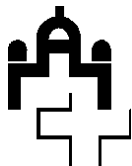


Nationalrat

Conseil national

Consiglio nazionale

Cussegl naziunal



05.055 e Pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base. Initiative populaire

Rapport de la sous-commission LAMal de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS) du 16 mai 2007

L'initiative populaire « Pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base » (05.055 e) a été déposée le 28 juillet 2004 sous la forme d'un projet rédigé. Elle demande notamment une assurance de base fondée sur la concurrence et une réduction du catalogue des prestations. Le Conseil fédéral recommande de rejeter l'initiative. Par décision du 25 septembre 2006, le Conseil des Etats recommande d'adopter le contre-projet proposé par sa commission et de rejeter l'initiative populaire.

Réunie le 2 novembre 2006, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) s'est penchée pour la première fois sur le projet et a institué une sous-commission.

Proposition de la sous-commission

La sous-commission propose, par 7 voix contre 3, d'adopter la version modifiée du contre-projet du Conseil des Etats qu'elle propose, et de rejeter l'initiative populaire. Une minorité propose de recommander de rejeter l'initiative populaire sans lui opposer de contre-projet.

Pour la sous-commission
Le co-président :

Felix Gutzwiller

Contenu du rapport
1) Situation initiale
2) Commentaire par article



1 Situation initiale

La commission a débattu à plusieurs reprises du projet du Conseil fédéral, la première fois le 2 novembre 2006. La commission voyait dans l'élaboration d'un contre-projet à cette initiative populaire l'occasion d'inscrire dans la Constitution les principes auxquels obéira à l'avenir l'organisation de l'assurance-maladie. Se fondant sur le contre-projet du Conseil des Etats, qui vise pour l'essentiel à entériner la situation actuelle dans la Constitution, elle a élargi la base constitutionnelle afin de permettre une plus grande concurrence et une meilleure coordination dans le domaine de la santé publique. Il s'agit en particulier d'inscrire au niveau constitutionnel les innovations prévues par les projets de révision de la LAMal en cours. A l'avenir, le système devra être piloté de manière accrue en fonction des critères de la transparence, de l'efficacité et de la qualité, ce qui, à moyen terme, réduira d'autant l'importance des frontières cantonales. Enfin, le contre-projet servira de fondement à d'autres aspects importants de la réforme, telles que la liberté de contracter entre fournisseurs de prestations et financeurs ou encore un système de financement moniste. L'accent sera ainsi mis sur le rôle de régulateur, plutôt que de fournisseur de prestations, de l'Etat.

Le 2 novembre 2006, la commission a institué une sous-commission chargée d'examiner la question de manière approfondie. La sous-commission était composée de Mesdames et Messieurs *Gutzwiller, Wehrli, Borer, Bortoluzzi, Fehr Jacqueline, Humbel Näf, Maury Pasquier, Rossini, Ruey, Stahl et Teuscher*. Après sa séance constitutive du 11 décembre 2006, la sous-commission s'est réunie trois fois (les 9 janvier, 22 janvier et 21 février 2007). La sous-commission s'est d'abord demandée si une modification de la Constitution devait être réalisée dans le cadre de la présente initiative populaire, ou plutôt dans le cadre de l'initiative parlementaire du groupe radical-libéral (06.444 Dispositions constitutionnelles relatives à la santé. Cadre libéral et collaboration entre la Confédération et les cantons). Elle a décidé d'asseoir la discussion par article sur le contre-projet du Conseil des Etats. Une discussion sur le fond a mené à l'ajout d'éléments essentiels dans le contre-projet : il s'agit ainsi de créer la base constitutionnelle pour un organe qui coordonne les activités de la Confédération et des cantons dans l'organisation du système de santé au niveau suisse. Cela permettrait de planifier et de gérer les soins de santé même au plan national sans devoir modifier sur le fond la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons s'agissant du système de santé. Par ailleurs, il est clair pour la sous-commission que le domaine de la santé publique doit reposer sur la concurrence entre fournisseurs de prestations et entre assureurs, et qu'il faut donc introduire la liberté de contracter dans les domaines ambulatoire et hospitalier. Dans les deux cas, les assureurs doivent avoir le droit de conclure des contrats avec les fournisseurs de prestations qui offrent le meilleur rapport prix-prestation. La concurrence entre les hôpitaux doit s'étendre à toute la Suisse : les patients auraient le droit de choisir sur l'ensemble du territoire un hôpital ayant conclu un contrat avec leur assurance. Enfin, il convient d'adopter le mandat constitutionnel visant à introduire un système de financement moniste. Les cantons verseront à l'avenir leur participation à des traitements en milieu hospitalier non plus aux établissements hospitaliers, mais aux assureurs, afin que les prestations soient indemnisées par la même entité. C'est seulement lorsque les mêmes conditions existeront dans les domaines ambulatoire et hospitalier qu'existera une véritable concurrence, sans distorsions.

Le 21 février 2007, la sous-commission a adopté la contre-proposition ainsi modifiée, par 7 voix contre 3. Une **minorité** propose de recommander le rejet de l'initiative populaire sans lui opposer de contre-projet. L'élaboration d'une nouvelle disposition constitutionnelle est en effet une tâche complexe qui ne doit pas être accomplie sous la pression de l'échéance du délai imparti pour le traitement de l'initiative populaire. Par ailleurs, la minorité estime que la nouvelle disposition constitutionnelle ne devrait pas s'inspirer du texte de l'initiative de l'UDC. En effet, si la commission entend véritablement mener une discussion sur une nouvelle répartition constitutionnelle des



compétences entre la Confédération et les cantons dans le domaine des soins, c'est à partir de l'initiative parlementaire du groupe radical-libéral (06.444) qu'il convient de le faire, en veillant à impliquer les cantons en amont puisqu'ils seraient concernés au premier chef par les réformes envisagées.

La minorité rejette également les propositions de la sous-commission sur le fond. Elle se déclare hostile à l'orientation générale du projet, à savoir au renforcement des éléments de concurrence au détriment des éléments de planification, car cela remettrait en question le principe même du libre accès à des soins de qualité. Elle s'oppose en outre fermement à l'idée de créer un organe commun à la Confédération et aux cantons pour gérer le domaine de la santé : une telle mesure reviendrait à préparer de manière déguisée la privatisation de ce dernier. La minorité rejette tout aussi clairement l'élaboration d'une disposition constitutionnelle visant à mettre en place un système de financement moniste et l'abrogation de l'obligation de contracter.

2 Commentaire par article¹

Titre et préambule

Le contre-projet s'intitule: « *Pour un système de soins plus efficace et de meilleure qualité grâce à une concurrence accrue* ». Il est ainsi clairement exprimé qu'à l'avenir le marché de la santé devra offrir davantage d'éléments de concurrence que ce n'est le cas dans le système actuel.

Article constitutionnel 117

Alinéa 1

Si l'assurance-maladie doit être réglementée matériellement de manière nouvelle et plus détaillée, cela a pour conséquence qu'un article séparé doit être élaboré. Seule l'assurance-accidents sera encore réglée à l'art. 117. La proposition reprend sans modification le contenu de l'actuel art. 117 Cst. Il est ainsi possible de maintenir en l'état la réglementation de l'assurance-accidents actuellement en vigueur (assurance obligatoire pour les personnes exerçant une activité lucrative dépendante; cf. art. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, LAA, RS 832.20).

Alinéa 2

Selon le droit en vigueur, le législateur a non seulement déclaré l'assurance-accidents obligatoire pour les personnes exerçant une activité lucrative dépendante, mais a encore réglementé d'autres domaines de l'assurance-accidents. Il a ainsi rendu l'assurance facultative pour les personnes exerçant une activité lucrative indépendante (cf. art. 4 LAA) et a admis la possibilité de l'assurance par convention (cf. art. 3, al. 3, LAA). Cela montre que le législateur a fait de la compétence qui lui a été conférée un usage qui ne se réduit pas à la première décision mentionnée. L'article constitutionnel proposé ne change rien à ce pouvoir du législateur.

Article constitutionnel 117a

Alinéa 1

Première phrase

¹ Pour ce qui concerne la version du Conseil des États du 25 septembre 2006, consulter également les commentaires de M. Ueli Kieser figurant dans le rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États du 12 septembre 2006



La formulation est équivalente à celle de l'actuel art. 117 Cst. et en accord avec les autres articles constitutionnels relatifs aux diverses branches des assurances sociales.

Cette disposition a pour objet l'"assurance-maladie" en tant qu'assurance sociale. Au premier plan, figure l'assurance des soins proprement dite. La disposition constitue également la base légale pour une éventuelle assurance d'indemnités journalières selon le droit des assurances sociales. L'article se situe dans la section de la Constitution qui traite des compétences de la Confédération en matière de "logement, travail, sécurité sociale et santé" (titre 3, chapitre 2, section 8). Cela indique clairement – d'un point de vue systématique – qu'il ne régit que l'assurance-maladie sociale. La disposition ne couvre donc pas les assurances complémentaires de droit privé, au rang desquelles figurent également les assurances d'indemnités journalières, régies par le droit des assurances privées. Celles-ci sont déjà fondamentalement distinguées de l'assurance-maladie sociale dans le système actuel et ne sont pas couvertes par l'actuel art. 117 Cst. La présente proposition n'aborde donc pas l'organisation des assurances complémentaires. Les assurances complémentaires conservent ainsi leur importance et s'ajoutent à l'assurance de base telle qu'elle est régie par le présent article constitutionnel.

Deuxième phrase

La deuxième phrase délimite – avec la troisième – l'objet de l'assurance-maladie. Il s'agit de distinguer l'assurance des soins (que la Confédération doit de toute façon réglementer) et l'assurance d'indemnités journalières (à propos de laquelle la Confédération peut, le cas échéant, renoncer à légiférer).

La deuxième phrase présente une liste des domaines de prestations déterminants, soit: la maladie, l'accident, la maternité et la dépendance. Dans le cadre de l'assurance des soins, la Confédération doit légiférer dans les domaines « maternité » et « maladie », ce dernier englobant à l'heure actuelle la prévention, la promotion de la santé et l'interruption de grossesse. Par contre, elle ne doit pas légiférer dans les domaines « accident » et « dépendance ». Cette marge de manœuvre est particulièrement importante dans le cas de la dépendance; elle peut l'être également dans le domaine de l'accident, notamment si le législateur souhaitait p. ex., se fondant sur l'art. 117 Cst., rendre l'assurance-accidents obligatoire pour l'ensemble de la population. Dans cette hypothèse, il serait inutile de prévoir des dispositions complémentaires dans le cadre de l'assurance-maladie se fondant sur l'art. 117a Cst.

La deuxième phrase établit que l'assurance peut soit "prévoir" soit "fixer" des prestations. Cette formulation se réfère au système d'assurance-maladie et non aux assureurs particuliers. Elle ne préjuge pas non plus de la question de savoir si l'assureur octroie lui-même les prestations ou s'il prend en charge les coûts des prestations. Le législateur a ainsi toute latitude de retenir l'un ou l'autre, ou encore une combinaison, de ces deux systèmes. Le système existant (remboursement des coûts par l'assureur-maladie aux assurés ou rémunération directe des fournisseurs de prestations sur la base de conventions) peut dès lors être maintenu en l'état.

Concernant les domaines de la maladie et de la maternité: l'actuelle loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10) établit déjà que l'assurance-maladie offre des prestations dans ces deux domaines, s'agissant également selon la législation en vigueur d'une obligation (cf. art. 1a, al. 2, LAMal: "L'assurance-maladie sociale alloue des prestations"). La mention de ces deux domaines de l'assurance des soins est importante, parce que l'assurance-maladie doit prendre en charge les risques dans ce domaine. C'est pour cette raison également que la maternité doit être explicitement mentionnée: l'assurance-maladie doit octroyer des prestations en cas de maternité bien que celle-ci ne soit pas une maladie. La couverture en cas d'accident devrait également être prise en compte, par exemple si la Confédération ne rend pas l'assurance-accidents obligatoire pour



l'ensemble de la population. La couverture du risque d'accident dans le cadre de l'assurance-maladie doit cependant – comme c'est le cas aujourd'hui – faire l'objet de dispositions légales, car une couverture complète de ce risque pourrait d'ores et déjà être garantie en vertu de l'art. 117 Cst.

La formulation de la disposition stipule que l'assurance des soins doit en tout cas prévoir des prestations pour les domaines de la maladie et de la maternité. Il ne s'agit donc pas d'une disposition potestative, ce qui représente une garantie importante au regard d'une véritable couverture sociale.

Concernant le domaine de la dépendance: une situation de dépendance peut survenir sans pour autant relever du domaine de la maladie, de l'accident ou de la maternité, en particulier lors de la vieillesse. L'assurance des soins peut avoir pour objet d'allouer des prestations dans une telle situation ou de prendre en charge les coûts relatifs à de telles prestations. Le financement de ces prestations dépend de l'al. 3 de l'article, un système de primes complémentaires (p. ex. pour les personnes de plus de 50 ans) pouvant par exemple être aménagé.

Le domaine de la dépendance ne doit pas nécessairement être réglementé dans le cadre de l'assurance des soins. Il s'agit là d'une disposition potestative, qui laisse une certaine marge de manœuvre au législateur. Celui-ci – et pour autant qu'il souhaite adopter une réglementation – peut ainsi prévoir des prestations pour les situations de dépendance aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'assurance des soins.

Troisième phrase

Concernant l'assurance d'indemnités journalières: l'assurance-maladie ne doit pas nécessairement comprendre une assurance d'indemnités journalières, même si le droit actuellement en vigueur prévoit une réglementation à ce propos (cf. art. 1a, al. 1, LAMal). La troisième phrase ne contient aucun principe matériel relatif à l'aménagement d'une éventuelle assurance d'indemnités journalières, de sorte que le législateur garde toute latitude à ce sujet; l'al. 2, let. b, qui traite des critères auxquels doivent satisfaire les prestations, ne se rapporte en conséquence qu'à l'assurance des soins et non à l'assurance d'indemnités journalières. Il n'en demeure pas moins expressément établi – à l'al. 2, let. a – que la Confédération peut déclarer l'assurance d'indemnités journalières obligatoire. Si elle ne l'a pas prévu dans le droit actuellement en vigueur, c'est une possibilité constitutionnelle qui demeure ouverte.

Article 117a

Alinéa 1bis

Les principes d'une médecine de haute qualité et (en complément à l'al. 2, let. b) d'une garantie du caractère économique en ce qui concerne la fourniture des soins sont désormais ancrés dans la Constitution et, par analogie avec l'art. 61a (art. constitutionnel sur la formation), la Confédération et les cantons sont soumis ensemble à cette obligation. Comme il ressort clairement du passage "dans les limites de leurs compétences", cette disposition n'a pas pour résultat d'attribuer à la Confédération de nouvelles compétences en matière de fourniture de soins; celle-ci demeure de la compétence des cantons. La 1^e phrase de l'al. 1bis doit simplement être interprétée en ce sens que là où la Confédération agit directement ou de fait dans les limites de ses compétences sur l'offre des soins (p. ex. via la LAMal ou la LAA ou éventuellement aussi via la législation sur la formation professionnelle; voir cependant l'al. 2, let. b suivant), les aspects de la qualité et du caractère économique doivent être pris en considération. D'après la 2^e phrase, la Confédération et les cantons doivent coordonner leurs efforts. Afin que cette coordination soit garantie, - de nouveau par analogie avec l'art. 61a – il est prévu de créer un organisme commun regroupant des représentants de la Confédération et des cantons. D'autres dispositifs peuvent également être envisagés et ce afin de



laisser ouvertes toutes les formes de collaboration possibles de droit public et de droit administratif. Les tâches et les compétences d'un organe commun doté de compétences de décision et de fonctions législatives doivent être fixées au niveau de la loi ainsi que, au niveau des cantons, par concordat.

Alinéa 2

L'al. 2 établit les principes matériels de l'organisation de l'assurance-maladie. Il n'est la source d'aucune compétence, le principe de la compétence de la Confédération étant en effet directement établi à l'al. 1. Le but de l'al. 2 est d'énoncer les principes que la législation doit respecter. Il s'agit de formulations qui, pour certaines d'entre elles, s'accordent aux autres articles constitutionnels traitant des diverses branches des assurances sociales (p. ex. l'art. 112 ou l'art. 113 Cst.).

D'un point de vue terminologique, la disposition utilise les désignations suivantes:

- assurance-maladie/assurance: le système dans son ensemble, à savoir l'assurance-maladie en tant que composante des assurances sociales;
- assureur-maladie/assureur: les assureurs qui fournissent les prestations de l'assurance-maladie sociale (cf. art. 11 LAMal);
- soins: le domaine du traitement médical (à savoir le traitement en cas de maladie, d'accident, de maternité et de dépendance, pour autant qu'une prestation correspondante soit prévue dans la loi);
- assurance des soins: elle constitue la part de l'assurance-maladie qui couvre le traitement médical.

Au sujet de chacune des lettres de l'al. 2, il convient de noter les éléments suivants:

Lettre a

Première partie de la phrase

La première phrase reprend la teneur de l'actuel art. 117, al. 2, Cst. Cette formulation offre à la Confédération le choix entre trois modalités:

- l'assurance obligatoire pour l'ensemble de la population;
- l'assurance obligatoire pour certaines catégories de personnes;
- la renonciation à toute obligation.

Concernant l'assurance des soins, l'obligation de s'assurer pour l'ensemble de la population est le régime qui prévaut dans le système actuel (cf. art. 3 LAMal). Ce principe peut être reconduit sans modification. Concernant l'assurance d'indemnités journalières, la Confédération n'a pas instauré de régime obligatoire. Cette réglementation peut aussi être maintenue, la Confédération conservant toutefois la possibilité de déclarer l'assurance d'indemnités journalières obligatoire, de manière générale ou pour certaines catégories de personnes.

On notera également que la formulation et le classement systématique prennent ici modèle sur l'art. 113, al. 2, let. e, Cst. (concernant la prévoyance professionnelle).

Deuxième partie de la phrase

La deuxième phrase de la let. a établit la possibilité de choix des assurés dans l'assurance obligatoire. Le libellé de la disposition indique clairement que la possibilité de choix ne s'applique impérativement qu'à l'assurance des soins (et non à l'assurance d'indemnités journalières). La situation est en effet différente s'agissant de l'assurance d'indemnités journalières, parce qu'elle comprend également les assurances collectives selon le droit des assurances sociales conclues par un employeur, dans la mesure où les assurances collectives conclues par les employeurs viennent fréquemment restreindre la possibilité de choix de la personne assurée.



La possibilité de choix s'applique aux assureurs admis, la définition de ces derniers découlant de la let. d. Cette possibilité de choix est déjà en œuvre dans le droit en vigueur (cf. art. 4 LAMal); elle vise à favoriser la concurrence entre assureurs-maladie.

La garantie constitutionnelle du libre choix de la caisse-maladie s'applique en principe à toutes les personnes soumises à l'obligation de s'assurer. La loi peut néanmoins prévoir des exceptions pour les catégories de personnes qui, dans le domaine de l'assurance des soins, sont couvertes par une assurance collective et ne doivent pas avoir de liberté de choix. Les requérants d'asile peuvent en faire partie, mais le législateur pourrait prévoir de telles dispositions pour d'autres catégories de la population.

Lettre b

La Confédération détermine les prestations de l'assurance des soins. Désormais et en relation avec l'art. 117a, al. 1bis, la Confédération reçoit en outre de manière évidente la compétence d'édicter les principes d'une fourniture en prestations médicales à la population qui soit efficace, adéquate et économique. Ces critères sont déjà déterminants dans la législation actuelle (voir art. 32, al. 1, LAMal). La nouvelle compétence fédérale ne peut se rapporter qu'à la fourniture établie au travers des prestations de l'assurance-maladie car sinon elle outrepasserait le domaine d'application matériel de l'art. 117a.

Lettre c

La let. c représente un élément central dans l'énoncé des principes. Elle mentionne les critères généraux qui président à l'organisation et à la mise en œuvre de l'assurance-maladie. Ces critères s'adressent à l'ensemble des services, personnes et organismes mettant en œuvre l'assurance-maladie. À l'énoncé de ces critères dans la première phrase de la disposition fait suite, dans la deuxième phrase, une référence aux assurés.

La première partie de la phrase se réfère à la mise en œuvre de l'assurance-maladie. Cette notion est ici comprise dans un sens large: la mise en œuvre comprend le financement, le remboursement des prestations, les relations avec les fournisseurs de prestations et l'ensemble de la procédure. Trois critères fondamentaux sont mentionnés au niveau constitutionnel: l'efficacité, l'efficacé et la transparence. L'efficacité renvoie à divers aspects; il peut s'agir de la rapidité du traitement d'une demande de prestation ou de l'optimisation de la structure administrative des assureurs. Le critère de l'efficacé souligne la nécessité de mettre en œuvre l'assurance-maladie en visant toujours clairement la réalisation de son objectif, à savoir la protection des assurés dès la survenance du risque de maladie. Le critère de la transparence, enfin, consiste en ce que les personnes et les services chargés de l'exécution de l'assurance-maladie soient tous obligés d'agir d'une manière claire et accessible, en particulier du point de vue de la fourniture des prestations et de l'utilisation des moyens. Il revient au législateur de concrétiser ces critères, ce qui lui confère une marge de manœuvre supplémentaire. Des mesures en matière d'assurance qualité, par exemple, fondées sur les critères mentionnés dans la Constitution, peuvent être adoptées.

La deuxième partie de la phrase fixe que la concurrence en matière de qualité et de prix entre les fournisseurs de prestations et les assureurs est garantie. Cette disposition propose une base légale pour l'introduction de la liberté contractuelle dans un système de concurrence régulée. Elle n'exclut donc pas une régulation de la concurrence comme par exemple l'obligation d'assurance, ni les



éléments de planification dans certains domaines, ni la compensation des risques, ni le respect des principes généraux à la base d'une concurrence qui fonctionne équitablement ; elle donne toutefois un principe directeur de concurrence dans l'assurance-maladie sociale.

La troisième partie de la phrase concerne les assurés. L'enjeu est d'encourager la responsabilité individuelle, de manière analogue à ce qui se fait, par exemple, dans le régime de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité (cf. art. 111, al. 4, Cst.). Cette disposition faisant partie de l'article constitutionnel consacré à l'assurance-maladie, il s'ensuit clairement que c'est la responsabilité individuelle en matière d'assurance-maladie qui est ainsi encouragée. Le législateur peut prendre des mesures en ce sens (en matière de franchises, de quote-part ou de mesures de prévention).

Lettre d

La formulation s'appuie sur l'art. 113, al. 4, phrase 1 Cst., qui présente une disposition analogue relative aux institutions de prévoyance. La disposition laisse ouverte la question de savoir quelles sont les exigences minimales, leur spécification incombant au législateur. Celui-ci peut fixer, par exemple, que les assureurs ne peuvent réaliser de profit dans le domaine de l'assurance-maladie sociale (cf. art. 13, al. 2, let. a, LAMal).

Comme le prévoit l'al. 1, deuxième phrase, toute personne tenue de s'assurer peut librement choisir un assureur-maladie parmi ceux qui sont autorisés à pratiquer selon la let. d.

Les exigences minimales peuvent être définies de manière à ce que des entreprises d'assurance privées, en plus des caisses-maladie à proprement parler, puissent aussi être autorisées à pratiquer (cf. art. 11 LAMal). La disposition constitutionnelle laisse cette possibilité ouverte.

Puisqu'il s'agit d'exigences minimales, il s'ensuit que les assureurs qui les remplissent ont tout simplement le droit de pouvoir pratiquer l'assurance-maladie. La formulation de la let. d le souligne, en établissant que de tels assureurs "sont" autorisés.

Le libellé de la disposition mentionne le fait d'"exercer une activité dans le domaine de l'assurance-maladie", et non de "pratiquer" ou de "gérer" l'assurance-maladie (pour le choix de ces termes, cf. art. 11 et 13 LAMal). Il s'agit d'une formulation plus ouverte, qui met l'accent sur le rôle actif des assureurs-maladie et qui renferme l'idée que les assureurs développent le cas échéant (pour autant que la loi le permette) une activité dans des domaines particuliers de l'assurance-maladie.

Lettre e

Cette disposition a trait à l'admission des fournisseurs de prestations. Il s'agit d'une disposition centrale qui – si elle entend avoir un contenu matériel – rend certaines décisions indispensables. Le point de départ de la réglementation proposée consiste en l'idée que, dans le domaine de l'admission à fournir des prestations, il faut, d'une part, garantir une offre de soins de haute qualité et, d'autre part, faire jouer un rôle au moins partiel à la concurrence. Une difficulté particulière vient de ce qu'il s'agit de régler l'admission de différents fournisseurs de prestations, non seulement des médecins, mais aussi des hôpitaux par exemple. Cet élément milite en faveur d'une formulation ouverte.

À la différence de la let. d, la let. e fait mention de "conditions" et non d'"exigences minimales". Selon la let. d, l'assureur qui remplit les exigences minimales a le droit de pratiquer l'assurance-maladie (cf. chiffres marginaux 21ss). À l'inverse, les fournisseurs de prestations doivent, selon la let. e, remplir des conditions conçues de telle manière qu'elles renvoient explicitement au principe de



concurrence. L'admission au sens de la let. e est à ce titre fondamentalement différente de celle que vise la let. d. En ce sens, on ne saurait prétendre avoir, en vertu de la Constitution, un droit à pouvoir pratiquer à la charge de l'assurance-maladie. Les conditions doivent être satisfaites non seulement lors du commencement d'une activité à la charge de l'assurance-maladie, mais aussi durant toute la durée de l'activité, ce que souligne la formulation du texte.

Les conditions posées à l'admission des fournisseurs de prestations tiennent compte en premier lieu de l'objectif d'une offre de soins de haute qualité. Cet objectif s'impose déjà au système suisse d'assurance-maladie avec la législation actuelle (cf. FF 1992 I 163; ATF 123 V 305). Les fournisseurs de prestations jouant un rôle central dans le fonctionnement de l'assurance-maladie, il est judicieux de régler la poursuite de cet objectif au moyen de leur admission à pratiquer. Les conditions doivent être telles qu'elles permettent de parvenir à une offre de soins de haute qualité (par exemple en posant des exigences de qualité, de formation continue, etc.).

Il est expressément constaté que la concurrence doit jouer dans toute la Suisse. La concurrence ne doit pas être empêchée par des limitations régionales mais être appliquée selon les critères de la qualité et du caractère économique. Ainsi, le principe directeur qui a été appliqué par le Conseil national au niveau de la loi dans le cadre du projet de financement hospitalier – que la Commission du Conseil des Etats a à nouveau modifié lors de sa séance du 4 mai 2007 – est repris au niveau de la Constitution. Il ne s'agit ici pas seulement de la liberté du choix des fournisseurs de prestations dans l'ensemble du pays, mais aussi des influences existantes par des limitations régionales de la prise en charge des coûts. De tels empêchements doivent être supprimés. La référence au marché intérieur suisse ne signifie pas qu'il soit absolument exclu d'envisager des contrats transfrontaliers entre les assureurs et les fournisseurs de prestations.

Art. 117a Alinéa 3

La première phrase de l'alinéa pose le principe du financement de l'assurance des soins – mais pas de l'assurance d'indemnités journalières –, tandis que la seconde phrase établit la nécessité d'accorder des réductions de primes. C'est de l'"assurance des soins", et donc du financement du "système d'assurance-maladie" dont il est question ici, et non des "assureurs-maladie".

Première phrase

La première phrase cite comme moyens de financement, d'une part, les primes des assurés et leurs participations aux coûts, et, d'autre part, des contributions publiques. Il ne s'agit pas d'une énumération exhaustive des sources de financement autorisées ; des revenus de placements, des restitutions pour cause de traitement non économique ou des recettes provenant d'actions récursoires peuvent par exemple également contribuer au financement de l'assurance des soins.

Concernant les primes des assurés: les primes des assurés sont citées en premier. La notion de "primes" est préférable à celle de "contributions", puisqu'elle établit clairement qu'il est question de primes d'assurance. La notion de "contribution" serait trop équivoque et pourrait également désigner les participations aux coûts, lesquelles doivent être explicitement citées – notamment du fait de leur importance quantitative.

Concernant les participations des assurés aux coûts: elles représentent un élément essentiel du financement. Il convient donc, par analogie avec le droit actuellement en vigueur (cf. art. 61 et art. 64 LAMal, ainsi que titre marginal de la deuxième et de la troisième section), de mentionner la participation aux coûts (franchise et quote-part) en sus des primes.



Concernant les contributions publiques: l'al. 3 fait référence à "des contributions publiques". Le recours à l'article indéfini – alors qu'il est fait usage de l'article défini pour déterminer les primes et les participations aux coûts – vise à mettre en évidence le fait que la forme que prendront ces contributions publiques est laissée ouverte. Il peut s'agir de contributions de la Confédération ou des cantons. Selon le droit actuellement en vigueur, il s'agit par exemple des subventions cantonales aux hôpitaux (art. 49, al. 1, LAMal).

Il est clairement déterminé au niveau constitutionnel que les contributions publiques sont versées aux assureurs. Ainsi, la base constitutionnelle est créée pour le modèle de financement moniste. Dans un tel système, tous les moyens financiers (soit les primes et les contributions publiques) vont aux assureurs et un seul agent de remboursement (l'assureur) fait encore face à chaque fournisseur de prestations. Cela signifie un changement fondamental par rapport au système financier actuel, dans lequel la contribution cantonale en cas de traitements hospitaliers va à l'institution et non aux assureurs (cf. art. 49, al. 1, LAMal). La possibilité demeure ouverte que des contributions publiques (par exemple du canton ou de la commune) financent des structures résidentielles, en plus des contributions publiques versées directement aux assureurs. Cela peut avoir une importance, notamment dans le cas des établissements médicosociaux. De telles contributions publiques sont extérieures au système de financement de l'assurance-maladie et visent à financer des secteurs ne relevant pas de l'assurance-maladie.

Deuxième phrase

La deuxième phrase de l'al. 3 mentionne expressément la réduction des primes. Il ne s'agit pas d'une disposition potestative, mais d'une disposition impérative, qui fait de la réduction des primes un devoir de la Confédération. La situation économique des assurés doit être prise en considération lors de la mise en œuvre de la réduction des primes. D'autres aspects peuvent également être intégrés lors de la réglementation (par exemple la présence d'enfants), ce que le texte proposé met en évidence par l'utilisation du gérondif ("en tenant compte de").

Le principe que la réduction des primes ne relève pas seulement de la compétence de la Confédération, mais également de celle des cantons, est expressément établi dans la Constitution. Le droit en vigueur prévoit déjà que la réduction des primes concerne aussi bien la Confédération (cf. art. 66, al. 1, et art. 66a LAMal) que les cantons (art. 65 et 65a LAMal). La disposition constitutionnelle reprend ce système de double compétence.

Il convient par ailleurs de noter que cette compétence commune de la Confédération et des cantons sera maintenue dans le cadre de la législation d'exécution de la RPT (réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons); elle y est en effet considérée comme une "tâche commune" à la Confédération et aux cantons (cf. FF 2005 6235ss; pour la délibération parlementaire au Conseil des États, cf. BO 2006 E 157ss).

Les réductions de primes ne font pas partie des contributions de droit public selon la 1^{ère} phrase de l'al. 3. Le texte de la disposition le met clairement en évidence. C'est pourquoi il n'est pas fixé de manière contraignante que les réductions de primes sont versées aux assureurs; d'autres solutions (comme le versement des réductions de primes aux assurés) sont ainsi possibles.