences cantonales ou intercantionales; celles-ci sont chargées notamment de la fixation des primes, de leur encaissement et du paiement des prestations; les primes sont fixées par canton et calculées sur la base des coûts de l'assurance-maladie sociale;
4. dès l'acceptation de l'initiative populaire, l'Assemblée fédérale édicte les bases légales nécessaires au transfert des réserves, des provisions et de la fortune de l'assurance-maladie sociale à la nouvelle caisse unique nationale;
5. si l'Assemblée fédérale n'édicte pas la législation correspondante dans les trois ans suivant l'acceptation de l'initiative populaire, les cantons peuvent créer sur leur territoire une institution publique unique d'assurance-maladie sociale.

Selon l'argumentaire établi par les auteurs de l'initiative populaire (www.caissepublique.ch), celle-ci produirait les effets suivants:

- l'assurance maladie serait plus simple, plus efficace, plus transparente et surtout moins chère;
- la concurrence entre les caisses-maladie, qui conduit à la sélection des risques et aux salaires abusifs des managers, serait éliminée.

3 Appréciation de l'initiative populaire

3.1 Pratique de l'assurance obligatoire des soins par une caisse unique nationale

3.1.1 Tentatives de révision précédentes

3.1.1.1 Rapports

Le rapport d'expert sur les avantages d'une caisse unique⁶ rédigé en 2001 en réponse à un postulat de la CSSS-N (99.3009) arrive à la conclusion que la loi fédérale sur l'assurance-maladie en vigueur a atteint les objectifs visés par le législateur. Selon l'auteur, une caisse unique n'aurait guère d'effets positifs sur l'évolution des coûts et des primes. A cet égard, cet instrument doit être qualifié d'inefficace. En effet, pour un même coût, une utilisation plus ciblée des ressources, notamment par les fournisseurs de prestations, permettrait d'obtenir des effets plus marquants sur l'évolution des coûts et des primes. Cela vaut aussi bien pour des mesures plutôt étatiques que pour des mesures plutôt axées sur la concurrence.

⁶ Willy Oggier: Avantages d'une caisse-maladie unique, Rapport final élaboré sur mandat de l'Office fédéral des assurances sociales, Zurich, décembre 2001.

3.1.1.2 Interventions parlementaires

L'instauration d'une caisse publique d'assurance-maladie a fait à plusieurs reprises, ces dernières années, l'objet d'interventions parlementaires. L'une des dernières en date (11.3276 postulat Stahl, Caisse unique dans l'assurance-maladie) demande l'élaboration d'un rapport avant que le présent message ne soit soumis au Parlement. Ce rapport devrait indiquer si l'instauration d'une caisse publique unique influencerait sur les coûts de l'assurance obligatoire des soins et évaluer le volume des coûts qui seraient générés par la mise en place d'une telle institution (achat des bâtiments nécessaires, mise en place d'un système informatique unique, etc.). Le Conseil fédéral a proposé d'accepter le postulat. Le présent message y répond.

Dans sa réponse à un autre postulat (09.4221 Fehr Jacqueline, Incidences de la concurrence entre les caisses-maladie), le Conseil fédéral a confirmé sa position favorable au système actuel de concurrence régulée entre les assureurs-maladie et a proposé de rejeter la demande d'établissement d'un rapport. Dans le même esprit et pour les mêmes raisons, il a rejeté la demande d'établissement d'un rapport sur les avantages que présenterait la création de caisses-maladie cantonales (09.4019 postulat Wehrli, Création de caisses-maladie cantonales). Il estime qu'une cantonalisation du système de l'assurance-maladie irait à l'encontre des efforts entrepris en vue d'une meilleure coordination au niveau national.

Le 9 décembre 2010, le Conseil national a décidé de ne pas donner suite à une initiative parlementaire qui demandait de procéder aux modifications constitutionnelles nécessaires à la création d'une caisse nationale publique unique d'assurance-maladie (09.504 Initiative parlementaire du groupe socialiste, Caisse nationale publique d'assurance-maladie). Le 15 septembre 2010, le Conseil national avait également décidé de ne pas donner suite à une initiative parlementaire qui voulait modifier la LAMal afin de permettre une dérogation lorsqu'un canton souhaite instaurer une caisse unique cantonale pour l'assurance de base (09.457 Initiative Zisyadis. Libre choix cantonal. Caisse unique ou concurrence pour l'assurance-maladie de base).

3.1.1.3 Initiatives populaires

Deux initiatives populaires qui visaient une réforme en profondeur du système et du financement de l'assurance-maladie sociale ont été soumises ces dernières années au peuple et aux cantons:

- L'initiative populaire «La santé à un prix abordable (initiative-santé)», qui demandait que l'assurance obligatoire en cas de maladie soit appliquée par des établissements d'assurance d'utilité publique et qu'elle soit financée notamment par des recettes supplémentaires provenant de la TVA et par des cotisations payées par les assurés, fixées en fonction du revenu et de la fortune réelle, a été rejetée le 18 mai 2003 à une forte majorité.
- L'initiative populaire «Pour une caisse maladie unique et sociale», qui visait l'institution d'une caisse unique pour l'assurance obligatoire des soins et une réforme de son financement moyennant des primes fixées en fonction de la capacité économique des assurés, a également été rejetée par le peuple et les cantons, le 11 mars 2007, à une nette majorité.

3.1.2 Organisation et forme juridique de la caisse publique

L'initiative populaire «Pour une caisse publique d'assurance-maladie» demande que la Confédération crée une institution nationale unique de droit public pour gérer l'assurance obligatoire des soins, mais ne dit pas quelle forme juridique cette institution devrait revêtir, si bien qu'il reste une certaine marge d'interprétation à cet égard. En revanche, le texte de l'initiative prévoit impérativement que les organes de l'institution sont formés notamment de représentants de la Confédération, des cantons, des assurés et des fournisseurs de prestations. Il prévoit également que l'institution nationale crée des agences cantonales ou intercantionales.

En l'absence d'une définition précise de la forme juridique de la caisse-maladie publique dans le texte de l'initiative, une des formes actuelles d'organisation des caisses-maladie (fondation, association, société coopérative, personne morale de droit public cantonal ou société anonyme à but non lucratif) pourrait entrer en ligne de compte, celle qui s'y prête le mieux étant vraisemblablement la personne morale de droit public.

3.1.3 Gestion de la caisse publique d'assurance-maladie

La mise en œuvre de l'assurance obligatoire des soins incombe à une institution nationale unique de droit public, qui crée à cette fin des agences cantonales ou intercantionales. Celles-ci sont chargées notamment de fixer les primes, de les encaisser et de payer les prestations. Les organes de cette institution (il s'agit habituellement de la direction et du conseil d'administration) sont composés, selon le texte de l'initiative, de représentants de la Confédération, des cantons, des assurés et des fournisseurs de prestations. Les tâches et les compétences de ces organes ne sont pas précisées. La composition prévue risque de provoquer des conflits d'intérêts. Bien que ce modèle paraisse à première vue comparable à celui de la Suva, il présente, à y regarder de plus près, des différences considérables. A la Suva, les membres du conseil d'administration sont des représentants des employeurs, des salariés et de la Confédération. Les représentants des employeurs et ceux des salariés ont les mêmes intérêts. Ils représentent les payeurs de primes, et leurs soucis en matière de prévention et de traitement en cas d'accidents sont les mêmes. Dans la caisse publique, les fournisseurs de prestations seraient eux aussi représentés, de même que les cantons. Ces derniers sont également propriétaires des hôpitaux publics, lesquels, en tant que fournisseurs de prestations, ont d'autres intérêts financiers que les assureurs. A l'intérieur des organes tels qu'ils sont prévus dans le texte proposé par les auteurs de l'initiative populaire, les conflits seraient inévitables, notamment lors de la négociation des tarifs:

- les fournisseurs de prestations ont intérêt à ce que les tarifs qui les concernent soient élevés;
- les assurés ont intérêt à ce que le catalogue de prestations soit aussi large que possible et à ce que les primes soient basses.

3.1.4 Organisation décentralisée de la caisse publique

L'initiative populaire prévoit une organisation relativement décentralisée de la caisse publique nationale d'assurance-maladie. La création d'agences cantonales ou inter-cantonales – comparables aux caisses de chômage – est censée apporter aux assurés un service de proximité. Mais cela rend les assurés largement dépendants de leur encadrement régional, situation qui serait comparable à la situation actuelle, à cette différence près – mais elle est de taille – qu'ils ne pourraient pas adhérer à une autre caisse-maladie s'ils sont mécontents de la qualité du service ou si des incompatibilités devaient naître entre l'assuré et la personne chargée de l'encadrement.

3.1.5 Situation de monopole de la caisse publique et ses conséquences

L'institution d'une caisse publique nationale pour l'assurance obligatoire des soins conduit inévitablement à une situation de monopole du côté de l'assureur, avec les conséquences suivantes:

- les assurés (comme on vient de le voir) n'auraient plus la possibilité, comme actuellement, de changer d'assureur s'ils ne sont pas satisfaits du traitement des prestations ou de la qualité du service;
- faute de concurrence, la caisse publique d'assurance-maladie serait moins motivée à chercher à économiser sur les coûts. L'existence de plusieurs caisses-maladie et la situation de concurrence dans laquelle elles se trouvent incitent davantage ces dernières à faire preuve d'efficacité et d'innovation;
- les comparaisons avec l'étranger montrent qu'une situation de monopole dans l'assurance de base influe sur la répartition du financement entre l'assurance de base et les assurances complémentaires. Le besoin de formes d'approvisionnement et d'assurance en dehors de l'assurance de base tend à augmenter dans de tels systèmes, alors que les structures basées sur la concurrence apportent une qualité des prestations et un accès à celles-ci qui permettent de mieux répondre aux préférences des demandeurs de prestations.

3.1.6 La caisse publique, instrument de maîtrise des coûts?

L'initiative populaire a pour objectif principal l'institution par la Confédération d'une caisse publique nationale pour l'assurance obligatoire des soins. Elle ne vise donc pas prioritairement la maîtrise des coûts. Elle ne contient d'ailleurs aucune obligation explicite relative à des mesures de maîtrise des coûts.

Selon les arguments des auteurs de l'initiative, la caisse publique pourra réduire les frais administratifs. Sont notamment mentionnés les frais de publicité et les frais dus aux changements d'assureur. Il est vrai qu'une caisse publique unique permettrait de supprimer ou de réduire certains frais d'administration. On doit cependant compter avec des coûts de restructuration considérables, qui influenceront les comptes pendant des années. Il n'est en outre pas garanti que la mise sur pied d'une institution d'assurance en situation de monopole permette à celle-ci de travailler de manière plus efficace et de mieux contrôler les coûts des prestations que les caisses-maladie existantes. D'ailleurs, le nombre des caisses-maladie qui pratiquent l'assurance obligatoire des soins sous l'empire de la LAMal s'est réduit de 145 en 1996 à 62 en

2012. En ce qui concerne les frais d'administration, on constate d'abord une diminution, ceux-ci passant de 133 francs par assuré (en 1996) à 118 (en 1999), puis une augmentation qui les porte à 160 francs par assuré (en 2011). Sur l'ensemble de la période considérée, le taux de croissance annuel des frais d'administration, qui se chiffre à 1,2 %, est ainsi légèrement inférieur à celui des salaires, selon l'indice des salaires de l'Office fédéral de la statistique (1,3 %), bien qu'il soit légèrement supérieur depuis 1999.

Les frais d'administration et de gestion absorbent 5,4 % des dépenses de l'assurance obligatoire des soins⁷. Pour d'autres assurances sociales, cette valeur est parfois nettement supérieure, notamment pour l'assurance-accidents (11,3 %), l'assurance-chômage (9,0 %) ou l'assurance-invalidité (6,0 %). La proportion n'est plus basse que pour les assurances sociales dont les dépenses sont constituées presque exclusivement par des paiements de rentes, c.-à-d. pour l'AVS (0,4 %), les APG (0,2 %) et les allocations familiales (2,8 %). Etant donné que la tâche de l'assurance obligatoire des soins n'est pas de verser des rentes, mais de contrôler et de régler les factures des fournisseurs des prestations, ce qui nécessite bien davantage de personnel, il ne faut pas s'attendre à ce que la caisse publique puisse réduire les coûts administratifs de façon significative.

3.1.7 Conséquences sur la concurrence dans le domaine des tarifs

Dans un système de caisse publique, les règles de la concurrence ne sont plus les mêmes en ce qui concerne les tarifs: une multiplicité de fournisseurs de prestations font face à un seul assureur. L'assureur se trouve ainsi en situation de monopole. On pourrait dès lors s'attendre à ce que l'assureur dispose d'une position plus forte dans le cadre des négociations tarifaires que ce n'est le cas lorsqu'il y a multiplicité d'assureurs. Cela étant, le fait que les fournisseurs de prestations siègent dans les organes de la caisse publique et se trouvent ainsi pris dans des conflits d'intérêts relativise l'éventuelle position de force de l'assureur dans les négociations.

Les assureurs ont mené, jusqu'à la mise en place du nouveau système de financement des hôpitaux, des négociations communes avec les fournisseurs de prestations. Mais la «position de force sur le marché» qui était la leur s'est affaiblie depuis. Désormais, plusieurs communautés tarifaires, p. ex. Tarifsuisse SA ou le groupe Helsana/Sanitas/KPT, négocient avec les fournisseurs de prestations. La concurrence est toutefois limitée en raison de l'obligation de contracter. Il n'est pas encore possible d'évaluer les conséquences de cette réorganisation.

3.1.8 Conséquences sur les primes

L'initiative populaire mise, comme le droit en vigueur, sur les primes des assurés comme principale source de financement de l'assurance obligatoire des soins. Concrètement, elle prévoit que les agences cantonales ou intercantionales créées par la caisse publique fixent et perçoivent les primes, et paient les prestations. Une prime unique, calculée sur la base des coûts de l'assurance-maladie sociale, serait

⁷ Office fédéral des assurances sociales, Statistique des assurances sociales 2011. Toutes les indications données se réfèrent à l'année 2010.

fixée pour chaque canton. L'initiative populaire ne donne pas d'autres indications sur la mise en œuvre du financement de l'assurance-maladie sociale. Elle n'aborde nullement la question de la constitution de réserves et de provisions, ni celle de la lacune de financement pouvant résulter d'une sous-estimation des coûts lors de la fixation des primes, ou d'une soudaine hausse inattendue des coûts à la charge de l'assurance-maladie.

L'initiative populaire ne dit pas non plus si les primes doivent, comme dans le système actuel, être échelonnées selon les différences de coûts établies au niveau régional. De manière réaliste, on peut partir de l'idée qu'une caisse publique unique conduirait à une réduction du nombre des régions de primes existant aujourd'hui. En cas d'acceptation de l'initiative, la possibilité de fixer des primes seulement pour certaines parties d'une région ou pour certaines communes, comme cela est possible dans le droit en vigueur et comme cela est pratiqué en particulier dans les régions rurales et dans les régions de montagne par les caisses qui n'ont qu'un rayon d'activité limité, serait assurément supprimée.

Etant donné que les primes ne seraient plus différenciées avec une caisse publique, les personnes aujourd'hui assurées auprès d'une caisse appliquant des primes basses devraient payer des primes plus élevées. Il en résulterait une augmentation du pourcentage d'assurés bénéficiaires des subsides de réduction individuelle des primes. Par conséquent, les dépenses au titre de la réduction des primes augmenteraient aussi.

3.1.9 Conséquences sur les réserves

Comme avantage supplémentaire de la caisse publique, les auteurs de l'initiative populaire avancent la possibilité d'une réduction des réserves. Il est certes exact qu'une caisse-maladie comptant près de 8 millions d'assurés peut mieux diversifier les risques que les caisses-maladie actuelles, et qu'elle pourrait de ce fait devoir répondre à des exigences moins élevées en matière de réserves. Mais les coûts ne seraient pas maîtrisés pour autant, car une réduction des réserves – pour autant que les réserves légales lors du début de l'activité de la caisse publique soient totalement disponibles – n'aurait de toute façon un effet d'allègement sur les primes que durant les premières années. Par ailleurs, il convient de garder à l'esprit qu'une caisse publique a aussi besoin de réserves suffisantes pour couvrir les risques auxquels elle s'expose par son activité. A ce propos, se pose également la question de savoir ce qui se passe lorsque les réserves ne suffisent pas pour couvrir les coûts imprévus.

3.1.10 Conséquences sur l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal

Le texte de l'initiative populaire ne dit rien du sort de l'assurance facultative d'indemnités journalières. Dans le droit en vigueur, elle est, avec l'assurance obligatoire des soins, l'une des composantes de l'assurance-maladie sociale, et elle est réglementée par la LAMal. Tout assureur autorisé à pratiquer l'assurance obligatoire des soins est également tenu de pratiquer au moins l'assurance individuelle d'indemnités journalières.

L'initiative populaire exige uniquement que la caisse publique reprenne les réserves, les provisions et la fortune dans le domaine de l'assurance-maladie sociale. Les institutions d'assurance existantes pourraient donc en principe continuer de gérer le portefeuille de l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal et pratiquer ce type d'assurance en tant que caisses-maladie reconnues. Le législateur est toutefois libre de redéfinir les normes légales applicables à l'assurance d'indemnités journalières sociale.

3.1.11 Effets de la caisse publique sur la compensation des risques

La compensation des risques n'aurait plus aucun sens dans un système où une caisse jouit d'une situation de monopole, et serait donc supprimée. Cela n'aurait toutefois pas de conséquences notables sur le niveau des primes, car les frais administratifs par assuré occasionnés aux assureurs et à l'institution commune en relation avec la compensation des risques sont minimes.

3.1.12 Conclusion

De l'avis du Conseil fédéral, le changement de cap fondamental qui consisterait à confier l'assurance obligatoire des soins à une caisse publique plutôt qu'à une multiplicité de caisses ne s'impose pas. Le Conseil fédéral estime au contraire qu'un système composé d'une pluralité d'assureurs dans l'assurance-maladie sociale présente d'évidents avantages par rapport à une situation de monopole avec une seule caisse-maladie. La pratique de l'assurance-maladie obligatoire par plusieurs assureurs-maladie a une longue tradition dans notre pays. Les expériences faites depuis l'instauration de la LAMal ont cependant montré que certaines adaptations sont nécessaires pour que le système fonctionne de manière optimale. Le Conseil fédéral est néanmoins convaincu que les incitations négatives actuellement constatées, la sélection des risques par exemple, peuvent être corrigées sans opérer un changement fondamental du système.

Avec le libre passage intégral, la population suisse dispose d'une liberté totale dans le choix de son assureur. Les assurés peuvent décider s'ils souhaitent continuer à s'assurer pour l'assurance obligatoire des soins auprès de la caisse qui les couvrirait jusqu'alors ou opter pour un autre assureur. De plus, une concurrence qui fonctionne bien a aussi pour effet que les assureurs contrôlent les factures des fournisseurs de prestations. Ces avantages de la concurrence caractérisent notre système, fonctionnel et de grande qualité, et doivent donc être maintenus et encouragés dans le système suisse d'assurance-maladie.

Le Conseil fédéral redoute en outre que la diversité des intérêts représentés au niveau de la gestion de la caisse ne conduise à d'intenses discussions qui feraient perdre de vue les efforts à fournir en vue de maîtriser les coûts ou d'améliorer le rapport coûts/prestations dans l'assurance-maladie.

Le Conseil fédéral est convaincu que des incitations économiques pour tous les acteurs sont mieux à même de favoriser la réalisation de l'objectif visé, c'est-à-dire la maîtrise des coûts, qu'un contrôle plus strict du système par un seul assureur.

Cela étant, il est conscient que le système actuel doit encore être optimisé. Aussi a-t-il déjà soumis au Parlement la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie. D'autres améliorations sont nécessaires, notamment en ce qui concerne la sélection des risques et la transparence. Dans le domaine des prestations, de nombreuses voix ne cessent d'exiger des mesures de maîtrise des coûts. Dans le secteur des soins ambulatoires, des premiers pas ont été accomplis dans cette direction avec l'adaptation des prix des médicaments opérée cette année, ainsi qu'avec le projet de limitation (pour une durée limitée) des admissions des médecins spécialistes.

3.2 Dispositions transitoires

3.2.1 Adoption de la base légale nécessaire pour le transfert

Selon les dispositions transitoires de l'initiative populaire, l'Assemblée fédérale doit édicter, dès l'acceptation de celle-ci par le peuple et les cantons, les bases légales nécessaires au transfert des réserves, des provisions et de la fortune de l'assurance-maladie sociale à la caisse nationale publique d'assurance-maladie. Si l'Assemblée fédérale n'édicte pas la législation correspondante dans les trois ans suivant l'acceptation de l'initiative populaire, les cantons peuvent créer sur leur territoire une institution publique unique d'assurance-maladie sociale. Cette disposition succincte au niveau de la Constitution et l'absence d'autres points de repère concernant d'importants aspects accessoires laissent une grande marge s'agissant des conséquences juridiques et financières de l'initiative populaire pour les assureurs actuels et pour la caisse publique à mettre en place. De l'avis du Conseil fédéral, le délai prévu de trois ans est beaucoup trop court pour ce changement fondamental dans le système de l'assurance obligatoire des soins. Durant ce laps de temps, il faudrait modifier de nombreuses parties de la loi en vigueur sur l'assurance-maladie, voire en créer de nouvelles.

3.2.2 Non-adoption de la législation correspondante dans les trois ans

Comme on vient de le voir, les dispositions transitoires prévoient que les cantons peuvent créer sur leur territoire une institution publique unique d'assurance-maladie sociale si l'Assemblée fédérale n'édicte pas la base légale nécessaire dans les trois ans suivant l'acceptation de l'initiative populaire. Par conséquent, dans une telle hypothèse, une caisse publique pourrait être instituée au niveau des cantons, si bien que deux systèmes d'assurance complètement différents coexisteraient alors en Suisse, ce qui risquerait d'entraîner de nombreux problèmes d'application et de coordination.

En relation avec la reprise par la caisse publique des actifs et des passifs des institutions existantes pratiquant l'assurance obligatoire des soins, des problèmes juridiques délicats pourraient en outre se poser qui, en cas de conflit, conduiraient devant les tribunaux. Surtout, la question de savoir si les caisses-maladie reçoivent une contrepartie pour la reprise de leurs actifs et passifs ne ressort pas du texte de l'initiative.

Si les auteurs de l'initiative populaire partent du principe que la reprise des actifs et des passifs doit s'effectuer sans contreparties, il y a lieu de présumer que les valeurs

en capital disponibles ne sont en réalité pas la propriété des caisses-maladie. En l'absence de règle expresse dans l'initiative sur un éventuel devoir d'indemnisation, c'est au législateur qu'il appartiendra de trancher cette question. Certes, il est déjà prévu dans le droit en vigueur qu'en cas de dissolution d'une caisse-maladie, l'excédent de fortune éventuel constaté dans les caisses organisées selon le droit privé revient au fonds de l'institution commune couvrant les cas d'insolvabilité si la fortune et l'effectif ne sont pas transférés par convention à un autre assureur (art. 13, al. 4, LAMal); un assureur doit également céder une part de ses réserves lorsque l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale ne lui est retirée que pour certaines parties du rayon d'activité territorial; par ailleurs, les assureurs ne peuvent affecter qu'à des buts d'assurance-maladie sociale les ressources provenant de celle-ci (art. 13 al. 2 let. a LAMal). Il faudrait examiner dans le cadre de l'élaboration de la législation d'exécution si une réglementation analogue se justifierait dans le cas du transfert de tous les actifs et passifs de l'assurance obligatoire des soins à la caisse publique d'assurance-maladie. La reprise des actifs et des passifs pouvant s'avérer complexe, la situation financière de la caisse publique ne serait pas entièrement clarifiée au moment où celle-ci entamerait son activité.

4 Conséquences en cas d'acceptation de l'initiative populaire

4.1 Conséquences financières pour la Confédération, les cantons et les communes

Les subsides versés par les pouvoirs publics à l'assurance-maladie dans le cadre de la réduction des primes ont augmenté au cours des dernières années. En 2011, le montant des subsides de la Confédération s'élevait à 2,1 milliards de francs, celui des subsides cantonaux à 2,0 milliards⁸. S'y ajoutent, pour les cantons, les subventions en faveur des fournisseurs de prestations, et en particulier des hôpitaux. Ces subventions avoisinaient les 9,4 milliards de francs en 2010⁹. Le montant total couvert dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins a atteint environ 34,8 milliards de francs, dont quelque 38,6 % ont été pris en charge par les pouvoirs publics. En raison de l'ajustement des primes et de la hausse qui en résultera pour les primes basses, il est probable que les subsides accordés par les pouvoirs publics pour la réduction des primes devront augmenter pour pouvoir décharger les assurés autant qu'à l'heure actuelle.

4.2 Conséquences pour les assureurs

En cas d'acceptation de l'initiative populaire, l'assurance-maladie sociale ne ferait plus partie de l'activité des assureurs-maladie existants, mais ceux-ci pourraient continuer de proposer des assurances complémentaires. Les 62 caisses-maladie actuellement actives dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins seraient toutefois déchargées de leur principale activité. En particulier, les caisses qui ne pratiquent aucune branche d'assurance complémentaire seraient obligées de se dissoudre, à moins de viser un autre but et d'entreprendre une activité dans un nou-

⁸ OFSP, Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2011.

⁹ OFS, Financement du système de santé selon le régime de financement.

veau domaine. On doit partir du principe que de nombreuses institutions existantes seraient contraintes de cesser leur activité. L'institution d'une caisse publique aurait pour conséquence une réorganisation fondamentale des structures organisationnelles et des processus administratifs, avec des répercussions sur une bonne partie des 12 219¹⁰ employés des caisses-maladie actifs dans les domaines de l'assurance obligatoire et des assurances complémentaires. En ce qui concerne les coûts auxquels les assureurs, la Confédération et les cantons devraient vraisemblablement faire face en cas d'acceptation de l'initiative, il faut distinguer entre les coûts du changement de système et les coûts de fonctionnement ultérieurs. Les uns et les autres dépendent de la mise en œuvre concrète de l'initiative populaire et ne peuvent pour l'heure pas être chiffrés.

5 Comparaison internationale

Les pays industrialisés connaissent pour l'essentiel, si l'on fait abstraction des Etats-Unis, deux types de système de santé: le service national de santé, principalement financé par les recettes fiscales (appelé «modèle Beveridge») et le système de l'assurance sociale, également appelé «modèle Bismarck». Les systèmes de santé de l'Allemagne, de la France, des pays du Benelux, de l'Autriche, de nombreux pays d'Europe de l'Est ainsi que du Japon et de la Corée du Sud sont financés selon le modèle de l'assurance sociale. Mais ces systèmes diffèrent considérablement de l'un à l'autre. Dans la plupart des pays, il existe plusieurs assureurs, ceux-ci ne pouvant toutefois pas toujours être librement choisis: souvent, l'assureur est imposé en fonction de l'employeur, du statut professionnel ou du domicile. Le libre choix de l'assureur, comme en Suisse, existe en Allemagne, aux Pays-Bas, en Belgique, en Israël, en République tchèque et en Slovaquie (c'est ce que l'on appelle le «modèle du marché régulé»). Un système avec un assureur-maladie public unique est appliqué en Corée du Sud ainsi que dans quelques pays d'Europe de l'Est qui sont passés d'un système de santé étatique à un système d'assurance sociale.

Contrairement au système d'assurance-maladie de la plupart des autres pays, le système suisse n'est pas fondé principalement sur les cotisations des employeurs et des salariés, mais sur des primes individuelles, pour lesquelles des réductions individuelles sont accordées aux personnes de condition économique modeste.

Il est relativement difficile de se prononcer clairement sur le rapport entre le système de santé et les coûts de la santé en se fondant sur les statistiques internationales disponibles de l'OCDE. Les pays appliquant un système national de santé ont un niveau de coûts plus bas que la Suisse (tant en chiffres absolus que par rapport au produit intérieur brut), mais les coûts de la santé y ont augmenté bien plus fortement au cours de la dernière décennie. On observe cependant dans tous les systèmes une tendance à la hausse des coûts. En revanche, les pays plus ou moins comparables à la Suisse sur le plan du développement économique et de la qualité des soins médicaux (p. ex. l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique ou la France) ne diffèrent guère, ni sous l'angle des coûts ni sous celui de l'accroissement des coûts, même si l'assurance-maladie y est financée d'une tout autre manière.

¹⁰ OFSP, Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2010.

6 Relation avec le droit européen

6.1 Droit de l'Union européenne

Aux termes de l'art. 3, par. 3, al. 2, du Traité sur l'Union européenne, l'Union a pour mission de promouvoir la justice et la protection sociales. La libre circulation des travailleurs à l'intérieur de l'Union est fixée à l'art. 45 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE). Le principe de la libre circulation requiert une coordination des régimes nationaux de sécurité sociale, ce que prévoit l'art. 48 TFUE. Le droit européen ne prévoit pas l'harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale, les Etats membres conservant la faculté de déterminer la conception, le champ d'application personnel, les modalités de financement et l'organisation de leur système de sécurité sociale. La coordination des régimes nationaux de sécurité sociale est mise en œuvre par le Règlement (CE) n° 883/2004¹¹ et par le Règlement d'application n° 987/2009¹². Depuis le 1^{er} juin 2002, date de l'entrée en vigueur de l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes qu'elle a conclu avec la CE et ses Etats membres¹³, la Suisse participe à ce système multilatéral de coordination.

6.2 Instruments du Conseil de l'Europe

Le Code européen de sécurité sociale du 16 avril 1964 (CESS, RS 0.831.104) règle, dans sa partie II, les soins médicaux. Tout Etat qui entend accepter les obligations découlant de la partie II du code doit notamment garantir l'attribution de prestations médicales aux personnes protégées en cas de maladie, quelle qu'en soit la cause, et en cas de maternité. Le bénéficiaire peut être tenu de participer aux frais des soins médicaux reçus en cas de maladie, et la durée des prestations servies peut être limitée à 26 semaines par cas. Lors de la ratification du CESS, la Suisse a déclaré ne pas reprendre les obligations découlant de la partie II. S'agissant de l'organisation des systèmes de sécurité sociale, le CESS prévoit que lorsque l'administration n'est pas assurée par un département gouvernemental responsable devant un parlement, des représentants des personnes protégées doivent participer à l'administration ou y être associés avec pouvoir consultatif dans des conditions prescrites; la législation nationale peut aussi prévoir la participation de représentants des employeurs et des autorités publiques (art. 71).

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

¹¹ Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, JO L 166 du 30.4.2004, p. 1, rectifié au JO L 200 du 7.6.2004.

¹² Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, JO L 284 du 30.10.2009, p. 1.

¹³ RS 0.142.112.681

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

6.3 Compatibilité du projet avec le droit européen

L'initiative populaire «Pour une caisse publique d'assurance-maladie» est compatible avec le droit européen. En particulier, elle ne viole pas l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (RS 0.142.112.681) conclu entre la Suisse et la CE et ses Etats membres.

7 Conclusions

Avec le libre passage intégral, la population suisse dispose d'une liberté totale dans le choix de son assureur. Les assurés peuvent décider s'ils souhaitent continuer à s'assurer pour l'assurance obligatoire des soins auprès de la caisse qui les couvrirait jusqu'alors ou changer d'assureur. Le système actuel comporte des éléments de concurrence non négligeables qui incitent à prendre des mesures de maîtrise des coûts. Le Conseil fédéral souhaite le maintenir et entend conserver la concurrence afin de garantir un système d'assurance-maladie de qualité.

Le système proposé ne contient, surtout en ce qui concerne l'évolution des coûts dans l'assurance obligatoire des soins, aucun élément nouveau qui pourrait inciter les intéressés à adopter un comportement économe. C'est pourquoi, le Conseil fédéral entend poursuivre sur la voie de la consolidation du système. Une partie des correctifs nécessaires ont déjà été apportés dans la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie qu'il a proposée et dans le cadre des réformes de la LAMal.

Pour toutes ces raisons, le Conseil fédéral s'oppose à l'institution d'une caisse-maladie publique.

8 Le Conseil fédéral propose un contre-projet indirect

Le système actuel de l'assurance-maladie sociale présente un certain potentiel d'amélioration. Mais le Conseil fédéral est d'avis que le système axé sur la concurrence tel qu'il existe depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996 a fait ses preuves et qu'il doit être maintenu pour l'essentiel. Néanmoins, les effets pervers existants, par exemple la sélection des risques, doivent être éliminés.

Le Conseil fédéral tient à parvenir à une meilleure solidarité en stabilisant la situation des assureurs en ce qui concerne les primes, afin d'agir contre la sélection des risques que certains assureurs pratiquent, sans pour autant abolir la concurrence entre assureurs. Par ailleurs, il souhaite obtenir davantage de transparence dans l'assurance-maladie sociale. C'est pourquoi, il oppose à l'initiative «Pour une caisse publique d'assurance-maladie» un contre-projet indirect. Ce dernier comprend des instruments efficaces pour lutter contre la sélection des risques et introduit des éléments nouveaux dans le système existant afin d'améliorer la solidarité dans l'assurance-maladie sociale.

9 Grandes lignes du projet

Le contre-projet que le Conseil fédéral oppose à l'initiative populaire «Pour une caisse publique d'assurance-maladie» comprend pour l'essentiel deux éléments.

D'une part, l'introduction d'une réassurance pour les très hauts coûts, combinée avec une amélioration de la compensation des risques, doit réduire au minimum l'incitation pour les assureurs à sélectionner les risques dans l'assurance obligatoire des soins. Il en résultera en outre un ajustement du niveau des primes entre les assureurs, ce qui réduira de leur côté l'incitation à la sélection des risques et, du côté des assurés, l'intérêt à changer d'assureur. Les coûts liés aux changements d'assureur en seront réduits. Quant à la concurrence entre les assureurs, elle doit continuer d'exister, mais s'exercer davantage là où le législateur le voulait à l'origine, c'est-à-dire au niveau de la qualité des offres d'assurance.

D'autre part, l'assurance de base et l'assurance complémentaire doivent être séparées et être pratiquées à l'avenir par des sociétés (entités juridiques) différentes, et il faudra instituer des mesures visant à empêcher l'échange d'informations entre une caisse-maladie et une autre société du même groupe. Cette mesure amènera davantage de transparence et servira également à combattre la sélection des risques.

9.1 Réassurance pour les très hauts coûts et amélioration de la compensation des risques

9.1.1 Contexte

Des analyses de la répartition des frais dans l'assurance-maladie sociale ont montré que 40 % de la population n'occasionnent aucun frais à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Par contre, 10 % de la population génèrent près de 70 % des frais. L'assurance obligatoire des soins est fondée sur le principe de la solidarité, et elle est financée au moyen d'une prime unique. Cela signifie que chaque assuré paie, indépendamment de son âge, de son sexe ou de tout autre indicateur de son état de santé, la même prime à la même caisse-maladie du même canton pour le même modèle d'assurance. Mais cette prime ne correspond pas au risque effectif, c.-à-d. au risque que l'assuré présente de tomber malade et de générer ainsi des frais à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Il s'ensuit que les assureurs ont intérêt à assurer des risques aussi bons que possible et sont incités de ce fait à pratiquer une sélection des risques. Autrement dit, ils ciblent leur publicité sur les personnes en bonne santé, les « bons risques », pour qu'elles s'assurent auprès d'eux, tout en cherchant à décourager les personnes malades, ou « mauvais risques », soit en mettant des obstacles à leur affiliation, en dépit de l'obligation d'admission fixée par l'art. 4 LAMal, soit en les incitant à choisir un autre assureur.

La sélection des risques peut se pratiquer de diverses manières. Comme nous manquons encore de données librement accessibles sur l'ampleur et la nature de cette sélection, les affirmations à ce sujet n'ont la plupart du temps qu'un caractère spéculatif. Cela dit, une étude de Baumgartner/Busato¹⁴ montre clairement qu'il existe des

¹⁴ Christian Baumgartner/André Busato, Risikoselektion in der Grundversicherung - eine empirische Untersuchung, in: Schweizerische Ärztezeitung 2011

différences parfois significatives dans la manière dont les assureurs répondent aux demandes d'offre, selon qu'elles proviennent de bons ou de mauvais risques. Par exemple, ils répondent plus rapidement aux premières qu'aux secondes. C'est que plus le temps d'attente augmente, plus il est probable que la personne concernée aille s'assurer auprès d'une autre caisse-maladie. On constate aussi des différences dans la transmission de la demande à un assureur meilleur marché à l'intérieur du même groupe (afin d'offrir une prime plus avantageuse aux bons risques), ou alors des offres pour des modèles avec choix limité du fournisseur de prestations sont proposées aux bons risques sans qu'ils en fassent la demande, pour leur offrir une prime plus avantageuse.

Sous sa forme actuelle, la compensation des risques ne permet pas de contrer suffisamment ce phénomène. Il faut par conséquent l'améliorer. Les expériences faites en Suisse et les comparaisons avec l'étranger montrent cependant que même une compensation des risques sophistiquée ne suffit pas à elle seule à empêcher la sélection des risques. Il importe donc d'introduire simultanément une réassurance pour les très hauts coûts.

9.1.2 La réassurance pour les très hauts coûts en détail

La réassurance pour les très hauts coûts assume les coûts des prestations fournies aux assurés qui dépassent un montant donné; les caisses-maladie s'acquittent pour cela d'une prime. Cette réassurance est identique et obligatoire pour toutes les caisses-maladie. Elle prend en charge, par assuré, les coûts des prestations qui dépassent un seuil donné, la caisse-maladie, en tant que premier assureur, assumant l'ensemble des coûts jusqu'à ce seuil ainsi qu'une quote-part sur les frais qui le dépassent. Cette quote-part garantit l'incitation à contrôler les prestations et les coûts, même une fois le seuil dépassé. Les assurés restent cependant affiliés auprès de leur caisse-maladie. Il ne faut pas confondre la réassurance pour les très hauts coûts avec d'autres modèles tels que le pool de hauts risques, où les cas de maladie coûteux sont assurés directement et où, de plus, leur traitement est piloté. La réassurance pour les très hauts coûts reste un instrument au niveau des caisses-maladie, en vue de renforcer la solidarité entre elles et de réduire ainsi la sélection des risques.

Elle est financée par les primes des caisses-maladie, qui paient un montant fixe par assuré au titre de prime de réassurance. Ce montant est défini, en fonction des différences de coûts entre les cantons, de manière à ce que les coûts soient couverts. De la sorte, la réassurance pour les très hauts coûts n'aboutit pas à une redistribution des coûts entre les cantons. Une autre prime, plus basse, est versée pour les enfants, car ceux-ci génèrent des frais moins élevés.

Si le seuil est élevé, la part des coûts qui seront remboursés par la réassurance sera relativement basse. Les différentes caisses-maladie auront toujours des frais de prestations variables et continueront donc d'avoir des primes différentes. Plus le seuil est bas, plus la part entièrement assumée par la caisse-maladie est faible, et plus les primes auront tendance à s'uniformiser. Quel que soit le montant du seuil fixé, les différences entre les primes seront moins importantes avec une réassurance qu'aujourd'hui. Partant, l'incitation à sélectionner les risques sera plus faible, et les assurés auront moins tendance à changer de caisse-maladie, ce qui aura aussi pour effet de faire baisser les frais administratifs. Deux variantes sont discutées ci-dessous pour la valeur seuil, l'une plus basse, l'autre plus élevée.

La loi ne définit pas la valeur seuil en chiffres absolus, mais en fonction des coûts moyens des prestations remboursées. Avec cette réglementation, elle sera adaptée chaque année à l'évolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins. En 2011, les assureurs-maladie ont remboursé des prestations pour 2716 francs en moyenne par assuré. La variante 1 prévoit une valeur seuil fixée au sextuple de ce montant (2011: 16 296 francs), la variante 2 le multiplie par douze (2011: 32 592 francs).

La colonne 2 du tableau ci-dessous montre quelle part d'assurés se situe au-dessus d'un seuil déterminé en ce qui concerne leurs prestations nettes. La colonne 3 donne quant à elles la part des prestations nettes qui serait prise en charge par le réassureur à partir d'un même seuil, ceci en tenant compte d'une quote-part de 20 % :

Valeur seuil (en francs par an)	Pourcentage d'assurés dont les prestations nettes dépassent la valeur seuil	Prestations payées par la réassurance en % des prestations nettes (avec une quote-part de 20 %)
15 000	4,0 %	19,6 %
20 000	2,8 %	14,4 %
25 000	2,0 %	10,7 %
30 000	1,4 %	8,0 %
35 000	1,0 %	6,1 %

Source: Enquête OFSP mai 2012. Couverture: env. 87 %

9.1.3 Interaction avec la compensation des risques

La compensation des risques et la réassurance pour les très hauts coûts sont étroitement liées entre elles, car elles poursuivent pour l'essentiel le même but: le financement solidaire par l'ensemble des assurés d'un canton, quel que soit leur assureur, des prestations fournies aux assurés qui constituent un risque élevé et causent des frais très importants.

Depuis le 1^{er} janvier 2012, la conception de la compensation des risques est prospective, ce qui signifie que les risques qu'ont les assurés de tomber malades tels qu'ils se présentent pour l'assureur en début d'année, donc *ex ante*, déterminent les paiements compensatoires. Le montant des paiements compensatoires par assuré est fixé en fonction des coûts de son groupe de risques durant l'année précédente et donc, par exemple, en fonction des coûts moyens occasionnés par les hommes de 41 à 45 ans qui n'ont pas été hospitalisés l'avant-dernière année précédant la compensation. La différence entre ces coûts et les coûts moyens de tous les assurés adultes du canton durant l'année précédant la compensation donne le montant de la contribution de compensation. Ce dispositif restera inchangé, même dans un système prévoyant une réassurance obligatoire. Ce seront toujours les coûts de l'année précédant la compensation qui détermineront les paiements compensatoires. Mais seuls seront pris en compte les coûts que le premier assureur doit assumer. Les contributions de compensation par assuré seront donc plus basses que dans un système sans réassurance.

La réassurance opère pour sa part, en plus de la compensation des risques, une compensation *ex post*, c'est-à-dire après la réalisation des risques. Elle compense les

frais effectifs (et non simplement les risques). Cela conduit donc automatiquement à un financement solidaire par l'ensemble du collectif des assurés dont le traitement et les soins sont extrêmement onéreux. Les maladies orphelines, par exemple, qui causent des coûts extrêmement élevés et que même la compensation des risques la plus fine ne parvient guère à prendre en compte de façon adéquate, seront prises en charge solidairement au moyen de cette réassurance, ce qui atténue la problématique des maladies rares associées à des frais élevés. Des études menées en Allemagne montrent aussi qu'une compensation des risques plus fine associée à une compensation des coûts a posteriori dans le domaine des très hauts coûts permet de contrer la sélection des risques de façon plus efficace que l'une ou l'autre de ces mesures à elle seule. La compensation des risques a été améliorée en Allemagne, mais il est apparu que la réintroduction du pool de hauts risques (supprimé lors de cette amélioration) permettrait d'augmenter nettement la «précision de tir» de la procédure de compensation au niveau des assurés, des groupes formés et des caisses¹⁵.

Pour déterminer le seuil à partir duquel la réassurance pour les très hauts coûts intervient, il faut veiller à une bonne interaction avec la compensation des risques, car les coûts pris en charge par la réassurance n'entrent pas dans la compensation des risques. Aujourd'hui, un assureur reçoit pour un assuré présentant un risque de maladie très élevé (p. ex., une femme âgée qui a été hospitalisée l'année précédente) une contribution de compensation de l'ordre de 20 000 francs par année, dans certains cas davantage même. Avec une réassurance pour les très hauts coûts, ces contributions diminueraient, car une partie des frais seraient pris en charge par la réassurance et n'entreraient donc plus intégralement dans le calcul de la compensation des risques; il faut néanmoins, pour la détermination du seuil en question, tenir compte du fait que les caisses-maladie sont souvent déjà indemnisées par la compensation des risques pour le risque de maladie élevé. La réassurance pour les très hauts coûts doit entrer en jeu lorsque cette compensation n'est pas suffisante.

Il est possible de calculer, à l'aide de simulations, le montant du seuil pour la réassurance à fixer pour obtenir un fonctionnement optimal de la compensation des risques. Les simulations se basent sur les prestations payées pour 87 % des assurés de l'assurance obligatoire des soins. La grandeur déterminante est la somme des prestations fournies en 2011 et décomptées jusqu'à fin février 2012. Pour mesurer ce bon fonctionnement, on se base sur la valeur explicative (R^2) que les facteurs de la compensation des risques – compte tenu de la réassurance – ont pour les différences de coûts entre les assureurs.

La valeur R^2 donne ainsi une indication sur la part des différences de coûts qui doit être compensée avec la compensation des risques et la réassurance.

Les résultats des simulations effectuées montrent que cette valeur est la plus grande, et qu'elle est plus ou moins constante, lorsque le seuil est fixé entre 15 000 et 30 000 francs (avec une quote-part de 20 % assumée par le premier assureur), le maximum étant atteint avec une valeur seuil inférieure à 20 000 francs. Fondée sur ce constat, la variante 1 prévoit de fixer la valeur seuil au sextuple des prestations remboursées en moyenne, soit, si l'on se réfère aux données de 2011, 16 296 francs. Avec cette

¹⁵ Bundesversicherungsamt (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturvergleich, Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturvergleichs, chap. 7.1.

valeur seuil, la réassurance interviendrait pour 3,6 % des assurés et financerait 18 % des coûts aujourd'hui assumés par les caisses-maladie.

Le R^2 n'est pas la seule valeur à laquelle on puisse se référer pour l'évaluation. Une autre méthode pour l'établissement de la valeur seuil optimale consisterait à simuler le montant jusqu'auquel les catégories de risque prises en considération par la compensation des risques permettent de chiffrer les coûts prévisibles. Les catégories aujourd'hui en vigueur permettent de prévoir les coûts jusqu'à 20 000 francs environ. Avec l'inclusion d'un critère de compensation supplémentaire, les coûts des médicaments, la simulation permet de porter la prévision à 30 000 francs environ. Les coûts dépassant ce seuil ne seront de toute façon pas suffisamment pris en compte par la compensation des risques. Fondée sur ces considérations, la variante 2 prévoit un seuil égal à douze fois le montant moyen des prestations remboursées, autrement dit, si l'on se réfère aux données de 2011, 32 592 francs. Avec cette valeur seuil, la réassurance interviendrait pour 1,2 % des assurés et financerait 7 % des coûts aujourd'hui assumés par les caisses-maladie. Le Conseil fédéral favorise la variante avec la valeur la plus élevée.

Avec la valeur seuil élevée, il y aura moins de prestations et parallèlement les coûts de moins d'assurés qui seront pris en charge par le réassureur. En même temps, la marge de manoeuvre dont disposent les assureurs est plus grande avec la valeur seuil la plus élevée. Pour ces motifs, le Conseil fédéral privilégie la valeur seuil la plus élevée.

L'introduction d'une réassurance pour les très hauts coûts suffirait pour augmenter de 30 % le pouvoir explicatif des facteurs de la compensation des risques et contribuerait donc dans une mesure déterminante à compenser les différences de coûts et, partant, à réduire l'incitation à la sélection des risques. Les deux mesures proposées, à savoir l'amélioration de la compensation des risques et l'introduction d'une réassurance pour les très hauts coûts, doublent le pouvoir explicatif en ce qui concerne les différences de coûts.

9.1.4 Amélioration de la compensation des risques

9.1.4.1 Bref historique de la compensation des risques

L'assurance obligatoire des soins repose, on l'a dit, sur une prime unique. Celle-ci garantit la solidarité entre bien-portants et malades, les premiers payant pour les seconds. Etant donné que la prime unique ne correspond pas au risque de maladie effectif, l'assureur est incité à assurer de bons risques, autrement dit, des personnes en aussi bonne santé que possible. C'est pour réduire cette incitation que la compensation des risques a été mise en place.

Introduite en Suisse par l'arrêté fédéral du 13 décembre 1991 sur des mesures temporaires contre la désolidarisation dans l'assurance-maladie, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1993, la compensation des risques est entrée dans le droit ordinaire avec l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996. La LAMal prévoyait d'abord la compensation des risques pour une durée limitée à dix ans et ne prenait en compte comme critères de risque que l'âge et le sexe. Mais sa durée de validité a été prolongée

plusieurs fois par la suite, la dernière fois en 2011. La compensation des risques figure actuellement dans les dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007, et le présent projet prévoit de la faire entrer dans la LAMal elle-même.

Dans le système actuel, la compensation des risques est le principal instrument de lutte contre la désolidarisation entre assureurs-maladie. Elle crée une compensation entre les assureurs dont l'effectif d'assurés présente un risque de maladie moindre et ceux dont l'effectif d'assurés présente un risque plus élevé. Elle vise une compensation financière des différences de structure entre les effectifs, lesquelles aboutissent à des différences dans les frais de maladie et donc aussi dans les primes. De plus, la compensation des risques devrait réduire, voire éliminer, l'incitation pour les assureurs à tirer avantage de la situation en sélectionnant les risques. Elle pourra empêcher cette sélection des risques de façon d'autant plus efficace que les facteurs de compensation utilisés permettront de prévoir avec précision les coûts individuels des assurés. La compensation des risques aujourd'hui en vigueur prend en compte les facteurs de l'âge et du sexe, ainsi que, depuis le 1^{er} janvier 2012, du risque de maladie élevé représenté par un séjour d'au moins trois jours dans un hôpital ou un EMS durant l'année précédant la compensation. Mais il existe encore d'autres risques de maladie dont les critères mentionnés ne rendent pas compte.

9.1.4.2 Définition plus précise de la compensation des risques

Depuis un certain temps déjà, des efforts sont entrepris par le Parlement en vue d'améliorer la compensation des risques par des indicateurs appropriés rendant compte d'un risque de maladie élevé des assurés. Une telle amélioration devait déjà être introduite dans le cadre du projet «managed care» (04.062), lequel a cependant été rejeté en votation populaire le 17 juin 2012, ce qui a signifié du même coup le rejet de la base légale pour le perfectionnement de la compensation des risques. Les initiatives parlementaires 11.473 du groupe socialiste et 12.446 du groupe libéral-radical demandent aussi une définition plus précise de la compensation des risques. Concrètement, celle-ci doit être complétée par des critères appropriés, reflétant la morbidité des assurés.

La compensation des risques pourrait être améliorée par l'intégration d'indicateurs rendant compte du risque de maladie élevé qui viendraient s'ajouter au séjour en hôpital ou en EMS. Ces indicateurs seront définis au niveau de l'ordonnance. Par exemple, les maladies chroniques sont souvent traitées à l'aide de médicaments spécifiques. Des données pharmaceutiques ou les coûts de médicaments pourraient ainsi servir d'indicateurs de maladies chroniques et devraient donc être inclus dans la compensation des risques. Avec le critère de l'hospitalisation au cours de l'année précédant la compensation, les groupes de coûts de médicaments permettraient de couvrir aussi bien le domaine ambulatoire que le domaine hospitalier.

L'amélioration de la compensation des risques et la réassurance pour les très hauts coûts sont étroitement liées entre elles. L'interaction optimale entre ces deux éléments permettra de contrer le plus efficacement la sélection des risques, sans pour autant empêcher la concurrence entre assureurs de fonctionner. Cela correspond aux principes de base de l'assurance-maladie sociale en Suisse, qui garantit la solidarité entre malades et bien-portants ainsi que des soins efficaces et de qualité pour tous.

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

L'assurance-maladie sociale peut être pratiquée par des caisses-maladie ou par des entreprises d'assurance privées soumises à la loi sur la surveillance des assurances (LSA) qui bénéficient d'une autorisation du DFI. Cependant, à ce jour, aucune entreprise d'assurance privée n'a encore fait usage de cette possibilité. Par ailleurs, les caisses-maladie ont toujours pu proposer jusqu'ici, en plus de l'assurance-maladie sociale, d'autres formes d'assurance, notamment les assurances complémentaires soumises à la loi sur le contrat d'assurance (LCA). Actuellement, seize caisses-maladie proposent l'assurance de base et l'assurance complémentaire au sein de la même société (entité juridique).

Un point critique non négligeable du système actuel réside dans la transparence limitée des caisses-maladie qui pratiquent l'assurance de base et l'assurance complémentaire au sein de la même société. Ce manque de transparence a trait, d'une part, aux aspects financiers. Même si cela n'est pas licite, il ne peut être exclu dans la situation actuelle que des moyens financiers provenant de l'assurance de base soient affectés aux assurances complémentaires («subventionnement croisé»). Par ailleurs, certains problèmes de protection des données se posent dans ces domaines. Bien que les dispositions légales interdisent clairement un échange de données, il ne peut être exclu – étant donné que les mêmes collaborateurs travaillent pour l'assurance de base et pour les assurances complémentaires – qu'un échange d'informations ait néanmoins lieu. L'échange de données favorise à nouveau la sélection des risques, puisque des données et des informations provenant de l'assurance de base peuvent être utilisées abusivement pour les assurances complémentaires. En outre, la sécurité financière d'une société qui pratique l'assurance de base et les assurances complémentaires au sein de la même entité juridique est plus restreinte en cas d'insolvabilité d'un des deux domaines d'assurance. Même si ceux-ci tiennent des comptes séparés, l'indépendance (financière) n'est pas la même qu'avec deux sociétés séparées. En fin de compte, une séparation de l'assurance de base et des assurances complémentaires présente des avantages également dans le cadre des activités de surveillance et de la clarification des compétences qui en résulte.

Les problèmes évoqués justifient qu'à l'avenir, l'assurance de base et les assurances complémentaires ne puissent plus être pratiquées au sein de la même entité juridique. Les groupes de sociétés qui gèrent aussi une caisse-maladie en leur sein doivent garantir au moyen de «barrières» appropriées que les données des assurés ne puissent être transmises de la caisse-maladie aux autres sociétés du groupe. Ainsi, il faut au moins que le service «prestations» de la caisse-maladie dispose de son propre personnel, qui ne travaille pas en même temps pour les assurances complémentaires. De plus, le médecin-conseil qui décide des prestations de l'assurance de base ne doit pas être le même que celui travaillant pour les assurances complémentaires. D'autres unités, comme la logistique et d'autres services centraux, peuvent et doivent continuer d'être exploitées en commun, pour profiter des synergies et éviter une augmentation des frais administratifs.

10 Conséquences

10.1 Conséquences pour la Confédération

La réassurance pour les très hauts coûts, l'amélioration de la compensation des risques ainsi que la séparation de l'assurance de base et des assurances complémentaires ne nécessitent pas de ressources supplémentaires du côté de la Confédération.

La réassurance pour les très hauts coûts tendra à faire diminuer la charge que les primes représentent pour les assurés. De ce fait, les subsides fédéraux destinés à la réduction individuelle des primes diminueront eux aussi.

10.2 Conséquences pour les cantons et les communes

La réassurance pour les très hauts coûts, l'amélioration de la compensation des risques ainsi que la séparation de l'assurance de base et des assurances complémentaires ne nécessitent pas de ressources supplémentaires du côté des cantons et des communes.

La réassurance pour les très hauts coûts tendra à faire diminuer la charge que les primes représentent pour les assurés. De ce fait, les subsides cantonaux destinés à la réduction individuelle des primes diminueront eux aussi.

10.3 Conséquences économiques

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

10.4 Conséquences financières pour l'assurance-maladie

L'application de la réassurance et l'amélioration de la compensation des risques se traduisent pour l'institution commune par une augmentation des frais administratifs. Il faut s'attendre à ce que ces derniers, révisions par sondage auprès des caisses comprises, augmentent d'environ deux millions de francs.

Pour les caisses-maladie également, les charges administratives accrues devraient se traduire par une hausse analogue des frais administratifs dans une moindre mesure.

En revanche, la séparation de l'assurance de base et des assurances complémentaires ne devrait causer qu'une augmentation peu importante des frais administratifs. De nombreuses sociétés l'ont déjà effectuée et ont attribué les deux types d'assurance à des entités juridiques différentes sans y être contraintes par la loi. Il est donc proba-

ble que cette séparation n'entraînera pas de frais importants et, par ailleurs, elle ne restreint guère les droits des assureurs.

Dans l'ensemble, les mesures prévues pourraient faire augmenter les frais administratifs de quatre millions de francs au maximum.

S'agissant des provisions et des réserves de la réassurance, on peut dire que leur constitution par l'institution commune correspond exactement à leur dissolution du côté des caisses-maladie, car celles-ci ne devront plus disposer d'autant de réserves puisque les risques assumés diminuent. Il n'y a donc pas besoin ici de ressources supplémentaires.

La mise en place de la réassurance obligatoire pour les très hauts coûts devrait se traduire par une baisse du nombre de contrats de réassurance au sens de l'art. 14. Les caisses-maladie feraient donc l'économie des primes correspondantes.

L'introduction des mesures prévues réduira considérablement l'incitation à la sélection des risques, car les très hauts coûts seront remboursés par la réassurance. La diminution de la sélection des risques se traduira globalement par une baisse du nombre de changements de caisse, même si la concurrence continue de s'exercer au niveau des offres et du contrôle des coûts. Chaque année, à l'heure actuelle, 6 à 12 % des assurés changent de caisse-maladie. Chaque changement de caisse entraîne des coûts, compris entre 150 et 200 francs. Si ces mesures ont pour effet de réduire ne serait-ce que de moitié ces changements, les caisses-maladie pourraient économiser de 50 à 80 millions de francs par année.

La réassurance pour les très hauts coûts peut produire deux effets opposés en termes d'incitation pour les caisses-maladie à contrôler les coûts et d'intensité de ce contrôle. Comme elles ne devront plus assumer à l'avenir que 20 % du coût des prestations qui dépassent la valeur seuil, les caisses-maladie pourraient d'un côté être incitées à réduire l'intensité du contrôle des coûts pour les cas associés à des coûts très élevés. Mais, d'un autre côté, ce contrôle gagne pour elles en importance, car la sélection des risques n'entre plus en ligne de compte comme stratégie commerciale: pour se positionner avec succès sur le marché, il ne leur reste plus guère comme option que d'améliorer les prestations de service et l'efficacité du contrôle des coûts.

Il résulte de ce qui précède que les mesures prévues, en faisant baisser les coûts liés aux changements de caisse, tendront à réduire les coûts de l'assurance-maladie sociale et, du même coup, la charge financière que les primes représentent pour les assurés.

11 Commentaire des dispositions du contre-projet indirect

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

Art. 11 Catégories d'assureurs

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

Art. 12 Caisses-maladie

Al. 1

L'al. 1 définit qui peut gérer l'assurance obligatoire des soins. Actuellement, il s'agit des caisses-maladie au sens de l'art. 12, ainsi que des entreprises d'assurance privées soumises à la loi du 17 décembre 2004 sur la surveillance des assurances (LSA) qui bénéficient de l'autorisation prévue à l'art. 13. Désormais, il ne sera plus possible pour une entreprise d'assurance privée de pratiquer l'assurance obligatoire des soins. Cette modification n'a pas de conséquences pratiques, puisqu'aucune entreprise d'assurance privée n'a fait usage de cette possibilité jusqu'ici.

Al. 2

Alors qu'actuellement, les caisses-maladie doivent proposer principalement l'assurance-maladie sociale, mais peuvent aussi pratiquer en plus d'autres branches d'assurance, elles ne pourront plus proposer à l'avenir que l'assurance-maladie sociale. Celle-ci comprend, selon la définition de l'art. 1a, l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières. Du même coup, les caisses-maladie ne peuvent plus non plus gérer l'assurance-accidents. Cette modification est indispensable pour assurer une transparence complète en ce qui concerne les flux de moyens financiers. Seules sont concernées les trois caisses-maladie qui pratiquent encore l'assurance-accidents. La LAA est modifiée en conséquence (art. 68, al. 1, let. c, art. 70, al. 2, et art. 92, al. 7, dernière phrase, «et pour ceux qui sont assurés auprès d'une caisse-maladie reconnue»).

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

Al. 2 et 3

Les al. 2 et 3 actuels sont abrogés, car les caisses-maladie ne pourront plus proposer à l'avenir que l'assurance-maladie sociale.

Art. 13 Autorisation de pratiquer, retrait de l'autorisation et transfert de la fortune

Al. 1

Comme seules les caisses-maladie peuvent encore gérer l'assurance-maladie sociale (cf. art. 12), le terme d'institution d'assurance ne convient plus et doit être remplacé par celui de caisse-maladie. Il ressort ainsi clairement que le DFI ne peut donner l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale qu'à des caisses-maladie.

Al. 2, let. g (nouvelle)

Une caisse-maladie ne peut plus proposer d'autre assurance au sein de la même entité juridique que l'assurance-maladie sociale. De nombreux assureurs ont déjà procédé à cette séparation ces dernières années sans y être contraints par la loi. Actuellement, seules seize sociétés gèrent encore l'assurance-maladie sociale et les assurances complémentaires au sein de la même entité juridique. Cependant, pour un groupe de sociétés qui gère une caisse-maladie mais aussi d'autres branches d'assurance, il doit rester possible de proposer des assurances complémentaires, pour autant qu'il le fasse dans une entité juridique séparée et qu'il prenne des mesures afin d'empêcher l'échange d'informations et le transfert de données entre la caisse-maladie et les autres sociétés du groupe, en particulier les assurances complémentaires. Les données relatives à la santé sont des données personnelles particulièrement sensibles, qui doivent être protégées et qui ne peuvent être transmises, même à des sociétés du même groupe. Bien que les dispositions légales interdisent clairement un échange de données, il ne peut être exclu – étant donné que les mêmes collaborateurs travaillent pour l'assurance de base et pour les assurances complémentaires – qu'un échange d'informations ait néanmoins lieu. Il s'agit d'empêcher que les assurances complémentaires obtiennent de l'assurance de base des données et autres informations personnelles relatives aux assurés. Il ne doit pas non plus y avoir de transfert de données dans l'autre sens. Comme cette protection des données doit déjà être garantie aujourd'hui, elle ne nécessite en principe pas de mesures spéciales qui se traduiraient par des frais administratifs supplémentaires. Mais il est indispensable que les collaborateurs du service «prestations» de l'assurance-maladie sociale ne soient pas les mêmes que ceux qui travaillent pour les assurances complémentaires. D'autres séparations ne sont pas nécessaires; elles auraient pour seul effet d'augmenter les frais d'administration. C'est pourquoi, il faut tirer parti des synergies et pouvoir, par exemple, continuer d'utiliser en commun la logistique et d'autres services centraux.

Art. 14 Réassurance facultative

Le complément apporté dans la seconde moitié de l'al. 1 sert uniquement à préciser le propos. Des réassurances au sens de l'art. 14 peuvent toujours être conclues à titre facultatif.

Section 1a (nouvelle): Réassurance pour les très hauts coûts

Art. 16 Obligation de réassurance

Actuellement, les caisses-maladie ont la possibilité de faire réassurer les prestations qu'elles allouent dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (art. 14). Avant la modification des dispositions relatives aux réserves du 22 juin 2011, celles qui comptaient moins de 50 000 assurés étaient tenues de conclure une réassurance. Depuis la mise en place des réserves basées sur les risques (art. 78 ss OAMal) au 1^{er} janvier 2012, elles n'y sont plus tenues, mais elles peuvent toujours conclure une réassurance à titre facultatif, car celle-ci leur offre une certaine sécurité financière et elle a de plus une incidence sur le niveau des réserves requises. Le contre-projet

prévoit maintenant de mettre en place une réassurance pour les très hauts coûts, qui serait unique et obligatoire pour toutes les caisses-maladie. Cette réassurance va bien plus loin que celle prévue à l'art. 14 car, suivant la valeur seuil définie, elle prendra en charge une grande partie des coûts des prestations. Elle sera financée par les recettes de primes que les assureurs céderont à la réassurance. La solidarité entre les caisses-maladie, et donc en fin de compte entre tous les assurés, s'en trouvera renforcée. Cela conduira, d'une part, à une réduction des différences de primes entre les assureurs et, d'autre part, à une diminution de l'incitation à la sélection des risques, car les «mauvais risques» seront pris en charge par la réassurance pour les très hauts coûts, et leur impact sur les finances des assureurs en sera atténué.

Contrairement à la réassurance actuelle régie par l'art. 14, la nouvelle réassurance pour les très hauts coûts sera unique et obligatoire pour toutes les caisses-maladie, quel que soit le nombre de leurs assurés et qu'elles aient ou non déjà conclu une réassurance. Toutes les caisses doivent s'y affilier et lui céder une partie de leurs recettes de primes. Le rapport juridique n'est plus défini par contrat, mais par la loi.

Art. 16a (nouveau) Prestations

Al. 1

La réassurance pour les très hauts coûts prend en charge, à partir d'un seuil donné, 80 % des coûts des prestations fournies aux assurés. Les frais qu'une personne assurée occasionne à la charge de l'assurance obligatoire des soins continueront d'être remboursés par la caisse-maladie auprès de laquelle cette personne est assurée selon les règles en vigueur jusqu'ici (participation aux coûts). Mais dès que ces frais dépassent au cours d'une année civile le seuil défini, la réassurance pour les très hauts coûts rembourse la différence à la caisse-maladie, après déduction d'une quote-part de 20 % que la caisse-maladie, premier assureur, doit assumer elle-même. De la sorte, les caisses-maladie continuent d'avoir intérêt à contrôler les prestations et à éviter les coûts dus aux prestations inutiles. Cette mesure constitue une incitation à une gestion économique de l'assurance. Il importe de souligner que la réassurance ne change rien aux rapports entre les assurés et la caisse-maladie, ni à ceux entre les fournisseurs de prestations et la caisse-maladie. Celle-ci continuera de leur rembourser leurs frais comme actuellement. Il ne faut donc pas confondre la réassurance pour les très hauts coûts avec d'autres modèles tels que le pool de hauts risques, où les cas de maladie coûteux sont assurés directement et où, de plus, leur traitement est piloté. La réassurance pour les très hauts coûts améliore la solidarité dans l'assurance-maladie et supprime pour ainsi dire l'incitation pour les assureurs à sélectionner les risques.

Al. 2

La réassurance pour les très hauts coûts prend en charge le coût des prestations fournies à l'assuré lorsque celles-ci dépassent un montant donné, fixé par le Conseil fédéral. Le seuil prévu est de six fois (variante 1) ou douze fois (variante 2) le montant moyen des prestations nettes (c.-à-d. le montant obtenu après déduction de la franchise et de la quote-part que l'assuré doit assumer lui-même). La solidarité entre les assureurs s'en trouvera renforcée, et leur sécurité financière en sera améliorée,

puisqu'ils ne seront plus exposés à des risques financiers aussi élevés. Le risque couru par une caisse-maladie, par assuré, sera au maximum l'équivalent de la valeur-seuil définie (plus la quote-part qu'elle doit assumer). Les caisses-maladie pourront donc beaucoup mieux calculer les frais des prestations, lesquels, actuellement, peuvent augmenter pour ainsi dire sans fin. La solidarité est renforcée, car les frais dépassant le seuil fixé sont pris en charge par la réassurance, et donc financés, en fin de compte, par l'ensemble des assurés. Ce remboursement solidaire et la réduction des risques courus par les différentes caisses-maladie aboutiront à une réduction des différences de primes entre les assureurs. Comme les cas coûteux et les «mauvais risques» seront pris en charge par la réassurance, l'incitation à la sélection des risques en sera également fortement réduite.

Al. 3

Pour les coûts à prendre en compte pour une année civile au sens de l'al. 1, on se basera, comme pour la fixation des primes du premier assureur, sur la date de traitement et non sur la date de facturation. Cela peut avoir son importance pour les traitements effectués à cheval sur deux ans. Dans un tel cas, les frais seront répartis au prorata sur les deux années en fonction des dates de traitement.

Art. 16b (nouveau) Primes

Al. 1

La réassurance pour les très hauts coûts est financée par les parts de primes que les caisses-maladie doivent céder par assuré. Les assurés paient généralement leur prime par mensualités. Mais comme un transfert mensuel des parts de primes à la réassurance n'aurait guère de sens en raison des frais administratifs qui en résulteraient pour les assureurs, les primes de réassurance doivent être payées trimestriellement.

Al. 2

Les primes dues à la réassurance pour les très hauts coûts sont versées par assuré. Leur montant est fonction des coûts d'assurance-maladie cantonaux (cf. al. 3) et il est identique pour tous les assurés adultes d'un même canton. Etant donné que les enfants occasionnent des frais moindres à l'assurance-maladie, une autre prime, plus basse, est fixée pour eux. Mais son montant est lui aussi identique pour tous les enfants d'un même canton. De plus, cette prime est fonction de l'estimation des coûts occasionnés par les enfants dans le canton.

Al. 3

Les primes que les caisses-maladie doivent payer à la réassurance pour les très hauts coûts sont fixées à l'avance pour une année civile par l'institution commune (art. 18). Elles sont fonction des coûts cantonaux et diffèrent donc d'un canton à l'autre, mais elles sont d'un montant identique pour tous les assurés (adultes) d'un même canton. Une prime plus basse est prévue pour les enfants. Il y a donc deux

primes différentes par canton. Elles sont fixées en francs et non en pourcentage de la prime d'assurance-maladie.

Al. 4

Le Conseil fédéral approuve les primes de la réassurance pour les très hauts coûts, que l'institution commune fixe sur la base des coûts cantonaux. Il règle la procédure d'approbation, et en particulier le moment où les primes doivent être présentées et le délai dans lequel elles doivent être approuvées.

Art. 16c (nouveau) Système de financement et provisions

Al. 1

La réassurance pour les très hauts coûts est financée selon le système de la couverture des besoins. Les besoins comprennent l'ensemble des dépenses en lien avec l'application de la réassurance, et notamment le remboursement des frais des prestations aux premiers assureurs et les frais administratifs. Ils comprennent aussi les fonds servant à constituer les réserves requises et les provisions techniques. Le système de la couverture des besoins signifie que les primes encaissées durant une année doivent suffire à financer l'ensemble des besoins de cette année.

Al. 2

Les provisions techniques consistent en provisions pour les cas d'assurance non liquidés, c.-à-d. pour les droits au remboursement des premiers assureurs concernant des traitements qui ont été effectués durant l'exercice considéré, mais qui n'ont pas encore été payés et qui ont été facturés au réassureur.

Section 1b: Compensation des risques

Art. 17 (nouveau) Principe

Les articles 17 à 17b correspondent pour l'essentiel au ch. 2 des dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 (compensation des risques). L'inscription de la compensation des risques dans la LAMal et son amélioration par l'adoption d'un nouveau critère de compensation (cf. art. 17, al. 3) étaient déjà prévues dans le projet «managed care» (04.062) qui a été rejeté en votation populaire le 17 juin 2012. Une définition plus précise de la compensation des risques a été demandée par deux initiatives parlementaires (11.473 et 12.446). L'inscription de la compensation des risques dans la loi et l'amélioration prévue sont maintenant concrétisées par le présent contre-projet. Une autre nouveauté est apportée. Elle concerne les assurés qui changent de caisse; ceux-ci ne seront plus pris en compte à l'avenir dans la compensation des risques.

Al. 3

Actuellement, la compensation des risques considère comme indicateur d'un risque de maladie élevé un séjour de plus de trois jours consécutifs dans un hôpital ou un

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

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

Le contenu de cet article correspond aussi pour l'essentiel au ch. 2 des dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 (compensation des risques). L'al. 4 contient une nouveauté, qui concerne les assurés qui changent de caisse; ceux-ci ne seront plus pris en compte à l'avenir dans la compensation des risques (art. 17, al. 3). Actuellement, la compensation des risques nécessite un échange considérable de données entre assureurs via l'Organisme central de transfert pour la compensation des risques (ZEMRA). D'une part, cet échange a pour effet d'augmenter les frais administratifs liés à la compensation des risques; d'autre part, les personnes qui changent d'assureur ne représentent qu'un faible pourcentage d'assurés et sont relativement peu nombreux parmi les assurés ayant séjourné en hôpital ou en EMS au cours de l'année précédente, car ce sont plutôt les personnes bien portantes qui tendent à changer d'assureur. Il s'ensuit que le volume de redistribution supplémentaire dû à la prise en compte des séjours en hôpital ou en EMS des personnes qui ont changé d'assureur peut être jugé minime. Etant donné que le travail et les frais occasionnés par cette prise en compte sont supérieurs à leur utilité, la compensation des risques ne tiendra plus compte des changements d'assureur.

L'al. 5 précise que le calcul de la compensation des risques tient uniquement compte du coût des prestations que les caisses-maladie assument elles-mêmes. Les coûts assumés par la réassurance sont déduits des prestations, comme c'est déjà le cas aujourd'hui pour la participation aux coûts des assurés.

Art. 17b (nouveau) Exécution

Le contenu de cet article correspond aussi pour l'essentiel au ch. 2 des dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 (compensation des risques); il ne contient pas de nouveauté.

Art. 18

Al. 9

La réassurance devrait être mise en œuvre par une institution appartenant aux caisses-maladie. L'institution appropriée paraît donc être l'institution commune LAMal (art. 18), qui remplit déjà d'autres tâches définies dans la LAMal, notamment la compensation des risques. L'institution commune gère les primes que les caisses-maladie versent à la réassurance pour les très hauts coûts. Elle réglemente et effectue les paiements aux caisses-maladie.

Des réserves suffisantes doivent être constituées pour la réassurance. Ces réserves ne correspondent pas à des engagements proprement dits; elles doivent garantir la solvabilité à long terme de la réassurance en couvrant les risques auxquels celle-ci s'expose par son activité. Les risques actuariels englobent l'activité d'assurance proprement dite, à savoir des cas particuliers de prestations extrêmement coûteuses ou le risque de survenance d'un événement exceptionnel (p. ex. une pandémie). Les risques de marché se rapportent à la fortune de la réassurance, dont la valeur peut augmenter ou baisser suivant l'évolution du marché. Il faut donc tenir compte des variations des cours ou des intérêts. Le risque de crédit provient du risque d'insolvabilité d'un premier assureur.

Art. 21 Surveillance

Al. 2

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

Al. 6

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

Dispositions transitoires

Un délai doit être accordé aux caisses-maladie pour qu'elles puissent se conformer aux nouvelles exigences de la loi. La séparation de l'assurance de base et des assurances complémentaires, en particulier, prendra un certain temps aux sociétés concernées. Elles doivent poursuivre simultanément les affaires d'assurance. Un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la modification de la loi leur est donc accordé pour opérer ce changement. Quant aux mesures visant à empêcher l'échange d'informations entre une caisse-maladie et une autre société du même groupe, elles doivent être mises en place dans un délai de deux ans à compter de l'entrée en vigueur. Si ces démarches ne sont pas accomplies dans les délais fixés, des sanctions sont prévues.

La mise sur pied de la réassurance pour les très hauts coûts par l'institution commune implique elle aussi des travaux et prendra un certain temps. Il s'agira de mettre en

œuvre les dispositions légales, d'instaurer des processus et d'établir des règlements. La réassurance pour les très hauts coûts doit entrer en action trois ans au plus tard après l'entrée en vigueur de la modification de la loi.