



Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) – contre-projet indirect à l'initiative populaire fédérale « Pour une caisse publique d'assurance-maladie »

Résumé des résultats de la consultation

Berne, septembre 2013

Table des matières

A. Remarques introductives

1. Contexte	3
2. Objet	3
3. Principaux résultats	4
4. Résultats complémentaires	9

B. Remarques sur le texte de loi

1. Remarques générales	9
2. Remarques sur les différentes dispositions	10

A. Remarques introductives

1. Contexte

L'initiative populaire fédérale « Pour une caisse publique d'assurance-maladie » a été déposée le 23 mai 2012. Elle demande que la Confédération institue pour l'assurance obligatoire des soins une caisse nationale publique unique, disposant d'agences cantonales ou intercantionales. Cela nécessite une modification de l'art. 117 de la Constitution fédérale.

Le Conseil fédéral estime que le système composé d'une pluralité d'assureurs et axé sur la concurrence, mis en place en 1996 avec l'instauration de la LAMal, a fait ses preuves et doit être maintenu. Il rejette donc l'initiative. Mais pour éliminer les incitations négatives existantes, telles que la sélection des risques, et pour créer davantage de transparence dans l'assurance-maladie sociale, il a chargé le Département fédéral de l'intérieur (DFI) de mettre au point un contre-projet indirect, consistant en une révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

Le Conseil fédéral a mis en consultation cette révision de la LAMal du 27 février 2013 au 3 juin 2013.

Les cantons, les partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale, les associations faîtières nationales des communes, des villes et des régions de montagne, les associations faîtières nationales de l'économie, les organisations de protection des consommateurs, les fédérations de fournisseurs de prestations, les organisations de patients, les assureurs ainsi que d'autres organisations spécialisées intéressées ont été invités à se prononcer sur le projet. En tout, 196 destinataires officiels, autorités et organisations intéressées, ont été sollicités. Le projet mis en consultation a également été publié sur le site Internet de l'Office fédéral de la santé publique (www.bag.admin.ch).

Le DFI a reçu 111 réponses en tout, dont 14 ne contenaient aucune remarque ou ne se prononçaient pas sur le contre-projet. Tous les cantons ont pris part à la consultation, et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a également remis une prise de position. Sur les douze partis dont l'avis a été sollicité, huit ont répondu (PBD, PDC, PEV, PLR, PS, PVL, UDC et Les Verts). Deux des assureurs et quatre associations d'assurés ont donné leur avis. Les autres réponses provenaient de fournisseurs de prestations et d'organisations du domaine de la santé, ainsi que d'autres associations et services intéressés.

2. Objet

Le système d'assurance-maladie sociale axé sur la concurrence présente un certain potentiel d'amélioration. En particulier, il est souhaitable d'agir contre la sélection des risques que pratique une partie des assureurs, sans pour autant abolir la concurrence entre eux. Le Conseil fédéral entend en outre accroître la transparence dans l'assurance-maladie sociale. Il souhaite pour cela reprendre les éléments essentiels de l'initiative populaire, mais sans créer un nouveau système. C'est pourquoi il oppose à l'initiative populaire fédérale « Pour une caisse publique d'assurance-maladie » un contre-projet indirect, qui offre des instruments efficaces de lutte contre la sélection des risques et introduit dans le système en vigueur des innovations qui renforcent la solidarité.

Ce contre-projet 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, pour laquelle le Conseil fédéral peut définir d'autres critères reflétant un risque de maladie élevé, doit réduire au minimum l'incitation pour les assureurs à sélectionner les risques dans l'assurance obligatoire des soins. La réassurance pour les très hauts coûts est obligatoire et identique pour tous les caisses-

maladie. Financée par les primes dont s'acquittent ces dernières, 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. Plus le seuil fixé est bas, plus la part assumée par la caisse-maladie est faible, et plus les primes auront tendance à s'uniformiser. Partant, l'incitation à sélectionner les risques sera plus faible, et les assurés auront moins tendance à changer de caisse-maladie, ce qui entraînera aussi une baisse des frais administratifs liés aux changements d'assureur. La concurrence entre les assureurs est ainsi maintenue, mais elle 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.

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 destinées à empêcher l'échange d'informations entre une caisse-maladie et une autre société du même groupe. Cette mesure produira davantage de transparence et servira également, grâce à une meilleure application de la protection des données, à combattre la sélection des risques.

3. Principaux résultats

3.1 Caisse publique d'assurance-maladie ou système axé sur la concurrence

Ce n'est pas l'initiative populaire fédérale « Pour une caisse publique d'assurance-maladie » qui était mise en consultation, mais le contre-projet indirect du Conseil fédéral. Certains participants se sont néanmoins prononcés sur l'initiative, et d'autres se sont contentés de dire s'ils étaient favorables ou opposés à celle-ci.

Neuf participants soutiennent explicitement l'initiative populaire : JU, le PS, le PEV et Les Verts, la Fédération suisse des retraités, l'AVIVO Suisse, la Conférence des caisses cantonales de compensation, Pharm!action et le Transgender Network. Quelques-uns d'entre eux soutiendraient cependant aussi le contre-projet comme solution de rechange (JU, Les Verts, Fédération suisse des retraités).

L'initiative populaire n'étant pas l'objet de la consultation, le présent rapport ne rend pas compte plus avant du contenu des prises de position à son sujet. Seule une minorité la soutient explicitement. La majorité des participants souhaite donc le maintien d'un système axé sur la concurrence et composé d'une pluralité d'assureurs. Ils sont néanmoins favorables à une optimisation au niveau des incitations négatives, surtout dans le domaine de la sélection des risques.

3.2 Sur le contre-projet indirect dans son intégralité (réassurance pour les très hauts coûts, amélioration de la compensation des risques, séparation de l'assurance de base et de l'assurance complémentaire)

Même si la majorité rejette le contre-projet indirect, les participants reconnaissent la nécessité d'agir contre les effets pervers du système, en particulier en ce qui concerne la sélection des risques.

Pour

28 participants soutiennent le contre-projet indirect dans son intégralité. Ce sont BE, BS, FR, GE, JU, SG, SO, UR et VD, Les Verts, ainsi que des fournisseurs de prestations et des organisations du domaine de la santé telles que l'Aide suisse contre le sida, la Conférence des organisations faîtières de l'aide privée aux handicapés, l'association faîtière des fédérations suisses de patients, l'Association suisse des ergothérapeutes, l'Association

suisse des médecins assistant(e)s et chef(fe)s de clinique, l'Association suisse des infirmières et infirmiers, la Fédération suisse des sages-femmes, la Fédération suisse des associations professionnelles du domaine de la santé, l'Association suisse des diététiciens/iennes diplômé(e)s, la Société suisse de pédiatrie, NPSuisse, le Service aux patients Fribourg et pharmaSuisse, de même que l'Union syndicale suisse, TravailSuisse, la Fondation pour la protection des consommateurs, le Conseil suisse des aînés et Santé publique Suisse. Pour sa part, NE est favorable à tous les éléments du contre-projet indirect, mais il refuse leur mise en œuvre dans le cadre d'un contre-projet.

Les partisans du contre-projet indirect appuient les arguments du Conseil fédéral et veulent agir contre la sélection des risques. Cet objectif est primordial surtout pour les personnes souffrant de maladies chroniques, qui occasionnent souvent des frais élevés à l'assurance-maladie sociale et sont de ce fait particulièrement visées par la sélection des risques. Le respect de la protection des données est ici une préoccupation centrale. Parmi les cantons, ce sont surtout ceux de Suisse romande qui soutiennent le contre-projet.

Contre

Une soixantaine de participants se prononcent explicitement contre le contre-projet dans son intégralité. Il s'agit de la CDS, de AG, AI, AR, BL, GL, GR, LU, NE, NW, OW, SH, SZ, TI, TG, VS, ZG et ZH, du PBD, du PDC, du PLR, du PVL et de l'UDC, ainsi que, côté assureurs, de la CSS, du Groupe Mutuel, de l'Alliance des assureurs maladie suisses (AAMS), de l'Association suisse d'assurances (ASA), de la RVK et de santésuisse. Les associations et organisations Aktion Freiheit und Verantwortung, alliance santé, Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse, Association patronale suisse de la branche dentaire, Association Spitex privée Suisse, Association suisse des aînés, Association suisse des droguistes, Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux, Association suisse des techniciens en orthopédie, Centre Patronal, ChiroSuisse, Cliniques privées Suisse, Conférence des sociétés cantonales de médecine, curaviva, economiesuisse, Fédération des entreprises romandes, Fondation pour la protection des consommateurs, Groupement suisse pour les régions de montagne, H+, Interpharma, Konferenz Kantonale Krankenhausverbände (K3), Konsumentenforum, Mouvement populaire des familles, Laboratoires médicaux de Suisse, Physioswiss, senesuisse, Union des arts et métiers LU, Union patronale suisse et Union suisse des arts et métiers ainsi que Comparis rejettent également le contre-projet.

Les opposants au contre-projet le qualifient d'inutile, retardateur et impropre à atteindre le but visé, et exigent de façon générale de mettre l'initiative populaire en votation le plus rapidement possible. Il s'accordent cependant pour juger que le système doit être optimisé, notamment en ce qui concerne la sélection des risques.

Les assureurs CSS et Groupe Mutuel, les associations RVK et santésuisse, ainsi que NW, le PBD, alliance santé, le Centre Patronal, le Groupement suisse pour les régions de montagne et Interpharma craignent en outre que le contre-projet aboutisse à un substantiel affaiblissement de la concurrence.

GR et le Konsumentenforum sont d'avis qu'en éliminant la concurrence, le contre-projet indirect entraînera une détérioration de la situation des coûts de la santé. Pour eux, les frais administratifs des caisses-maladie, avec 5 %, sont relativement modestes. Le Konsumentenforum souhaite de façon générale davantage de concurrence dans le domaine de la santé.

Le PBD, le PDC et l'UDC ainsi que ChiroSuisse redoutent que le contre-projet aboutisse à une étatisation directe ou indirecte du système d'assurance-maladie, à laquelle ils sont opposés.

AG, ChiroSuisse et Interpharma déplorent que le contre-projet ne propose pas de mesures de maîtrise des coûts.

3.3 Sur les différents éléments du contre-projet indirect

Bien que la majorité des participants, comme on vient de le voir, ait rejeté le contre-projet, ils restent favorables à quelques-unes des mesures prévues, notamment l'amélioration de la compensation des risques (cf. 3.3.2). Ils demandent néanmoins, de manière générale, d'inscrire les modifications dans le cadre de la procédure législative ordinaire et non de les lier à un contre-projet. Celui-ci est jugé inutile, voire contre-productif, et l'on craint en général qu'il ait pour effet de retarder ou même de bloquer les révisions en cours (compensation des risques).

3.3.1 Réassurance pour les très hauts coûts

Bien que la réassurance pour les très hauts coûts soit liée dans le contre-projet à l'amélioration de la compensation des risques, les participants se prononcent sur elle séparément, raison pour laquelle les réponses à ce sujet sont aussi exposées ici séparément.

La réassurance pour les très hauts coûts est approuvée par les 28 participants qui sont favorables au contre-projet dans son intégralité, ainsi que par NE. Les autres participants refusent une telle réassurance ou ne s'expriment pas à ce propos. 52 participants y sont explicitement défavorables.

La majorité des participants reprochent à la réassurance pour les très hauts coûts de constituer en fait une version « light » du pool de coûts élevés, du pool de hauts risques ou d'une caisse unique, tous refusés jusqu'ici, qui affaiblirait la concurrence de façon substantielle et diluerait la responsabilité pour les cas particulièrement coûteux. Cela aurait des conséquences négatives aussi bien sur les coûts que sur le traitement médical des patients concernés, car avec un pool de hauts risques, une partie des coûts occasionnés par les assurés sortiraient du marché de l'assurance, supprimant du même coup l'incitation pour les assureurs à s'engager en faveur d'un traitement de haute qualité à un prix raisonnable pour les patients générant des coûts élevés. Or, un tel engagement devrait précisément être l'objectif de la concurrence entre assureurs. De plus, les assureurs n'auraient plus à supporter eux-mêmes les conséquences financières d'un mauvais contrôle des prestations fournies. Pour les assurés, les avantages d'un *disease management* prudent avec des modèles de soins innovants disparaîtraient. Cet avis est partagé par AG, AI, GL, GR, LU, OW, SZ, ZG et ZH, le PBD, le PDC, le PLR et l'UDC, ainsi que par la COMCO et, côté assureurs, par la CSS, le Groupe Mutuel, l'AAMS, l'ASA, la RVK et santésuisse. S'expriment également en ce sens des organisations du domaine de la santé telles qu'alliance santé, l'Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse, l'Association patronale suisse de la branche dentaire, l'Association Spitex privée Suisse, l'Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux, l'Association suisse des techniciens en orthopédie, Cliniques privées Suisse, la Conférence des sociétés cantonales de médecine, K3, la Ligue suisse contre le cancer, senesuisse et la Société suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances, ainsi que d'autres associations comme Aktion Freiheit und Verantwortung, le Centre patronal, Comparis economiesuisse, la Fédération des entreprises romandes et l'Union patronale suisse.

SH, TG et ZH ainsi que le PVL se demandent en outre si une quote-part de 20 % est suffisante pour que les caisses continuent à trouver un intérêt à maintenir à un niveau bas les frais qui dépassent le seuil et qui devraient donc être pris en charge par la réassurance.

AI, BL, TI, TG et ZH ainsi que le PLR, l'Organisation suisse des patients et l'Union des arts et métiers LU jugent une réassurance pour les très hauts coûts inutile, car l'art. 14 LAMal offre aujourd'hui déjà la possibilité de se réassurer. L'Association des entreprises

pharmaceutiques en Suisse estime que la concurrence doit rester libre dans le cadre de l'art. 14 LAMal également.

AG, AI, GL et TG craignent que la réassurance pour les très hauts coûts n'ait pour effet de gonfler les frais administratifs sans être d'une grande utilité en contrepartie.

3.3.2 Amélioration de la compensation des risques

De manière générale, une amélioration de la compensation des risques est clairement jugée nécessaire et n'est contestée par aucun des participants qui se sont exprimés à ce sujet. AG remarque toutefois que la redistribution annuelle des fonds risque d'entraîner une charge considérable pour l'institution commune et les assureurs, et se demande si un dispositif correcteur sous la forme d'une compensation des risques est bien nécessaire dans un système axé sur la concurrence, mais doit clairement répondre par l'affirmative pour le système actuel.

Pour la CDS, BL, GR, LU, NE, NW, OW, SZ, TI, TG, ZG et ZH comme pour le PBD, le PDC, le PLR et le PVL, ainsi que pour la COMCO et, côté assureurs, la CSS, le Groupe Mutuel, l'AAMS, l'ASA, la RVK et santésuisse, de même que pour les associations et organisations Alliance santé, Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse, Association patronale suisse de la branche dentaire, Association suisse des droguistes, Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux, Association suisse des techniciens en orthopédie, ChiroSuisse, Cliniques privées Suisse, Conférence des sociétés cantonales de médecine, Interpharma, K3, Organisation suisse des patients, senesuisse, Société suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances, et pour Aktion Freiheit und Verantwortung, l'Association suisse des aînés, le Centre Patronal, le Conseil suisse des aînés, curaviva, economiesuisse, la Fédération des entreprises romandes et l'Union patronale suisse, l'amélioration de la compensation des risques doit cependant s'inscrire dans le cadre du processus législatif ordinaire et n'être liée ni à un contre-projet ni à la discussion sur une caisse unique. Il ne faut pas non plus qu'elle retarde, voire compromette, les travaux parlementaires en cours. La RVK souhaite en outre que l'amélioration de la compensation des risques se fasse en étroite collaboration avec les assureurs.

AR et GL, en revanche, jugent que la mise en œuvre de cette amélioration dans un contre-projet est plus sûre que les déclarations d'intention des milieux politiques.

H+ plaide depuis des années pour que la compensation des risques inclue des facteurs de morbidité afin de mieux tenir compte des patients à haut risque qui génèrent des frais très élevés.

SH estime aussi qu'il faut continuer de perfectionner la compensation des risques, mais qu'étant donné qu'une nouvelle réglementation est récemment entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2012, et qu'une autre modification prendra effet le 1^{er} janvier 2014, il ne semble pas urgent de devoir l'inscrire davantage au niveau de la loi. TG est également favorable sur le fond à une amélioration de la compensation des risques, mais juge qu'il faut d'abord recueillir des expériences avec les facteurs actuellement en vigueur.

3.3.3 Séparation de l'assurance de base et de l'assurance complémentaire

Pour

Les partisans du contre-projet, une partie de ceux de l'initiative populaire, ainsi que AR, BL, GL et NE, le PEV, le PS et Les Verts, H+, l'Association suisse des médecins assistant(e)s et chef(fe)s de clinique, l'Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques

privées et hôpitaux, l'Association suisse des techniciens en orthopédie, la Conférence des sociétés cantonales de médecine, Médecins de famille Suisse, l'Organisation suisse des patients, physioswiss et le Transgender Network sont favorables à une séparation de l'assurance de base et des assurances complémentaires.

Soutenant les arguments du Conseil fédéral, ils sont d'avis que cette séparation semble un moyen efficace de prévenir la sélection des risques ainsi qu'une utilisation frauduleuse de données à cette fin. Ils sont également favorables à un accroissement de la transparence en matière de flux financiers. Cette séparation devrait néanmoins s'inscrire dans le cadre d'une révision ordinaire de la loi et non dans celui d'un contre-projet.

La CDS n'est pas non plus opposée à une discussion sur la séparation des deux types d'assurance.

JU soutient une interdiction des échanges d'informations et du transfert de données entre assurance de base et assurances complémentaires, mais s'oppose à une séparation absolue entre les deux domaines.

Contre

AI, GR, NW, OW et SZ, le PDC, le PLR, le PVL et l'UDC, la COMCO ainsi que, côté assureurs, la CSS, le Groupe Mutuel, l'AAMS, l'ASA, la RVK et santésuisse, les associations et organisations alliance santé, Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse, Association patronale suisse de la branche dentaire, Association Spitex privée Suisse, ChiroSuisse, Cliniques privées Suisse, Interpharma et senesuisse, de même qu'Aktion Freiheit und Verantwortung, le Centre Patronal, economiesuisse, la Fédération des entreprises romandes et l'Union suisse des arts et métiers estiment qu'assurance de base et assurances complémentaires sont déjà largement séparées aujourd'hui, car les flux financiers doivent être présentés séparément, et la protection des données est également déjà réglée. Une séparation absolue ne ferait que rendre le système plus compliqué, augmenter les charges administratives, empêcher l'exploitation de synergies et, en fin de compte, augmenter les coûts sans offrir d'utilité directe en contrepartie. L'Association suisse d'assurances doute en outre de l'efficacité d'une telle séparation, qui ne concernerait que seize assureurs-maladie sur la soixantaine actuellement en activité.

ZG reconnaît un certain risque de manque de transparence dans les flux financiers entre les deux domaines d'assurance, mais propose d'inscrire la réglementation à ce sujet dans la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal).

GR, LU, SH, le PDC, l'Association Spitex privée Suisse, l'Association suisse d'assurances, santésuisse, senesuisse, economiesuisse, l'Union patronale suisse, l'Union suisse des arts et métiers et Comparis objectent qu'avec une séparation de l'assurance de base et des assurances complémentaires, l'assuré n'aurait plus la liberté de choix. Ils rejettent cette séparation au motif qu'aujourd'hui, quelque 80 % des assurés ont leur assurance de base et leur assurance complémentaire auprès du même assureur et profitent du service offert par un seul interlocuteur. Si quelqu'un ne le souhaite pas, il est libre d'opter pour un autre assureur. SH serait néanmoins favorable à une séparation claire des flux financiers et des flux d'informations au sein des groupes de sociétés.

Santésuisse, l'Association suisse d'assurances, Cliniques privées Suisse et Aktion Freiheit und Verantwortung craignent que les prestataires privés ne proposent plus l'assurance de base si celle-ci est séparée des assurances complémentaires et que l'Etat ne soit contraint de prendre le relais, ce qui aboutirait à la création progressive d'une caisse publique unique.

L'Union patronale suisse et l'Union suisse des arts et métiers ne voient pas la nécessité d'une telle séparation, cet objectif ayant déjà essuyé un échec avec l'initiative populaire de 2010 « Pour la transparence de l'assurance-maladie ».

AG, curaviva et le Groupement suisse pour les régions de montagne sont également opposés à une séparation.

Alliance santé juge que l'objectif des obstacles au transfert d'informations est flou. TG et ZH voient mal en quoi ceux-ci devraient consister. Ils estiment que c'est sur le plan de droit de la surveillance qu'il faut combattre la confusion entre les deux domaines d'assurance.

4. Résultats complémentaires

La Ligue suisse contre le cancer se montre critique tant à l'égard de l'initiative populaire que du contre-projet : tous deux réduisent la sélection des risques, mais tous deux risquent aussi d'avoir des effets négatifs. Néanmoins, le statu quo serait inacceptable. Dans le domaine des soins oncologiques, très complexes, les processus ne seraient pas traités de manière uniforme ni définis pour tous les assurés. Sans mesures complémentaires appropriées, aucun des deux projets ne représente une amélioration à cet égard. La Ligue contre le cancer milite pour que l'accent soit mis sur des soins efficaces et de qualité pour les malades chroniques.

NPSuisse propose des mesures supplémentaires pour les personnes atteintes de maladies rares, qui sont confrontées à de grandes incertitudes en ce qui concerne le financement des médicaments et des thérapies. Le problème réside en premier lieu dans le flou de la législation. ProRaris souhaite également que les intérêts des patients souffrant de maladies rares soient pris en considération et respectés.

Le Mouvement populaire des familles souhaite que l'assurance d'indemnités journalières soit différente en cas de maladie et en cas d'accident, et que la réglementation concernant la quote-part et la franchise soit modifiée également. Il juge en outre que les franchises élevées dans l'assurance-maladie sociale sont contraires au principe de solidarité. Enfin, il trouve choquant que les fonds cantonaux destinés au soutien des assurés de condition économique modeste diffèrent d'un canton à l'autre.

Pro Familia et la Fédération suisse des familles monoparentales souhaitent une solution qui décharge les familles de façon ciblée.

Santé Publique Suisse souhaite non seulement un frein à la sélection des risques, mais aussi l'encouragement de nouveaux modèles de soins et mesures de promotion de la santé, car de tels investissements se répercuteront positivement à l'avenir sur l'évolution des coûts.

Pour la Société suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances, il est important que la fonction de médecin-conseil définie à l'art. 57 LAMal ne soit pas touchée ni remise en question.

B. Remarques sur le texte de loi

1. Remarques générales

En dehors des remarques principales sur les différents éléments du contre-projet – réassurance pour les très hauts coûts, amélioration de la compensation des risques et

séparation de l'assurance de base et de l'assurance complémentaire – résumées au ch. 3, seuls de rares participants ont fait des remarques concrètes sur ses différentes dispositions.

2. Remarques sur les différentes dispositions

Art. 11

La Fédération suisse des patients et le Service aux patients Fribourg rappellent que l'assurance de base est une assurance sociale, alors que les assurances complémentaires relèvent du droit privé, et ils sont très favorables à la proposition du Conseil fédéral selon laquelle les entreprises d'assurance privées ne pourraient plus proposer l'assurance obligatoire des soins (AOS). Cette séparation créerait en outre une totale transparence des flux financiers, ce qui est indispensable pour une assurance sociale. En revanche, il n'y a rien à objecter à ce qu'une assurance d'indemnités journalières puisse continuer d'être offerte dans la domaine de l'AOS. Néanmoins, il serait judicieux que celle-ci se développe dans le sens d'une véritable assurance d'indemnités journalières pour tous.

La Fondation pour la protection des consommateurs se félicite qu'il ne soit plus possible pour une entreprise d'assurance privée de pratiquer l'assurance obligatoire des soins. Vu la différence de nature entre l'assurance sociale sans but lucratif et l'assurance complémentaire à but lucratif, une séparation stricte entre les deux s'impose pour des raisons de protection des données et de transparence.

La RVK et Aktion Freiheit und Verantwortung souhaitent le maintien de l'art. 11 en vigueur.

Art. 12, al. 1 à 3

La RVK et Aktion Freiheit und Verantwortung souhaitent le maintien des formulations actuelles. La RVK explique que la séparation toucherait surtout les petits et moyens assureurs. Or, chez eux, le risque d'un subventionnement croisé est peu vraisemblable, et le coût de la création et de la gestion de deux sociétés séparées serait disproportionné, au point qu'ils pourraient même être contraints d'abandonner l'un ou l'autre domaine d'assurance.

Al. 2

Physioswiss critique le fait que les caisses ne pourront plus proposer d'assurance-accidents à l'avenir, mais que le texte ne mentionne pas qu'elles pourront continuer de proposer la couverture accidents au tarif des caisses-maladie (pour enfants, retraités, etc.).

Art. 13

Al. 1

La RVK et Aktion Freiheit und Verantwortung souhaitent supprimer les modifications. La RVK explique qu'une séparation au niveau du personnel augmenterait massivement les frais administratifs. De plus, la conclusion de l'assurance de base et d'une assurance complémentaire auprès du même assureur répond aux besoins des patients.

Al. 2, let. g

La Fédération suisse des patients et Service aux patients Fribourg proposent :
(...) pour autant qu'ils le fassent dans une unité juridique distincte et qu'ils prennent en outre des mesures afin d'empêcher les échanges d'informations et le transfert de données entre la caisse et les autres sociétés du groupe, en particulier les assurances complémentaires. (...)

FR estime que, compte tenu de la facilité avec laquelle les données informatisées peuvent être partagées, détournées, volées ou piratées, il semble nécessaire d'exiger une séparation physique des banques de données et des réseaux informatiques et de transfert de données entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire.

Le Conseil d'Etat de GE est favorable à l'introduction de telles mesures, mais s'interroge sur la mise en œuvre pratique de ces modalités, en particulier sur la question de la vérification du respect d'une séparation claire.

GL met en garde contre le risque de surréglementation.

Pour le Mouvement populaire des familles, les employés gérant l'assurance complémentaire doivent être indépendants, mais les comités de direction aussi.

Le Service aux patients Fribourg propose : (...) *s'il est garanti qu'aucun échange d'informations ni transfert de données n'ait lieu.*

La Fondation pour la protection des consommateurs doute que les mesures proposées puissent garantir que les assurances complémentaires ne recevront de l'assurance de base ni des données des assurés ni d'autres informations personnelles. Elle exige par conséquent une séparation stricte et sans exception entre assurance de base et assurances complémentaires.

VD est d'avis qu'il faudrait prévoir au moins un dispositif de surveillance ainsi que des sanctions en cas de non-respect des règles qui seront édictées par le Conseil fédéral.

La RVK et Aktion Freiheit und Verantwortung souhaitent supprimer les modifications. Aktion Freiheit und Verantwortung explique que les obstacles aux échanges d'informations n'ont de sens que là où la séparation existe déjà. Mais comme elle rejette une telle séparation, la réglementation visant à empêcher les échanges d'informations devient caduque.

Art. 14

Le Service aux patients Fribourg juge la réglementation proposée indispensable. Il est favorable au seuil inférieur.

La RVK et Aktion Freiheit und Verantwortung souhaitent la suppression de cette réglementation, caduque si sa proposition de suppression de l'art. 16 est acceptée. Du reste, la réglementation en vigueur (art. 14 actuel) permet déjà aux assureurs de conclure un contrat de réassurance.

Art. 16

La Fondation pour la protection des consommateurs est favorable à une réassurance pour les très hauts coûts obligatoire et uniforme pour toutes les caisses. Elle est convaincue que cet instrument est propre à réduire au minimum l'incitation pour les assureurs à pratiquer la sélection des risques.

VD estime que cette disposition doit prévoir une prime spécifique pour les jeunes adultes de 19 à 25 ans, qui font probablement partie de la catégorie d'assurés la plus faiblement concernée par les très hauts coûts. Au cas où deux catégories seulement seraient retenues, les jeunes adultes seront amenés à payer pour leurs aînés, avec des conséquences non négligeables sur les subsides qui devront leur être versés.

La RVK demande la suppression de cet article.

Art. 16a, al. 2

La Fédération suisse des patients est favorable au seuil inférieur, car il est impératif d'améliorer la solidarité entre assureurs-maladie dans le système actuel.

FR est favorable au seuil plus élevé. Un seuil équivalent à 12 fois les coûts moyens devrait permettre de conjuguer les effets bénéfiques prêtés à la réassurance obligatoire et ceux du suivi assidu, par les assureurs-maladie, des cas générant des coûts élevés.

pharmaSuisse partage ici l'avis des critiques craignant que ce contre-projet indirect serve simplement à ce que l'institution commune fixe la valeur-seuil pour la prise en charge des coûts à un niveau suffisamment bas pour qu'elle corresponde *de facto* au pool de hauts risques d'une caisse unique. Elle propose par conséquent que le Conseil fédéral ne puisse en aucun cas décider seul de cette valeur. A propose de celle-ci, pharmaSuisse ne peut opter pour l'une ou l'autre des variantes des coûts moyens pris en charge sans disposer des chiffres nécessaires. Cela dit, il est clair que plus le seuil fixé est bas, moins les « bons risques » sont intéressants, mais plus la concurrence devient impossible et plus il est difficile aussi pour les assureurs de se différencier les uns des autres.

GL et la RVK proposent la suppression de cet article.

Art. 16b

Le Mouvement populaire des familles remet en question une prime supplémentaire pour les assurés.

pharmaSuisse critique le fait que le Conseil fédéral concentre un pouvoir de décision qui, sans définition de critères précis dans la loi, va trop loin et suscitera une forte opposition de la part des milieux libéraux.

GL et la RVK proposent la suppression de cet article.

Art. 16c

Le Conseil d'Etat du Canton de Genève souligne que les provisions nécessaires à la réassurance pour les très hauts risques ne doivent pas induire la constitution de nouvelles réserves. Ces dernières auraient inévitablement un impact négatif sur le montant des primes, qu'il conviendrait, le cas échéant, d'estimer avant d'introduire cette mesure. Cependant, la constitution de nouvelles provisions par l'institution commune devra coïncider avec une dissolution équivalente des réserves des caisses-maladie, ce qui se justifie par la diminution des risques d'assurance liés au collectif d'assurés non concernés par le pool des hauts risques.

pharmaSuisse reproche à cet article de donner quasiment un chèque en blanc à l'institution commune pour la constitution de réserves et de provisions aux dépens des assureurs, sans plafond et sans engagement de gérer et d'utiliser ces fonds avec efficacité. Il faut absolument créer des garde-fous, ou au moins prévoir une surveillance et un pilotage de l'institution commune afin de garantir une pression constante à l'efficacité et à l'innovation.

GL et la RVK proposent la suppression de cet article.

Art. 17

VD est d'avis que l'inscription de la compensation des risques dans la loi pérennise un principe qui a fait ses preuves. Il salue en outre la possibilité offerte par cette disposition

d'intégrer ultérieurement d'autres indicateurs de morbidité que ceux pris en compte actuellement.

La Fondation pour la protection des consommateurs rappelle qu'elle a déjà approuvé dans le cadre du projet « Managed care » l'inscription de la compensation des risques dans la LAMal et son amélioration par l'ajout d'un critère supplémentaire « coûts de médicaments ». Elle est convaincue que cette mesure permettra d'améliorer la compensation des risques entre les assureurs. Il deviendra ainsi inutile de chercher à attirer les assurés jeunes et en bonne santé.

Aktion Freiheit und Verantwortung demande que l'amélioration de la compensation des risques soit mise en œuvre dans le processus de réforme ordinaire où elle est déjà inscrite. L'inscrire dans le cadre d'un contre-projet ne fait que retarder inutilement sa mise en œuvre.

La RVK propose la suppression des art. 17 à 17b (ainsi que de l'art. 18, al. 9).

Art. 21, al. 2 et 6

La RVK et Aktion Freiheit und Verantwortung proposent la suppression des modifications.

Modifications du droit en vigueur

La RVK et Aktion Freiheit und Verantwortung proposent la suppression des modifications.

Dispositions transitoires et dispositions finales

La RVK et Aktion Freiheit und Verantwortung proposent la suppression des modifications.