

Le Conseil fédéral fixe l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-maladie et adopte trois ordonnances d'application

Le Conseil fédéral a fixé au 1er janvier 1996 l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal), acceptée par le peuple le 4 décembre 1994. Il a également édicté trois ordonnances réglant les détails de cette mise en vigueur, de la répartition des subsides fédéraux et de la compensation des risques entre assureurs.

Ces trois ordonnances, relativement brèves, avaient préalablement été soumises, sous forme de projets, à la consultation des cantons, des partis politiques et des organisations intéressées. Elles contiennent des dispositions dont les assureurs et les cantons ont absolument besoin pour se préparer à la mise en oeuvre du nouveau régime. Le gros des dispositions d'exécution de la loi fera l'objet d'une ordonnance principale, plus volumineuse, dont le projet est actuellement en procédure de consultation et qui sera adoptée par le Conseil fédéral en juin 1995.

Ordonnance sur la mise en vigueur et l'introduction de la loi

C'est cette ordonnance qui fixe au 1er janvier 1996 l'entrée en vigueur de la LAMal. Cette date n'avait soulevé aucune objection lors de la procédure de consultation. L'ordonnance règle en outre une série de questions qui doivent l'être avant l'entrée en vigueur de la loi (p.ex. l'inscription des assureurs) et garantit, dans certains domaines, la transition de l'ancien au nouveau droit. Ainsi les assureurs et les médecins, hôpitaux, etc. auront jusqu'à fin 1997 pour adapter ensemble les conventions tarifaires à la nouvelle loi. C'est également jusqu'à fin 1997 que les cantons devront avoir adopté leur planification hospitalière.

En procédure de consultation, les caisses-maladie avaient demandé un délai de trois ans pour adapter leurs contrats d'assurance collective au nouveau droit. Cette proposition n'a pas été retenue, la LAMal ne permettant pas de ménager une telle période transitoire. Dans la mesure où ils portent sur des prestations de l'assurance obligatoire des soins, les contrats collectifs seront donc caducs à la fin de l'année 1995 et la prime unique par assureur et par région vaudra pour tous les assurés dès le 1er janvier 1996.

S'agissant des assurances complémentaires (p.ex. pour la division privée ou semi-privée à l'hôpital), il convient de rappeler que, d'après la nouvelle loi, elles seront régies par des contrats de droit privé, mais que les caisses-maladie pourront encore les pratiquer selon l'ancien droit jusqu'à fin 1996.

Ordonnance sur les subsides

La LAMal prévoit que la Confédération versera des subsides aux cantons, qui devront les compléter à leurs propres frais et les utiliser pour réduire les primes d'assurance-maladie des personnes et ménages à ressources modestes. Il appartient à

chaque canton de déterminer le cercle des bénéficiaires ainsi que le montant et les modalités des réductions de primes. L'ordonnance sur les subsides règle en détail la répartition des subsides fédéraux entre les cantons et l'obligation de ceux-ci de les compléter.

Elle prévoit que les subsides fédéraux seront répartis en fonction de la capacité financière des cantons. Lors de la procédure de consultation, la majorité des cantons s'est opposée à la prise en compte du niveau des primes.

Ordonnance sur la compensation des risques

La nouvelle loi prévoit pour les dix premières années d'application un système de compensation des risques entre assureurs. Ceux qui ont un effectif d'assurés relativement jeunes (donc moins souvent malades) doivent verser une contribution en faveur de ceux dont l'effectif est plutôt âgé (donc plus fréquemment malade). L'ordonnance qui vient d'être adoptée règle les modalités techniques de ce système. Elle l'aménage notamment de telle sorte que les assureurs qui travaillent de façon économique ne seront pas désavantagés.

DEPARTEMENT FEDERAL DE L'INTERIEUR
Service de presse et d'information

Renseignements

tél. 031 322 91 44
Claude Voegeli, Chef de division
Division assurance-maladie
Office fédéral des assurances sociales

Annexe

- 3 ordonnances
- Rapport concernant les résultats de la procédure de consultation sur les projets d'ordonnances suivants

**Ordonnance
concernant l'entrée en vigueur et l'introduction de la loi fédérale
du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie**

du 12 avril 1995

Le Conseil fédéral suisse,

vu l'article 107, 2^e alinéa, de la loi fédérale du 18 mars 1994¹⁾ sur l'assurance-maladie (LAMal; loi),

arrête:

Section 1: Entrée en vigueur

Article premier

¹La loi entre en vigueur le 1^{er} janvier 1996, sous réserve du 2^e alinéa.

²Les articles 11 à 14, 18, 61, 4^e alinéa, 76, 4^e alinéa, 97 à 104 et 107, 2^e alinéa, entrent en vigueur le 1^{er} juin 1995.

Section 2: Dispositions d'introduction

**Art. 2 Dispositions cantonales
(art. 97 LAMal)**

¹Les cantons édictent, avant le 1^{er} janvier 1996, les dispositions d'exécution des articles 6 et 44, 2^e alinéa, de la loi, ainsi que de l'article 47, 2^e et 3^e alinéas, de la loi du 23 juin 1978²⁾ sur la surveillance des assurances (LSA).

¹RS ...; RO ... (FF 1994 II 239)

²RS 961.01; RO ...

²Les cantons établissent, avant le 1^{er} janvier 1998, la planification destinée à couvrir les besoins en soins hospitaliers et les listes conformément à l'article 39 de la loi. Les hôpitaux et autres institutions qui étaient réputés établissements hospitaliers d'après l'ancien droit sont également admis comme fournisseurs de prestations selon le nouveau droit, tant que le canton n'a pas établi la planification et les listes.

Art. 3 Poursuite de la pratique de l'assurance par les caisses-maladie reconnues
(art. 98 LAMa)

¹Les caisses-maladie reconnues (caisses) en vertu des articles 3 et 4 de la loi fédérale du 13 juin 1911¹⁾ sur l'assurance-maladie (LAMA) qui veulent continuer de pratiquer l'assurance-maladie conformément à la nouvelle loi doivent le communiquer par écrit à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) avant le 31 juillet 1995.

²Les caisses doivent envoyer à l'OFAS les documents suivants avant le 30 septembre 1995:

- a. les tarifs des primes de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières prévue aux articles 67 à 77 de la loi;
- b. le budget de 1996 ventilé selon les domaines d'assurance prévus à l'article 4, 2^e alinéa;
- c. les dispositions sur les formes particulières de l'assurance obligatoire des soins visées à l'article 62 de la loi et sur l'assurance facultative d'indemnités journalières prévue aux articles 67 à 77 de la loi.

³Les caisses doivent envoyer à l'OFAS, avant le 31 décembre 1995, les statuts et toutes autres dispositions générales éventuelles sur les droits et les obligations des assurés.

¹RS 832.10

⁴Les caisses qui ne sont pas des personnes morales de droit privé ou public le 1^{er} janvier 1996 doivent adapter leur forme d'organisation à la loi avant le 1^{er} janvier 1998.

⁵Les caisses qui ne sont pas encore inscrites au registre du commerce doivent se faire inscrire avant le 1^{er} janvier 1997.

⁶Les contrats d'assurance collective conclus en vertu de l'article 5^{bis} LAMA deviennent caducs le 31 décembre 1995 en ce qui concerne l'assurance obligatoire des soins. Dès le 1^{er} janvier 1996, les caisses continuent de pratiquer selon le nouveau droit l'assurance des soins de leurs assurés qui étaient auparavant affiliés à un contrat devenu caduc.

Art. 4 Répartition de la fortune
(art. 98, 3^e al., LAMal)

¹Les caisses doivent, pour le 1^{er} janvier 1996, répartir sur les différents domaines d'assurance leurs réserves au sens des articles 9 à 11 de l'ordonnance V du 2 février 1965¹⁾ sur l'assurance-maladie concernant la reconnaissance des caisses-maladie et des fédérations de réassurance, ainsi que leur sécurité financière, leurs autres réserves constituées à des fins d'assurance, leurs provisions pour cas d'assurance non liquidés et leurs réserves provenant de fusions; elles doivent inscrire les montants correspondants au bilan d'ouverture de 1996. La répartition s'effectue sur la base de l'état de la fortune au 31 décembre 1995.

²Sont réputés domaines d'assurance:

- a. l'assurance obligatoire des soins;
- b. l'assurance facultative d'indemnités journalières prévue aux articles 67 à 77 de la loi;
- c. les assurances complémentaires et les autres branches d'assurance.

¹RS 832.121; RO 1965 90, 1969 77 1220, 1970 1644, 1984 1479, 1986 80 1706, 1990 21 2039, 1991 40 370

³La répartition s'effectue sur la base des dépenses de la caisse dans les différents domaines d'assurance au cours des années 1990 à 1994. L'OFAS détermine les postes des formules officielles d'enquête dont il faut tenir compte et édicte les instructions nécessaires.

⁴Les fonds existants et les autres engagements pris à des fins déterminées relevant du domaine de l'assurance restent affectés à leurs buts.

Art. 5 Réassurance
 (art. 14 LAMa)

¹Les caisses-maladie et les fédérations de réassurance reconnues en vertu de la LAMA qui veulent continuer de pratiquer la réassurance conformément à la nouvelle loi doivent soumettre à l'OFAS une demande d'autorisation écrite avant le 31 juillet 1995.

²Les contrats de réassurance ou de garantie et les autres contrats existants conclus entre les caisses et les réassureurs, doivent être adaptés au nouveau droit avant le 31 décembre 1996.

Art. 6 Institution commune
 (art. 18 LAMa)

Les assureurs doivent soumettre à l'approbation du Département fédéral de l'intérieur (département), avant le 30 septembre 1995, l'acte de fondation de l'institution commune prévue à l'article 18 de la loi ainsi que les règlements sur sa gestion.

Art. 7 Promotion de la santé
(art. 19 et 20 LAMa)

¹L'institution prévue à l'article 19, 2^e alinéa, de la loi doit commencer son activité au plus tard le 1^{er} janvier 1998. Les assureurs et les cantons communiquent au département avant le 31 décembre 1996 si l'institution a été créée. Ils soumettent simultanément au département les statuts de l'institution.

²L'institution doit soumettre à l'OFAS par écrit, avant le 30 juin 1997, sa proposition concernant la contribution prévue à l'article 20, 1^{er} alinéa, de la loi. Si elle veut commencer son activité en 1997 déjà, elle doit envoyer sa proposition avant le 30 juin 1996. La proposition doit être accompagnée d'un programme d'activité et d'un budget d'où il résulte que le prélèvement de cette contribution est nécessaire.

Art. 8 Tarifs et conventions tarifaires
(art. 101, 2^e al., et 104 LAMa)

¹Les conventions tarifaires passées sous l'ancien droit doivent être adaptées au nouveau droit avant le 31 décembre 1997.

²S'il s'agit d'établissements ou de leurs divisions qui étaient réputés établissements hospitaliers d'après l'ancien droit, l'obligation des assureurs d'allouer des prestations et la rémunération de l'établissement hospitalier sont régis, jusqu'à l'adaptation au nouveau droit, par les conventions ou tarifs en vigueur jusqu'alors.

³S'il s'agit de conventions tarifaires passées sous l'ancien droit, des augmentations tarifaires sont possibles, même sans adaptation des autres dispositions au nouveau droit, à condition que les dispositions de l'article 49, 1^{er} alinéa, de la loi ne soient pas enfreintes.

Art. 9 Comptabilité analytique
(art. 49, 6^e al., LAMal)

Les hôpitaux doivent soumettre au Conseil fédéral, avant le 31 décembre 1996, une proposition commune au sujet de la comptabilité analytique et de la statistique de leurs prestations au sens de l'article 49, 6^e alinéa, de la loi, ainsi qu'une proposition concernant le délai pour leur introduction dans les hôpitaux et les établissements médico-sociaux. Le Conseil fédéral édicte ensuite, après avoir entendu les cantons, les assureurs, les hôpitaux et les établissements médico-sociaux, les dispositions d'exécution concernant l'introduction de la comptabilité analytique et de la statistique des prestations.

Section 3: Entrée en vigueur

Art. 10

La présente ordonnance entre en vigueur le 1^{er} juin 1995.

12 avril 1995

Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération,
Le chancelier de la Confédération,

**Ordonnance
sur les subsides fédéraux destinés à la réduction de primes dans
l'assurance-maladie**

du 12 avril 1995

Le Conseil fédéral suisse

vu les articles 66 et 96 de la loi fédérale du 18 mars 1994¹⁾ sur l'assurance-maladie (loi),

arrête:

Article premier **Objet**

La présente ordonnance règle la répartition des subsides de la Confédération aux cantons, prévue à l'article 66 de la loi, et l'obligation faite aux cantons de les compléter.

Art. 2 **Subsides de la Confédération et des cantons**

¹Le montant maximal de la part de chaque canton résulte de la répartition du total du subside fédéral annuel selon le mode de répartition prévu à l'article 3.

²Le montant que les cantons doivent prendre eux-mêmes en charge est déterminé sur la base du montant maximal fixé d'après le 1^{er} alinéa.

¹RS ...; RO ... (FF 1994 II 239)

Art. 3 Mode de répartition

¹Les contributions fédérales et cantonales selon l'article 66 de la loi sont réparties entre les cantons d'après les éléments suivants:

- a. Indice de la capacité financière du canton [ICFin.];
- b. Population résidante moyenne du canton en milliers [Pop.];
- c. Contribution fédérale totale en millions de francs [CF];
- d. Contribution cantonale totale en millions de francs [CC];
- e. Facteur de correction [a] destiné à tenir compte du rapport changeant entre les contributions totales fédérale et cantonale à répartir d'après la capacité financière [$a = 2 \cdot CC / CF(CFin.)$];
- f. Contribution moyenne suisse par habitant pour les subsides de la Confédération et des cantons calculés d'après la capacité financière [M];
- g. Constante calculée de sorte que la somme des quotes-parts de tous les cantons équivale exactement à la contribution fédérale à répartir [c].

²La contribution fédérale totale [CF] est répartie entre les cantons d'après le mode suivant:

$$\text{Part du canton à CF en francs} = 2.71828 (a \cdot ICFin. - 0.00503) \cdot CF \cdot Pop. \cdot c.$$

³Chaque canton complète les contributions fédérales par ses propres ressources, de manière que les contributions fédérale et cantonale par habitant liées à la capacité financière (=M) soient au moins équivalentes, selon la formule suivante:

$$\text{Contribution complémentaire du canton} = (M \cdot Pop. \cdot 1000) - \text{Part du canton à CF.}$$

Art. 4 Bases de calcul

¹Le chiffre de la population résidante des cantons est celui du dernier relevé de la population résidante moyenne.

²La capacité financière des cantons est déterminée d'après les indices des années correspondantes, établis selon les articles 2 à 4 de la loi fédérale du 19 juin 1959¹⁾ concernant la péréquation financière entre les cantons.

³L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), en collaboration avec l'Administration fédérale des finances, publie en avril de chaque année les montants maximal et minimal des subsides fédéraux et cantonaux pour l'année suivante.

Art. 5 Demande de subsides fédéraux

¹Les cantons doivent soumettre à l'OFAS jusqu'au 31 janvier, sur la formule destinée à cet effet, le relevé des subsides de réduction prévus pour l'année en cours. Ils font connaître à l'OFAS les dispositions de droit cantonal qui fondent l'octroi de ces subsides.

²Les cantons qui diminuent, selon l'article 66, 5^e alinéa, de la loi, la contribution à laquelle ils sont tenus doivent communiquer à l'OFAS, en même temps que le relevé prévu au 1^{er} alinéa, le pourcentage de cette diminution. L'OFAS tient compte de cette diminution lors du versement des subsides fédéraux.

Art. 6 Versement

Les subsides fédéraux sont versés comme il suit:

- a. 80 pour cent des subsides dans l'année en cours sur la base du relevé prévu à l'article 5, 1^{er} alinéa, en trois versements;
- b. les subsides restants l'année suivante, en règle générale au plus tard trois mois après réception du décompte final.

¹RS 613.1

Art. 7 Décompte

¹Le décompte relatif aux subsides fédéraux et cantonaux porte sur l'année civile et doit être soumis à l'OFAS au plus tard le 30 juin de l'année suivante.

²Le décompte s'effectue sur une formule qui contient en particulier des indications concernant le nombre, le sexe, l'âge, le revenu et la composition des ménages des bénéficiaires, laquelle est établie par l'OFAS après consultation des cantons.

³Les cantons qui confient aux communes le soin de fixer et de verser les subsides de réduction contrôlent les décomptes des communes et en établissent un récapitulatif à l'intention de l'OFAS, conformément aux instructions de celui-ci.

Art. 8 Contrôle

¹Le décompte doit être accompagné d'un rapport de révision qui renseigne sur la date et l'étendue de la révision entreprise, les constatations faites et les conclusions à en tirer. L'OFAS peut exiger des rapports complémentaires de l'organe de révision.

²L'OFAS s'assure, au sens de l'article 25 de la loi du 5 octobre 1990¹⁾ sur les subventions, que les subsides fédéraux sont utilisés conformément à la loi.

³Les cantons sont tenus de fournir à l'OFAS, selon l'article 11 de la loi sur les subventions, tous les renseignements nécessaires; ils doivent aussi lui permettre de consulter les dossiers et d'accéder aux lieux.

¹RS 616.1

Art. 9 Restitution; mesures d'ordre

¹Les subsides versés à tort doivent être restitués conformément aux articles 28 et 30 de la loi sur les subventions.

²Si un décompte est incomplet ou présente des inexactitudes, ou si les dispositions de la loi ou de la présente ordonnance ou les instructions y relatives n'ont pas été respectées, les subsides peuvent être bloqués ou réduits selon l'article 28, 2^e alinéa, de la loi sur les subventions, jusqu'à ce que la situation soit régularisée.

Art. 10 Compétence

Lorsque des assurés transfèrent leur domicile d'un canton dans un autre, le droit aux réductions des primes existe pour toute la durée de l'année civile selon le droit du canton dans lequel les assurés avaient leur domicile au 1^{er} janvier.

Art. 11 Disposition finale et entrée en vigueur

¹L'ordonnance du 31 août 1992¹⁾ sur les subsides aux cantons pour la réduction de cotisations dans l'assurance-maladie est abrogée.

²La présente ordonnance entre en vigueur le 1^{er} janvier 1996.

12 avril 1995

Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération,
Le chancelier de la Confédération,

¹RS 832.112.4

Ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie

du 12 avril 1995

Le Conseil fédéral suisse,

vu les articles 18 et 105 et de la loi fédérale du 18 mars 1994¹⁾ sur l'assurance-maladie (loi),

arrête:

Article premier Etendue de la compensation des risques

¹La compensation des risques prévue à l'article 105 de la loi s'applique à l'assurance obligatoire des soins, y compris aux formes particulières d'assurance visées aux articles 41, 4^e alinéa, et 62 de la loi.

²L'ensemble des assureurs qui pratiquent l'assurance obligatoire des soins doit livrer les données nécessaires à la compensation des risques.

Art. 2 Groupes de risques

¹Pour la compensation des risques, les assurés sont répartis en groupes de risques. Le premier groupe comprend les assurés âgés de 18 à 25 ans. Les assurés âgés de 26 à 90 ans sont répartis par groupes de cinq ans. Le dernier groupe de risques comprend les assurés âgés de 91 ans et plus.

²L'attribution aux groupes de risques s'effectue d'après l'année de naissance des assurés.

¹RS ...; RO... (FF 1994 II 239)

Art. 3 Coûts moyens

¹Sont établis en vue de la compensation des risques les coûts moyens par canton suivants :

- a. les coûts moyens par assuré âgé de 18 ans ou plus (moyenne générale);
- b. les coûts moyens par assuré de chaque groupe de risques réparti par sexe (moyenne du groupe).

²Sont déterminants pour le calcul des coûts moyens les coûts pris en charge pour tous les assurés d'un canton dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, déduction faite des participations aux coûts.

³Lorsque, dans un canton, apparaissent des écarts importants de l'évolution des coûts moyens, en raison de faibles effectifs d'assurés ou de certains cas de maladie onéreux, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), à la demande de l'organe chargé de gérer la compensation des risques (art. 7), fixe les coûts moyens pris en compte pour la compensation des risques d'après des principes actuariels.

Art. 4 Effectifs des assurés

¹Est déterminant pour calculer les effectifs des assurés d'un assureur le nombre de leurs mois d'assurance.

²Les assurés domiciliés à l'étranger et dont le lieu de travail se situe en Suisse sont attribués au canton dans lequel ils exercent une activité lucrative. Les autres assurés de l'étranger sont attribués au canton dans lequel ils avaient leur dernier domicile ou dans lequel l'assureur a son siège.

³Sont déterminants pour les nouveaux assureurs les effectifs des assurés lors du début de la pratique de l'assurance obligatoire des soins, tant que les données prévues aux 1^{er} et 2^e alinéas ne sont pas connues.

Art. 5 Compensation des risques

¹Les assureurs paient, pour tous les assurés d'un groupe de risques dont les coûts moyens déterminés d'après l'article 3 et répartis par sexe se situent au-dessous de la moyenne générale, une redevance de risque qui correspond à la différence entre la moyenne du groupe et la moyenne générale.

²Les assureurs reçoivent, pour tous les assurés d'un groupe de risques dont les coûts moyens déterminés d'après l'article 3 et répartis par sexe se situent au-dessus de la moyenne générale, une contribution de compensation qui correspond à la différence entre la moyenne du groupe et la moyenne générale.

Art. 6 Calcul des contributions de compensation et des redevances de risque

¹Sont déterminants pour le calcul des contributions de compensation et des redevances de risque les effectifs des assurés et les coûts qu'ils occasionnent dans l'année civile pour laquelle la compensation des risques a lieu (année de compensation).

²Les contributions de compensation et les redevances de risque sont fixées à titre provisoire durant l'année qui précède l'année de compensation. Le calcul provisoire s'effectue sur la base des effectifs d'assurés et des coûts de l'année civile antérieure de deux ans à l'année de compensation. Lors de la prise en considération des coûts, l'organe chargé de gérer la compensation des risques (art. 7) peut calculer un supplément équitable, afin de tenir compte de l'augmentation probable des coûts jusqu'à l'année de compensation.

³Les contributions de compensation et les redevances de risque sont fixées définitivement au cours de l'année qui suit l'année de compensation.

Art. 7 Organe d'exécution

1 L'institution commune prévue à l'article 18 de la loi gère la compensation des risques.

2 Elle détermine le montant des redevances de risque et des contributions de compensation et communique à chaque assureur le solde qui le concerne et à l'OFAS les documents relatifs aux calculs ainsi que le solde par assureur, par canton et pour toute la Suisse.

3 Elle établit une statistique des assurés et des coûts de l'assurance obligatoire des soins dans les cantons et la met à disposition de la Confédération, des cantons, des assureurs et de leurs associations. Les frais occasionnés par l'établissement de cette statistique sont à la charge de l'institution commune. La statistique peut également être remise à d'autres milieux intéressés.

4 L'institution commune établit un rapport annuel sur la gestion de la compensation des risques.

5 Le contenu du rapport et de la statistique est déterminé conjointement par l'institution commune et l'OFAS. L'institution commune publie chaque année les deux documents.

Art. 8 Analyse des effets

L'OFAS procède, avec les milieux spécialisés de l'assurance-maladie, à une étude scientifique. Doivent notamment être étudiés les effets de la compensation des risques sur l'évolution des coûts auprès de chaque assureur et sur le droit des assurés de changer d'assureur. L'OFAS fixe les modalités techniques de l'étude. Il peut recourir à un institut scientifique pour les travaux de recherche et l'évaluation des résultats de l'étude.

Art. 9 Frais d'administration

Les assureurs contribuent à la couverture des frais d'administration par un montant uniforme pour chaque assuré. Le montant de la contribution est déterminé en fonction des effectifs des assurés au sens de l'article 4.

Art. 10 Remise des données à l'organe d'exécution

¹Les assureurs fournissent leurs données réparties par canton, par groupe de risques, par sexe et par année civile, concernant les effectifs, les coûts et les participations aux coûts selon les directives de l'institution commune. Ils fournissent à l'institution commune les données avec une copie de la formule officielle concernant l'effectif moyen des assurés.

²Les données doivent être transmises à l'institution commune jusqu'à fin avril de l'année qui précède l'année de compensation et de celle qui la suit.

Art. 11 Contrôle des données

¹L'institution commune peut exiger des organes de révision des assureurs un rapport sur l'exactitude et l'exhaustivité des données fournies.

²L'institution commune peut vérifier, en collaboration avec les organes de révision des assureurs, l'exactitude et l'exhaustivité des données fournies selon l'article 10 au moyen d'enquêtes effectuées auprès d'un échantillon d'assureurs.

Art. 12 Délais de paiement

¹Les paiements des assureurs en faveur de la compensation des risques qui résultent du calcul provisoire selon l'article 6, 2^e alinéa, doivent être effectués, pour moitié chaque fois, jusqu'au 15 février et au 15 août de l'année de compensation. Les paiements en provenance de la compensation des risques en faveur des as-

sureurs doivent être effectués, pour moitié chaque fois, jusqu'au 28 ou 29 février et jusqu'au 31 août de l'année de compensation.

²Les paiements des assureurs résultant du calcul définitif selon l'article 6, 3^e alinéa, doivent être effectués jusqu'au 15 novembre de l'année qui suit l'année de compensation. Les paiements en provenance de la compensation des risques en faveur des assureurs doivent être effectués jusqu'au 30 novembre de l'année qui suit l'année de compensation.

³Les paiements dus aux assureurs doivent être effectués par l'institution commune même si les assureurs n'ont pas encore tous effectué leurs paiements en faveur de la compensation des risques. Si des paiements n'ont pas été effectués à la date d'échéance, l'institution commune peut procéder aux paiements en se fondant sur les redevances de risque versées. Les contributions de compensation dues doivent être versées après réception et augmentées dans la mesure des recettes provenant des intérêts moratoires fixés au 4^e alinéa. Lorsque les montants encore dus sont minimes, l'institution commune peut recourir à l'emprunt afin de verser les contributions de compensation sans réduction et dans les délais impartis.

⁴Les assureurs qui ne respectent pas les délais de paiement fixés aux 1^{er} et 2^e alinéas doivent, après l'expiration de ceux-ci, verser un intérêt moratoire de 0,5 pour cent par mois à l'institution commune. Cette règle s'applique tant aux deux tranches de la compensation des risques provisoire qu'au paiement final de la compensation des risques définitive.

⁵Dans le cadre du calcul provisoire par rapport au calcul définitif, un intérêt est perçu sur les montants payés en trop ou en moins. Les intérêts sont calculés en fonction des délais de versement et de réception des montants pour la compensation des risques provisoire et définitive et en fonction des montants effectivement versés ou perçus. L'institution commune fixe le taux d'intérêt d'après les taux usuels du marché. Elle verse et elle reçoit les intérêts jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit l'année de compensation.

Art. 13 Produit des intérêts

¹Les intérêts qui s'accroissent en raison de l'écart des délais prévus entre le versement et la perception des paiements de la compensation des risques provisoire et définitive sont remboursés aux assureurs par l'institution commune .

²Le montant des intérêts rémunérateurs est déterminé sur la base du volume de la participation de l'assureur à chaque compensation des risques. L'institution commune verse les intérêts jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit l'année de compensation.

Art. 14 Protection des données

¹L'institution commune est tenue, sauf à l'égard de l'OFAS et de son propre organe de révision, de garder le secret sur les données qui permettent de déceler l'identité de l'assureur. Les tiers chargés de traiter les données sont également tenus de garder le secret sur celles-ci.

²Les données réunies ne doivent être utilisées que pour procéder à la compensation des risques et pour établir la statistique.

Art. 15 Procédure et voies de droit

¹En cas de litige sur l'exécution de la compensation des risques entre un assureur et l'institution commune, celle-ci rend une décision au sens de l'article 5 de la loi sur la procédure administrative (LPA)¹.

²L'assureur peut interjeter recours contre une telle décision auprès du Département fédéral de l'intérieur (département), en vertu des articles 44ss LPA.

¹RS 172.021

Art. 16 Réparation du dommage et mesures d'ordre

¹Lorsque des assureurs violent l'obligation qui leur est faite de remettre les données nécessaires ou de payer ce qu'ils doivent, l'institution commune peut leur faire payer les dommages qui en résultent.

²L'OFAS peut proposer au département de retirer l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale à un assureur qui, après sommation de l'OFAS, ne participe pas à la compensation des risques. Il en va de même lorsque, après sommation de l'institution commune, l'assureur viole de manière répétée l'obligation qui lui est faite de remettre les données nécessaires ou de payer ce qu'il doit à l'institution commune.

Art. 17 Dispositions finales et transitoires, entrée en vigueur

¹L'ordonnance IX du 31 août 1992¹⁾ sur l'assurance-maladie concernant la compensation des risques entre les caisses-maladie (ordonnance IX) est abrogée.

²La compensation des risques 1994 et 1995 est soumise à l'ancien droit. Si la compensation des risques est transférée du Concordat suisse des assureurs maladie à l'institution commune, l'article 15 de la présente ordonnance est également applicable à la compensation des risques selon l'ancien droit, dans la mesure où l'OFAS n'a pas déjà notifié une décision.

³Pour les années civiles 1995 et 1996, les assureurs fournissent leurs données à l'organe chargé de gérer la compensation des risques tant d'après les articles 3 et 12 de l'ordonnance IX que d'après les articles 2 et 10 de la présente ordonnance.

¹RO 1992 1738, 1993 2013

⁴La présente ordonnance entre en vigueur le 1^{er} janvier 1996 et s'applique jusqu'au 31 décembre 2005.

12 avril 1995

Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération,
Le chancelier de la Confédération,

OFFICE FEDERAL DES ASSURANCES SOCIALES

Rapport concernant les résultats de la procédure de consultation sur les projets d'ordonnances suivants:

**Ordonnance
concernant l'entrée en vigueur et l'introduction
de la loi fédérale du 18 mars 1994
sur l'assurance-maladie**

**Ordonnance
sur les subsides fédéraux destinés à la réduction de primes dans
l'assurance-maladie**

**Ordonnance
sur la compensation des risques dans
l'assurance-maladie**

Avril 1995

CONTENU

	Page
Liste des abréviations	5
<i>A. Ordonnance sur l'entrée en vigueur et l'introduction de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie</i>	
1 Déroulement de la procédure de consultation	7
2 Approbation de principe du projet d'ordonnance	7
3 Critique	7
4 Résultats en détail	8
Art. 1 Entrée en vigueur de la loi et de chaque disposition de la loi	8
Art. 2 Dispositions cantonales	8
Art. 3 Poursuite de la pratique de l'assurance par les caisses-maladie reconnues	9
Art. 4 Répartition de la fortune	9
Art. 5 Réassurance	10
Art. 6 Assurances complémentaires	10
Art. 7 Institution commune	11
Art. 8 Promotion de la santé	11
Art. 9 Tarifs et conventions tarifaires	12
Art. 10 Valeurs indexées	14
Art. 11 Entrée en vigueur de l'ordonnance	14

	Page
B. Ordonnance sur les subsides fédéraux destinés à la réduction de primes dans l'assurance-maladie	
1 Déroulement de la procédure de consultation	15
2 Approbation de principe du projet d'ordonnance	15
3 Critique	15
4 Résultats en détail	16
Art. 1 But	16
Art. 2 Subsides de la Confédération et des cantons	16
Art. 3 Mode de répartition	16
Art. 4 Base de calcul	17
Art. 5 Utilisation des subsides	17
Art. 6 Demande de subsides fédéraux	18
Art. 7 Décompte	18
Art. 8 Versement	19
Art. 9 Contrôle	19
Art. 10 Restitution; mesures d'ordre	20
Art. 11 Situation des assurés	20
Art. 12 Disposition finale et entrée en vigueur	21
 Remarques du Tribunal fédéral des assurances sur les questions de procédure	 21

Page

C. Ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie

1	Déroulement de la procédure de consultation	22
2	Approbation de principe du projet d'ordonnance	22
3	Critique	22
4	Résultats en détail	23
Art. 1	Etendue de la compensation des risques	23
Art. 2	Groupes de risques	24
Art. 3	Coûts moyens	24
Art. 4	Effectifs des assurés	25
Art. 5	Compensation des risques	25
Art. 6	Calcul des contributions de compensation et des redevances de risque	26
Art. 7	Organe d'exécution	26
Art. 8	Frais d'administration	27
Art. 9	Remise des données à l'organe d'exécution	27
Art. 10	Contrôle des données	28
Art. 11	Délais de paiement	28
Art. 12	Protection des données	29
Art. 13	Litiges	29
Art. 14	Mesures d'ordre	30
Art. 15	Disposition finale et entrée en vigueur	30

Liste des abréviations

ACSI	Associazione Consumatrice della Svizzera Italiana
AMA	Association suisse des assureurs privés maladie et accidents
ASCP	Association suisse des cliniques privées
ASI	Association suisse des infirmières et infirmiers
Concordat	Concordat des assureurs-maladie suisses
CRS	Croix-Rouge suisse
directeurs des affaires sanitaires	Conférence des directeurs des affaires sanitaires
directeurs des finances	Conférence des directeurs des finances
DFI	Département fédéral de l'intérieur
FMH	Fédération des médecins suisses
FPS	Parti suisse de la liberté
HMO	Health Maintenance Organization
KF	Konsumentinnenforum Schweiz
LAMal	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie
MPF	Mouvement populaire des familles
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
Parti libéral	Parti libéral suisse
PDC	Parti Démocrate-Chrétien
PRD	Parti radical-démocratique suisse
PS	Parti Socialiste Suisse
SPO	Fondation Organisation Suisse des Patients
SSO	Société Suisse d'Odonto-stomatologie
TFA	Tribunal fédéral des assurances
UDC	Union Démocratique du Centre

USAM	Union suisse des arts et métiers
USS	Union syndicale suisse
USSA	Union Suisse des Syndicats autonomes
VESKA	Association suisse des établissements hospitaliers
Vorort	Union suisse du commerce et de l'industrie
VSA	Fédération des sociétés suisses d'employés

A. ORDONNANCE CONCERNANT L'ENTREE EN VIGUEUR ET L'INTRODUCTION DE LA LOI FEDERALE DU 18 MARS 1994 SUR L'ASSURANCE-MALADIE

1 Déroulement de la procédure de consultation

Le 4 novembre 1994 le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a invité les gouvernements cantonaux, les partis, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) et les milieux intéressés, de prendre position, jusqu'au 13 janvier 1995, sur le projet relatif à une ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie. Après l'acceptation de la loi par le peuple, le 4 décembre 1994, le DFI, à la demande de divers destinataires, a prolongé le 8 décembre 1994, le délai de la procédure de consultation, jusqu'au 31 janvier 1995.

Les documents pour la procédure de consultation ont été adressés à 112 destinataires. A la demande expresse d'un grand nombre d'autres personnes intéressées, ces documents leur ont également été fournis. 23 cantons, 6 partis et 28 autres organisations intéressées se sont prononcés de manière détaillée sur le projet d'ordonnance.

2 Approbation de principe du projet d'ordonnance

Le projet d'ordonnance a en principe été approuvé dans le cadre de la procédure de consultation. En particulier, l'entrée en vigueur de la loi au 1^{er} janvier 1996 n'a fait l'objet d'aucune objection.

3 Critique

Les remarques ont porté essentiellement sur les dispositions concernant les primes et les provisions pour les assurances complémentaires (art. 6), la création d'une institution pour la promotion de la santé et la prévention des maladies (art. 8), la continuation de la validité des tarifs et conventions tarifaires et leur adaptation

(art. 9) ainsi que la compensation des indices dans les conventions tarifaires passées sous l'ancien droit (art. 10). Ces remarques seront examinées plus en détail sous chiffre 4.

4 Résultats en détail

Sont exposés ci-dessous les résultats de la procédure de consultation dans l'ordre des articles du projet d'ordonnance mis en consultation.

Les avis, les propositions et les exigences formulés ne font donc pas l'objet d'une pondération ou d'une quelconque évaluation.

Article premier **Entrée en vigueur de la loi et de certaines de ses dispositions**

L'entrée en vigueur de la loi au 1^{er} janvier 1996 n'a pas été contestée. Les cantons de AI, AR, UR, TG, GR, SH, ZH, SG et GL demandent pour l'entrée en vigueur de l'article 41, 3^e alinéa, LAMal (prise en charge de la différence des coûts en cas de séjour hospitalier hors du canton de résidence) un délai transitoire de trois ans au moins, car cette disposition entraîne pour les cantons des frais supplémentaires élevés et des tâches administratives importantes.

Article 2 **Dispositions cantonales**

Le *Concordat des assureurs-maladie suisses (concordat)* requiert, dans l'intérêt de réglementations uniformes et praticables, que les assureurs aient dès le début la possibilité de participer à l'élaboration des dispositions cantonales d'exécution. Le droit d'être entendu doit figurer dans l'ordonnance.

L'*Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI)* relève que la loi ne contient pas une délégation de compétence aux cantons pour édicter des dispositions d'exécution concernant l'article 39, 1^{er} alinéa, lettres a à c LAMal.

Le *Parti suisse de la liberté (FPS)* fait remarquer que les délais transitoires sont trop courts pour les cantons.

Article 3 **Poursuite de la pratique l'assurance par des caisses-maladie reconnues**

Le *concordat*, les cantons de BS et VD, le *PDC*, le *FPS* et le *Parti libéral* estiment que le délai prévu au 1^{er} alinéa pour envoyer les tarifs des primes et le budget est trop court. Le *concordat* propose de le prolonger jusqu'au 30 septembre 1995, mais au plus tôt trois mois après l'adoption de l'ordonnance principale concernant la LAMal (OAMal).

Pour ce qui touche la caducité, prévue au 5^e alinéa, des contrats d'assurance collective des soins conclus en vertu de la LAMA, le *FPS*, le *Parti libéral*, l'*Union Suisse des Syndicats autonomes*, l'*ASI*, l'*Union suisse des arts et métiers (USAM)*, le *concordat* et le canton de VD considèrent que les contrats collectifs existants ne peuvent sans plus devenir caducs. On suggère un délai transitoire de trois ans pour l'adaptation des primes vers le haut, au niveau de celles de l'assurance individuelle de la caisse concernée.

La *Fédération des médecins suisses (FMH)* souhaite qu'on précise qu'un passage automatique dans l'assurance individuelle doit avoir lieu lors de l'entrée en vigueur de la loi.

Article 4 **Répartition de la fortune**

Le canton de LU, la *FMH* et la *Société Suisse d'Odonto-stomatologie (SSO)* demandent une garantie légale concernant une nouvelle répartition des coûts entre les différentes formes d'assurance. Les frais relatifs à la création, au management et à la publicité concernant les pratiques HMO et les centres de santé des caisses ne doivent pas être mis à la charge de l'assurance de base ordinaire.

Le *PDC* mentionne que l'affectation de fonds et d'autres ressources destinées à des fins déterminées conformément au 4^e alinéa ne doit pas entraîner une exclusion du patrimoine distinct.

Article 5 Réassurance

Le *concordat* relève que le délai prévu au 1^{er} alinéa pour présenter une demande ne peut être déterminant que si le Conseil fédéral aura entre-temps adopté l'OAMal.

Article 6 Assurances complémentaires

Remarque: cette disposition sera incluse dans la future ordonnance principale concernant la LAMal et sera biffée dans l'ordonnance d'introduction.

Le *concordat*, le *Parti libéral*, le *PRD*, le *PDC*, l'*UDC*, l'*Union centrale des Associations patronales suisses*, le *Vorort*, la *Fédération romande des consommatrices*, l'*USSA*, les *directeurs des affaires sanitaires*, les cantons de BL, UR et ZH, la *Fondation Organisation Suisse des Patients (SPO)* et l'*USAM* estiment que le délai de trois ans est trop court. On craint une augmentation trop forte des primes dans les assurances complémentaires. Les propositions vont de 5 à 20 ans. Le *FPS* est d'accord avec le délai de trois ans.

Le *concordat* et l'*USSA* suggèrent de conserver le système actuel de financement et des réserves (c'est-à-dire le système de répartition). Si l'on devait prescrire le système de capitalisation, le délai transitoire devrait être prolongé à 10 ans.

L'*Association suisse des assureurs privés maladie et accidents (AMA)* propose de biffer l'article 6, 1^{er} alinéa. L'*Office fédéral des assurances privées (OFAP)* devrait fixer le délai en même temps qu'il définira les exigences liées au financement.

La *SPO* et la *Fédération romande des consommatrices* suggèrent une disposition introduisant par étape, dans les assurances complémentaires, des primes

conformes aux risques et prévoyant la prise en compte des années d'affiliation lors de la fixation des primes.

La Fédération suisse des retraités, pré-retraités et rentiers AI ainsi que le Mouvement populaire des familles se demandent ce qu'il adviendra des assurés des caisses qui disposeront de réserves insuffisantes pour les assurances complémentaires.

Article 7 Institution commune
(nouveau 6)

Aucune remarque n'a été formulée à ce sujet.

Article 8 Promotion de la santé
(nouveau 7)

Les cantons de AI, AR, BE, BS, GL, GR, LU, OW, TG, TI, SH, SG, SZ, UR et ZH, les *directeurs des finances*, les *directeurs des affaires sanitaires*, le PRD, la *Société suisse de médecine sociale et préventive* ainsi que l'ACSI suggèrent de confier à la Fondation suisse pour la promotion de la santé, à Lausanne, les tâches prévues à l'article 19 LAMal.

La *Fondation suisse pour la promotion de la santé* approuve une reprise des tâches prévues à l'article 19 LAMal. La communication prévue à l'article 8, 2^e alinéa, pourrait déjà être faite d'ici au 30 juin 1996. Par conséquent, la contribution pour la prévention générale des maladies pourrait être perçue auprès des assurés en 1997 déjà.

Les cantons du VS et de BS suggèrent de créer des institutions régionales et de coordonner au niveau suisse uniquement leur activité et le prélèvement de la contribution.

La *Société suisse de pharmacie*, la *FMH* et la *SSO* souhaitent que, lors de la création de l'institution, les organisations et les associations mentionnées à l'article 19, 3^e alinéa, LAMal soient entendues.

Le *PDC*, la *SPO*, le *Konsumentinnenforum Schweiz (KF)* et la *Fédération romande des consommatrices* demandent que l'institution présente un schéma directeur, un cahier des charges, un programme de travail et un budget.

Article 9 **Tarifs et conventions tarifaires** **(nouveau 8)**

En ce qui concerne les réglementations prévues aux alinéas 1 et 2, les cantons de FR, ZG, UR, SO, OW, BE, BL, AI, TG, GR, SH, ZH, LU, SG, AR, SZ, GL, BS et AG font valoir que la solution adoptée équivaldrait à prolonger les mesures des arrêtés fédéraux visant à limiter les tarifs. Une telle solution est rejetée. Ces cantons relèvent qu'il doit clairement résulter de la teneur du texte que l'obligation d'allouer des prestations est garantie par les conventions existantes jusqu'au moment de l'entrée en vigueur de la liste des hôpitaux élaborée par le canton; que l'on devrait pouvoir procéder sans restriction aux adaptations tarifaires prévues par les conventions et que l'augmentation du degré de couverture des coûts des tarifs des hôpitaux publics devrait, dès le 1^{er} janvier 1996, être possible dans les limites admises selon la LAMal. Les *directeurs des finances*, les *directeurs des affaires sanitaires* et le *PRD* s'expriment également dans ce sens.

L'*Association suisse des établissements hospitaliers (VESKA)* demande l'adaptation des tarifs au renchérissement durant les années 1996 et 1997; par ailleurs, le délai fixé au 31 décembre 1997 pour l'adaptation des conventions existantes ne doit pas être abrégé.

La *FMH* et la *SSO* déclarent qu'il devrait être possible de procéder d'ici à la fin de 1997 à l'adaptation des conventions passées entre les médecins et les assureurs.

L'*Association suisse des cliniques privées (ASCP)* est d'avis que, malgré le délai fixé à la fin de 1997, de nouvelles conventions et des prix - dont le montant de la rému-

nération est égal ou plus bas que jusqu'ici - devraient déjà pouvoir être appliqués avant le 1^{er} janvier 1998.

Pour ce qui touche les hôpitaux, le canton du VS demande une prolongation du délai de 2 à 4 ans pour procéder à l'adaptation du degré de couverture des coûts, alors que le *PDC* préconise un délai de 2 ans *au plus*.

En ce qui concerne les mesures prévues aux 3^e et 4^e alinéas (dans la teneur définitive art. 10 nouveau), les *directeurs des affaires sanitaires* et les cantons de UR, BE, ZH, SG, AR, AI, TG, GR, SH, GL, BS et SZ estiment que ce sont les cantons et dès lors - ce qui est l'opinion de la majorité des cantons énumérés - les directeurs des affaires sanitaires qui devraient être compétents. Ils se demandent si les hôpitaux et les établissements médico-sociaux seraient à même de procéder à de telles mesures. En outre, il n'appartient pas aux hôpitaux publics de prendre seuls des décisions.

La *VESKA* considère qu'elle est compétente pour se charger des tâches selon les 3^e et 4^e alinéas. Elle est en train de constituer à cet effet un groupe de travail comprenant des représentants des établissements médico-sociaux.

Le *concordat*, la *FMH*, le canton de BS et le *KF* estiment que les délais fixés sont trop longs.

La *SPO* souligne qu'il est très important d'avoir une assurance de base de qualité *sur le plan suisse*. Elle suggère d'exiger des hôpitaux, dans un nouvel alinéa, qu'ils soumettent au Conseil fédéral, d'ici à la fin de 1995, une proposition commune sur la manière dont ils envisagent de sauvegarder le développement et le maintien de la qualité et sur leur disposition à effectuer, à cet effet, des enquêtes d'ordre statistique sur la santé d'après des critères uniformes.

A propos des articles 9 et 10, la *Croix-Rouge suisse (CRS)* et l'*Association Suisse des Ergothérapeutes* demandent qu'on mette sur pied sans retard - en formulant de façon adéquate les réglementations concernées - la condition nécessaire permettant que les tarifs en cas d'ergothérapie ambulatoire ordonnée par le médecin - ta-

rifs qui ne peuvent couvrir les coûts en raison des arrêtés fédéraux - puissent être remplacés par des nouveaux tarifs (il existe actuellement un découvert de 35 %).

Article 10 **Valeurs indexées**
(biffé)

Les cantons de BL, AI, UR, TG, GR, ZG, SH, ZH, LU, SG, AR, AG, SZ, GL, OW, les *directeurs des finances*, les *directeurs des affaires sanitaires*, le PRD, l'UDC, la VESKA, l'AMA, la FMH, la SSO, la CRS, l'Association Suisse des Chiropraticiens et l'Association Suisse des Ergothérapeutes proposent de biffer cette disposition, car elle n'a aucune base légale et elle est contraire à l'article 104, 1^{er} alinéa, LAMal. Cette disposition crée une situation juridique inégale non seulement entre les cantons, mais également entre les fournisseurs de prestations; de plus, elle dissimule les besoins accumulés qui ont été engendrés par les arrêtés fédéraux. Le canton de BE rejette aussi la disposition proposée.

Le canton de BS relève que la réglementation est rédigée de manière imprécise, vu qu'il n'apparaît pas clairement comment doit s'effectuer la transition du droit d'urgence à la LAMal, sans pour autant contrevenir en définitive rétroactivement à l'intention de limiter les coûts conformément aux arrêtés fédéraux. Si une adaptation des valeurs indexées devait tout de même se révéler nécessaire, il faudrait alors également tenir compte des conséquences sur le montant des primes.

Article 11 **Entrée en vigueur de l'ordonnance**
(nouveau 10)

Aucune remarque n'a été faite à ce sujet.

B. ORDONNANCE SUR LES SUBSIDES FEDERAUX DESTINES A LA REDUCTION DE PRIMES DANS L'ASSURANCE-MALADIE

1 Déroulement de la procédure de consultation

Le 4 novembre 1994 le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a invité les gouvernements cantonaux, les partis, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) et les milieux intéressés, à prendre position, jusqu'au 13 janvier 1995, sur le projet relatif à une ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie. Après l'acceptation de la loi par le peuple, le 4 décembre 1994, le DFI, à la demande de divers destinataires, a prolongé le 8 décembre 1994, le délai de la procédure de consultation, jusqu'au 31 janvier 1995.

Les documents pour la procédure de consultation ont été adressés à 112 destinataires. A la demande expresse d'un grand nombre d'autres personnes intéressées, ces documents leur ont également été fournis. 25 cantons, le TFA, 6 partis et 21 autres organisations intéressées se sont exprimés de manière détaillée à propos du projet d'ordonnance.

2 Adhésion de principe au projet d'ordonnance

Le projet d'ordonnance a rencontré dans la consultation une adhésion de principe, même si la majorité des cantons s'est prononcée contre la prise en considération des primes cantonales moyennes lors de la répartition des subsides fédéraux.

3 Critique

Les remarques ont particulièrement trait aux dispositions sur le mode de répartition (art. 3), les bases de calcul (art. 4), l'utilisation des subsides (art. 5) et les délais prévus pour la remise de la demande (art. 6), du décompte (art. 7) et du versement (art. 8) des subsides. Il y a également de nombreuses remarques concernant les

prescriptions de contrôle (art. 9) et la compétence cantonale pour la détermination du droit aux subsides (art. 11).

4 Résultats en détail

Sont exposés ci-dessous les résultats de la procédure de consultation dans l'ordre des articles du projet d'ordonnance mis en consultation.

Les avis, les propositions et les exigences formulés ne font donc pas l'objet d'une pondération ou d'une quelconque évaluation.

Article premier But

Aucune remarque n'a été faite à propos de cet article.

Article 2 Subsides de la Confédération et des cantons

Les définitions contenues dans cet article n'ont donné lieu à aucune remarque.

Article 3 Mode de répartition (en relation avec l'art. 4, 3e al.)

Les cantons de UR, SO, TG, GR, ZG, SH, AI, VS, ZH, SZ, AR, GL, OW, LU, AG, les *directeurs des affaires sanitaires*, les *directeurs des finances*, le PRD, le PDC et l'UDC, l'*Union centrale des Associations patronales suisses*, le Vorort, l'ACSI et l'USAM défendent l'opinion selon laquelle l'indice de la prime moyenne ne devrait pas être pris en considération, parce que les cantons dont les coûts de la santé sont élevés seraient favorisés de telle sorte que l'incitation aux économies serait supprimée. C'est pourquoi, la suppression de l'art. 3, 1er al. let. b est demandée.

Les cantons de BS, BE, GE, VD, FR, le PS, l'*Union syndicale suisse* et la *Fédération romande des consommatrices* retiennent en partie que la prise en considération de l'indice de la prime moyenne est d'une extrême importance.

Les cantons de BL, SG et la *Fédération des sociétés suisses d'employés (VSA)* ne sont en principe pas contre la prise en considération de l'indice de la prime moyenne, ils estiment cependant que celui-ci ne devrait pas être fixé au taux prévu ou qu'il ne devrait l'être à ce taux qu'à partir de l'an 2000, lorsque le degré de couverture des coûts en ce qui concerne les taxes hospitalières atteindra 50 %.

Article 4 Bases de calcul

(remarque: art. 4, 3e al. à comparer avec l'art. 3)

Les cantons de NE et BE demandent à propos du 3e al. que, lors du calcul de la prime moyenne, il soit également prévu, en plus du nombre minimal d'assurés, un nombre minimal d'assureurs pris en compte.

Pour l'al. 4, les cantons de GE, UR, SO, BL, BE, TG, GR, ZG, SH, AI, VS, ZH, VD, SG, AR, GL, OW, BS, AG, TI, JU, les *directeurs des affaires sanitaires*, les *directeurs des finances*, le *PRD*, le *PDC* et l'*ACSI* soutiennent l'opinion selon laquelle le délai prévu pour la publication des montants des subsides fédéraux et cantonaux est fixé relativement tard, ce qui empêche les cantons de procéder à une budgétisation judicieuse. Les propositions concernant le délai de publication des montants des subsides fédéraux et cantonaux s'étendent du mois de mars de l'année précédente au mois de décembre de l'année précédente; d'ailleurs, une grande part des cantons s'est prononcée pour le mois de mars.

Article 5 Utilisation des subsides

(biffé)

Pour la majorité des destinataires de la consultation, une réglementation dans le sens du 1er al. apparaît comme suffisante.

Les 2e et 3e al. sont qualifiés de peu clairs et la critique porte sur le fait qu'ainsi l'autonomie des cantons serait restreinte. Les cantons de UR, BL, ZG, VD, SG, SZ, AR, GL, OW, LU, AG, TG, SO, AI, ZH, les *directeurs des affaires sanitaires*, les *directeurs des finances*, ainsi que le *PRD*, le *PDC* et l'*UDC* demandent pour cette raison

la suppression des deux alinéas, le canton de BE quant à lui ne demande que la suppression du 3e al.

Les cantons de NE, JU, VS et AG demandent que les cantons puissent faire valoir comme subsides cantonaux destinés à la réduction des primes les frais supplémentaires qui découlent de l'exécution de la réduction des primes. Le canton de BE propose à ce propos une réglementation expresse selon laquelle les coûts dus aux primes et aux participations aux coûts irrécouvrables puissent être entièrement financés grâce aux ressources affectées à la réduction des primes.

Article 6 Demande de subsides fédéraux (nouveau 5)

Les cantons ainsi que les *directeurs des affaires sanitaires* et les *directeurs des finances* sont unanimes pour affirmer que le délai pour la remise des demandes de subsides fédéraux au 30 juin est trop court. Ceux-ci font valoir que les cantons ont besoin en premier lieu, pour une budgétisation conforme aux règles, des données de la Confédération selon l'art. 4 et doivent ensuite faire approuver leurs budgets par leurs parlements. Ils ne pourraient annoncer les subsides prévus pour la réduction qu'à la fin du mois de décembre. En outre, de nombreux cantons, lors du calcul des subsides destinés à la réduction des primes, s'appuient sur les tarifs de primes, lesquels ne sont cependant pas encore connus au 30 juin.

Pro Senectute craint que, puisque les cantons ont la possibilité de réduire leurs subsides jusqu'à 50 %, il n'y ait un danger d'inégalité de traitement entre les cantons. Le Conseil fédéral devrait donc sur ce point faire immédiatement usage de sa compétence en cas d'injustices en édictant des dispositions plus détaillées en ce qui concerne la répartition des subsides.

Article 7 Décompte

Presque tous les cantons ainsi que les *directeurs des affaires sanitaires* et le PRD sont unanimes pour affirmer, à propos du délai de remise du décompte des subsides fédéraux et cantonaux également, que le délai doit être avancé au 30 avril.

L'anticipation du délai de la requête permet un paiement définitif de la Confédération plus rapide. Le canton de BE fait remarquer qu'il est possible de décompter les subsides destinés à la réduction - comme les prestations complémentaires - déjà en janvier.

Article 8 Versement
(nouveau 6)

Les *cantons*, et avec eux les *directeurs des finances*, sont unanimement d'avis que l'on ne peut exiger d'eux d'avancer durant un an 20 pour cent du subside fédéral. Il s'ensuivrait pour ceux-ci une charge due aux intérêts qui serait trop importante. Ils proposent que les subsides fédéraux soient versés à 100 pour cent dans l'année en cours à raison de 4 versements et que les différences éventuelles résultant du décompte (art. 7) soient déduites des subsides, respectivement portées à l'actif des cantons, dans un délai de 60 jours après la remise du décompte final. Le *PRD* également se prononce pour un versement anticipés des subsides fédéraux restants.

Article 9 Contrôle
(nouveau 8)

Presque tous les *cantons*, les *directeurs des affaires sanitaires* et les *directeurs des finances*, mais également le *PRD*, l'*UDC*, le *PDC* et le *FPS* critiquent le fait que le projet engendrerait des frais administratifs trop élevés non seulement pour les cantons et les communes, mais également pour l'*OFAS*. En particulier, l'on considère les informations sur le sexe et sur l'âge (souvent également sur le revenu) à fin de contrôle comme superflues. La *SPO* et le *KF* s'accordent pour dire que l'*OFAS* doit seulement effectuer des contrôles par sondage. La *Fédération romande des consommatrices* n'a en principe pas d'objection à une information étendue de l'*OFAS*, le caractère anonyme des données devant être garanti.

En considération d'une éventuelle délégation de l'exécution de la réduction des primes aux caisses de compensation cantonales, les cantons de UR, TG, GR, ZG, SH, AI, ZH, SG, AR, GL, OW et LU ainsi que les *directeurs des affaires sanitaires* et les *directeurs des finances* préconisent l'adoption d'une disposition selon laquelle le

contrôle de l'utilisation conforme à la loi des subsides fédéraux soit effectué dans le cadre de la révision des caisses d'après l'art. 68 LAVS.

Article 10 Restitution; mesures d'ordre
(nouveau 9)

Le *KF* souhaite savoir à qui doivent revenir les dettes des subsides versés à tort puisque cela pourrait mettre des assurés dans une situation difficile.

Article 11 Situation des assurés
(nouveau 10)

Les *cantons* et les *directeurs des affaires sanitaires* se prononcent de manière concordante favorablement sur le fait que les conditions personnelles et familiales à l'échéance du 1er janvier peuvent être déterminantes, mais pas les conditions économiques, étant donné que l'on doit à ce sujet se baser sur la dernière taxation fiscale. Puisque, selon l'art. 65 de la loi, les cantons déterminent quels sont les assurés qui sont de condition économique modeste, la Confédération ne doit dans ce domaine que régler les problèmes intercantonaux, soit en particulier le fait de changer de domicile dans un autre canton.

Les cantons de NE, AI, ZH, JU et BS, mais également les *directeurs des finances* ainsi que le *PS* et le *MPF* regrettent l'absence de réglementations précises concernant le changement de domicile, l'accroissement de la famille, les changements de la situation économique, etc. En considération des changements précités, les cantons et organisations prenant position estiment que la solution proposée manque de souplesse et qu'il convient d'éviter des inconvénients pour les groupes de personnes concernés.

Les cantons de VD et GE ainsi que l'*UDC* désignent comme compétence cantonale la fixation des conditions donnant droit aux subsides.

Le *KF*, la *SPO* et la *Fédération romande des consommatrices* estiment nécessaire que cette disposition soit complétée en ce sens que les cantons doivent informer la

population et l'OFAS sur la base de quel règlement la réduction des primes est réalisée, de quelle manière les assurés sont informés sur leurs droits éventuels à bénéficier de la réduction des primes et quelle est l'autorité cantonale compétente pour des questions ou des réclamations.

**Article 12 Disposition finale et entrée en vigueur
(nouveau 11)**

En ce qui concerne la date d'entrée en vigueur de l'art. 6 (demande de subsides fédéraux), les *cantons* ainsi que les *directeurs des finances* et les *directeurs des affaires sanitaires* se prononcent unanimement en ce sens qu'il n'est pas possible de respecter la date du 1er juin 1995 et que l'entrée en vigueur doit être différée au 1er janvier 1996.

Remarques du Tribunal fédéral des assurances à propos des questions de procédure

Le TFA attire l'attention sur le fait que l'on doit également, sur la base de la loi fédérale d'organisation judiciaire (OJ), examiner la question de la constatation exacte et complète des faits pertinents en cas de recours éventuel (art. 132 en relation avec l'art. 104, lit. b OJ). Il estime nécessaire, compte tenu de la grande complexité de la matière, que l'on institue, comme instance préalable, une commission de recours indépendante de l'administration, afin de pouvoir se limiter au contrôle du droit (art. 105, 2e al. OJ). Cela devrait cependant être expressément prévu par le législateur.

C. ORDONNANCE SUR LA COMPENSATION DES RISQUES DANS L'ASSURANCE-MALADIE

1 Déroulement de la procédure de consultation

Le 4 novembre 1994 le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a invité les gouvernements cantonaux, les partis, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) et les milieux intéressés, de prendre position, jusqu'au 13 janvier 1995, sur le projet relatif à une ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie. Après l'acceptation de la loi par le peuple, le 4 décembre 1994, le DFI, à la demande de divers destinataires, a prolongé le 8 décembre 1994, le délai de la procédure de consultation, jusqu'au 31 janvier 1995.

Les documents pour la procédure de consultation ont été adressés à 112 destinataires. A la demande expresse d'un grand nombre d'autres personnes intéressées, ces documents leur ont également été fournis.

6 cantons, le TFA, 5 partis et 23 autres organisations intéressées se sont exprimés de manière détaillée sur le projet d'ordonnance.

2 Appréciation de principe sur le projet d'ordonnance

Le projet d'ordonnance a été approuvé par la majorité des participants.

3 Commentaire

La *Commission des cartels*, l'*AMA*, l'*USAM*, l'*Union centrale des Associations patronales suisses*, le *Vorort* ainsi que le *PDC* et le *FPS* ont exprimé des objections de principe contre l'aménagement du système de la compensation des risques et ont formulé des propositions .

La caisse-maladie *Artisana* et le spécialiste qu'elle a mandaté, le prof. B. Schips, directeur de l'office pour la recherche conjoncturelle à l'ETH de Zurich, ont exprimé leur avis à ce sujet. La caisse a soulevé des objections contre la compensation des risques et d'autres objections détaillées contre le système prévu, en particulier ce qui concerne le calcul des coûts moyens.

Par contre, les cantons de BS et TI, l'*UDC*, le *PSS*, l'*USSA*, la *VSA*, l'*ACSI*, le *KF*, la *société suisse des médecins homéopathes* ont favorablement accueilli la poursuite de la compensation des risques dans la forme prévue par le projet d'ordonnance.

4 Résultats en détail

Sont exposés ci-dessous les résultats de la procédure de consultation dans l'ordre des articles du projet d'ordonnance mis en consultation.

Les avis, les propositions et les exigences formulés ne font donc pas l'objet d'une pondération ou d'une quelconque évaluation.

Article 1 Etendue de la compensation des risques

Ad al. 1. la *Commission des cartels*, l'*AMA*, l'*USAM*, l'*Union centrale des Associations patronales suisses*, le *Vorort*, le *PDC*, et le *FPS* contestent la légalité de l'étendue de la compensation des risques. Tous les assureurs ne devraient pas être pris en considération, ne devraient l'être que ceux qui présentent, par rapport au sexe et à l'âge, une structure de risque qui s'écarte de la moyenne des autres assureurs. Au contraire, le *PRD* considère comme correct d'inclure tous les assureurs dans la compensation des risques.

Ad al. 2. le canton de LU (pour le corps médical cantonal), la *SSO* et la *FMH* font remarquer, qu'outre à la compensation entre les assureurs, il devrait y avoir une autre "compensation des risques" entre les différentes formes d'assurances au sein

des assureurs afin d'éviter un subventionnement entre les différents modèles d'un même assureur.

Article 2 Groupes de risques

Les cantons du TI, de BE, la VSA et la *Fédération centrale du personnel des cantons et des communes de la Suisse*, accueillent favorablement la répartition des groupes de risques plus précise par rapport au modèle en vigueur découlant de l'arrêté fédéral. L'AMA soutient la répartition des groupes de cinq et propose que les assurés âgés de 85 ans et plus soient réunis dans un seul groupe de risque.

Article 3 Coûts moyens

Ad 1er et 2e al., tous les participants à la consultation ont accepté que les enfants jusqu'à 18 ans révolus ne soient pas compris dans la compensation des risques. Le canton du TI accueille favorablement le nouveau système du mode de calcul.

L'*Artisana* et le Prof. Schips proposent un autre système ultérieur avec des coûts moyens corrigés vers le bas.

Ad 3e al., la VSA exige que soient vérifiés les effets de la déduction de la participation aux coûts sur les coûts moyens. Le Prof. Schips exige que les coûts moyens soient diminués. L'*Artisana* demande un "calcul trimestriel" d'après un modèle précédent du Prof. Schips.

Pour le 4e al. le *Concordat* demande que la méthode actuarielle pour le calcul des coûts moyens pris en compte (lors d'écart importants de l'évolution des coûts moyens en raison de faibles effectifs d'assurés), soit appliquée en collaboration avec l'OFAS et après entente avec lui. L'AMA trouve que, dans ce domaine, trop de compétences sont attribuées à l'organe d'exécution.

Article 4 Effectifs des assurés

L'*Artisana* propose un article 4a supplémentaire pour régler l'écart des effectifs selon la méthode proposée par le Prof. Schips.

L'*ASCP* critique au 2e al. le fait que l'attribution à un canton des assurés provenant de l'étranger est trop peu différenciée.

Article 5 Compensation des risques

Les cantons de GE et VD exigent une redevance de risque plus réduite pour les assurés âgés de 18 à 25 ans qui sont en formation, puisque ces assurés bénéficient d'une réduction de prime de la part des assureurs. Le canton de BE fait également remarquer cet élément.

L'*USAM* et l'*AMA* considèrent que la réglementation prévue est contraire à la loi. Le mode de calcul intervient de manière trop incisive dans la structure des coûts des assureurs en provoquant une augmentation inacceptable du volume de répartition de la compensation des risques. Cette disposition doit entièrement être refaite. Avec l'*ASCP*, ils reprochent le fait que l'incitation à une gestion économique de l'assurance n'est pas garantie.

L'*Artisana* propose quant à elle un nouvel article 5 (compensation des risques selon le sexe) et un nouvel article 5a (compensation des risques selon l'âge), selon lesquels seules des redevances de risques partielles seraient prélevées.

La *VSA* suggère une modification rédactionnelle et l'*Aide Suisse contre le Sida* exige l'introduction de "critères de qualité" afin que les coûts ne soient pas réduits aux dépens de la qualité du service.

**Article 6 Calcul des contributions de compensation et des redevances de
 risque**

Aucune remarque formulée à ce propos ne doit être mentionnée.

Article 7 Organe d'exécution

Au 1er al. l'AMA propose d'introduire une disposition relative à la protection des données au sens de l'article 11, 1er alinéa de l'actuelle ordonnance IX sur l'assurance-maladie. Le FPS exige une séparation entre l'organe d'exécution et l'institution commune.

Pour le 2e al., la SSO désire que les documents fournis par l'organe d'exécution soient également mis à la disposition des fournisseurs de prestation et de leurs associations.

Le canton du TI estime important que les statistiques prévues ici soient mises à disposition des cantons de manière détaillée. La FMH demande que les statistiques soient également transmises aux associations cantonales des médecins. De même, la Fédération Suisse des retraités, des pré-retraités et rentiers AI, le MPF souhaiteraient que ces statistiques soient mises gratuitement à disposition des milieux intéressés.

Dans le 4e al. l'AMA aimerait qu'il soit précisé à qui l'organe d'exécution doit remettre le rapport annuel et quel est exactement son contenu.

Article 8 Frais administratifs
(nouveau 9)

L'AMA veut qu'il soit précisé que tous les assureurs soumis à la compensation des risques doivent payer un montant pour la couverture des frais administratifs de l'office de compensation.

Le *Concordat* propose un nouveau 2e al, dans lequel il faudrait établir que les intérêts qui se sont accumulés en raison du temps qui s'écoule entre le versement et le perception des paiements de la compensation des risques provisoire et définitive, doivent être remboursés aux assureurs. Le montant des intérêts rémunératoires doit être déterminé par le volume de la participation au chiffre d'affaire des assureurs à chaque compensation des risques. L'institution doit rembourser les intérêts jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit la compensation des risques.

Le *KF* propose que soit prévu un taux fixe du volume des primes (0,...%) de chaque assureur pour les montants qui doivent être payés par les assureurs pour la couverture des frais administratifs, .

Article 9 Remise des données
(nouveau 10)

Le *Concordat* demande d'examiner la question de savoir si après la suppression des certificats des caisses par l'OFAS, des données peuvent être exigées des assureurs. Données qui peuvent être mises à disposition de l'organe d'exécution pour un contrôle des données de la compensation des risques. Il faut en outre faire attention à ce que les délais prévus pour la remise des données de la compensation des risques correspondent aux délais prévus pour la remise des autres données exigées par l'OFAS.

Article 10 Contrôle des données
(nouveau 11)

Le *Concordat* propose un nouveau 2e al. dans lequel il faudrait régler, que l'organe d'exécution se réserve le droit de procéder, en collaboration avec les organes de révision des assureurs, à un contrôle de l'exhaustivité et l'exactitude des données nécessaires à la compensation des risques auprès d'un échantillon d'assureurs.

Article 11 Délais de paiement
(nouveau 12)

Al 1er et 2e: l'AMA propose de fixer un délai de paiement unique pour les redevances de risques et les contributions de compensation. Le *Concordat* accueille favorablement la réduction des délais prévus par rapport à ceux de la réglementation actuelle.

Le *Concordat* et l'AMA exigent une règle sur l'emploi des intérêts qui s'accumulent entre le versement et la perception des paiements de la compensation.

Le *Concordat* propose de rembourser les produits des intérêts aux assureurs selon leur participation à la compensation des risques. Les produits des intérêts seraient répartis entre ceux qui paient le montant net et ceux qui le reçoivent. Au contraire, l'*Artisana* exige que les intérêts ne soient remboursés qu'aux assureurs qui paient ces montants.

3e al. Le *Concordat* désire, qu'en cas de montants échus non payés, l'organe d'exécution puisse emprunter le montant qui manque auprès d'une banque.

4e et 5e al. L'AMA et la FPS exige que les versement des intérêts soient examinés quant à leur conformité à la loi. Selon l'AMA, les intérêts doivent commencer à courir seulement après le deuxième délai de paiement provisoire.

L'AMA demande en outre une règle sur la prescription relative au versement et à la perception.

Le *Concordat* propose que les intérêts moratoires prévus au 4^e alinéa, s'appliquent tant aux deux tranches de la compensation des risques provisoire qu'au paiement final de la compensation des risques définitive. Au 5^e alinéa il doit clairement ressortir du texte pour quelle période les assureurs doivent payer des intérêts.

Le parti libéral exige que l'expression " intérêts en vigueur sur le marché monétaire" soit remplacé par "intérêts bancaires". L'ASCP propose de fixer un taux unique pour les intérêts moratoires et rémunérateurs.

Article 12 Protection des données (nouveau 14)

L'AMA souligne le fait que les dispositions relatives à la protection des données doivent être également applicables à l'égard des tiers qui ont accès aux données relatives à la compensation des risques. Le *Concordat* propose une disposition supplémentaire sur l'organe de révision de l'institution commune.

Article 13 Litiges (nouveau 15)

L'AMA, la FPS, et, de manière détaillée, le TFA remettent en question la règle contenue dans le projet et critiquent en particulier la procédure d'opposition auprès de l'institution commune. Le fait que le projet ne contienne pas de dispositions sur la procédure administrative interne ni sur la procédure de droit administratif, est retenu par le TFA comme un défaut auquel il peut être remédié. Il s'agit de trouver une solution dans le sens de la création d'une commission de recours spéciale, préalable au TFA (voir également ci-dessus: explications partie B, p. 21)

Article 14 Mesures d'ordre
(nouveau 16)

L'AMA souhaiterait que soit prévue la possibilité de prendre d'autres mesures d'ordre pour les petites infractions. La FPS désire un examen de la règle en question. Vu l'importance de la compensation des risques liée à l'assurance-maladie sociale, le canton du TI estime appropriée la possibilité de sanctions prévues parmi lesquelles le retrait de l'autorisation de pratiquer n'est compris que comme ultima ratio.

Article 15 Disposition finale et entrée en vigueur
(nouveau 17)

Le *Concordat* demande de régler dans une disposition transitoire que la remise des données pour les années 1995 et 1996 doit résulter d'après la nouvelle et la vieille structure de risque. L'AMA désire une disposition transitoire pour la remise des données et la compétence.