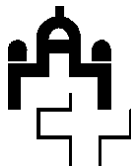


Ständerat

Conseil des États

Consiglio degli Stati

Cussegl dals stadis



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

Rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du 12 septembre 2006

La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (CSSS-E) a examiné le projet du Conseil fédéral « Pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base. Initiative populaire » (05.055 é) lors des séances qu'elle a tenues les 30 août 2005, 23 janvier, 29 et 30 mai, et 12 et 13 septembre 2006.

L'initiative populaire 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 restriction du catalogue des prestations. Le Conseil fédéral recommande le rejet de l'initiative.

Proposition de la commission

La commission propose de suivre la recommandation du Conseil fédéral et de rejeter l'initiative. Par 6 voix contre 5, sans abstention, elle renonce en outre à présenter un contre-projet. La minorité (Altherr, Brändli, Langenberger, Forster, Frick) propose toutefois d'adopter le contre-projet qui a été élaboré et, en vertu de l'art. 105, al.1 de la loi sur le Parlement, de proroger d'un an, soit jusqu'au 28 janvier 2008, le délai imparti pour le traitement de l'initiative.

Rapporteur : Schwaller

Pour la commission :
La présidente

Erika Forster-Vannini



1 Situation initiale

La commission a débattu à plusieurs reprises du projet du Conseil fédéral – la première fois le 30 août 2005, en auditionnant le comité d'initiative. Elle a unanimement estimé que le texte de l'initiative populaire contenait des éléments qu'il est politiquement impossible d'appliquer à l'heure actuelle. La question s'est toutefois posée de savoir si l'art. 117 Cst. sur l'assurance-maladie et l'assurance-accidents n'était pas rédigé de manière trop générale en comparaison des autres normes de compétence de la Constitution fédérale. La commission voyait dans l'examen de cette initiative populaire une occasion d'introduire dans la Constitution, par la formulation d'un contre-projet, des principes fondamentaux sur l'assurance-maladie et l'assurance-accidents qui devraient guider l'organisation de ces assurances sociales.

Au début des discussions, une majorité était d'avis qu'il ne fallait pas élaborer une révision de la Constitution parallèlement aux révisions en cours de la loi sur l'assurance-maladie (04.032, Liberté de contracter, 04.034, Participation aux coûts, 04.061, Financement hospitalier et compensation des risques, 04.062, *Managed Care*, 05.025, Financement des soins), et que les bases constitutionnelles en vigueur donnaient une marge de manœuvre suffisante au législateur. Cette majorité estimait que l'aménagement de la loi sur l'assurance-maladie constituait le cadre approprié à la discussion de la maîtrise des coûts de la santé, objectif que personne ne conteste. Mais au fil des débats, une majorité de la commission en est venue à la conclusion qu'un contre-projet direct, qui devrait être proposé au peuple en votation, pourrait former une base essentielle pour l'organisation future de l'assurance-accidents et de l'assurance-maladie.

Lors de sa séance des 29 et 30 mai 2006, la commission a institué une sous-commission comprenant Messieurs *Brändli*, *Altherr* et *Stähelin*. Le groupe socialiste a renoncé à y participer. La sous-commission a mandaté Monsieur Ueli Kieser, avocat et privat-docent pour le droit des assurances sociales, pour l'élaboration d'une proposition de texte et d'un commentaire selon ses directives. La sous-commission s'est réunie à trois reprises pour rédiger un projet, qui a été discuté pour la première fois par la commission à sa séance du 22 août 2006. La commission a alors proposé une modification du texte en vue de son adoption définitive.

Le 12 septembre 2006, à l'issue d'un vote très serré, la commission s'est finalement prononcée contre la présentation du contre-projet. Cependant, elle a décidé de soumettre à son conseil, au moyen du présent rapport, les commentaires accompagnant la proposition de la minorité.

La minorité de la commission regrette qu'il ne soit plus possible, pour des raisons de temps, de mettre le contre-projet en consultation. D'après l'art. 100 de la loi sur le Parlement, l'Assemblée fédérale dispose d'un délai de 30 mois pour traiter une initiative populaire à compter du jour où elle a été déposée, en l'espèce jusqu'au 28 janvier 2007. Le délai peut être prolongé d'un an au cas où un conseil décide d'un contre-projet et que l'Assemblée fédérale vote la prolongation du délai. Afin que la commission du Conseil national ait aussi le temps de délibérer, le projet doit être soumis au Conseil des États à la session d'automne 2006 au plus tard. La minorité de la commission est toutefois convaincue que la Constitution ne peut être modifiée sans la participation de larges cercles et prie par conséquent la commission du Conseil national de procéder à une consultation ordinaire. Une éventuelle prolongation d'un an laisserait suffisamment de temps à cet effet.

2 Réflexions fondamentales

(1) Les chiffres marginaux entre parenthèses renvoient au commentaire d'Ueli Kieser.



2.1 Scinder l'assurance-maladie et l'assurance-accidents en deux dispositions constitutionnelles distinctes

- (2) Proposition est faite d'introduire un article constitutionnel spécialement consacré à l'assurance-maladie et, partant, de scinder l'assurance-accidents et l'assurance-maladie en deux articles constitutionnels distincts. Dans cette proposition, l'article traitant de l'assurance-accidents reprend sans modification le contenu de l'article existant ; la formulation de l'article sur l'assurance-maladie est en revanche entièrement modifiée, reprenant à nouveaux frais les principes matériels déterminants.

Les considérations suivantes conduisent à séparer la réglementation de ces deux branches des assurances sociales en deux articles constitutionnels distincts. Un premier élément déterminant est la décision du législateur de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population résidente, alors que l'assurance-accidents n'est obligatoire que pour les personnes exerçant une activité lucrative dépendante ; ces deux assurances sociales font ainsi l'objet de perceptions très différentes au sein de la population. Le deuxième élément important est que la réglementation de l'assurance-maladie est beaucoup plus exigeante que ne l'est celle de l'assurance-accidents. Elle appelle des différenciations difficiles (par exemple entre ce qui relève et ne relève pas de la maladie) et soulève des questions délicates relatives à l'admission des fournisseurs de prestations. S'ajoute à cela le poids quantitatif bien plus important de l'assurance-maladie par rapport à l'assurance-accidents.

On peut dès lors s'en tenir, pour ce qui est de l'assurance-accidents, à la réglementation concise actuellement en vigueur. Pour ce qui est de l'assurance-maladie, en revanche, il semble approprié de fixer les principaux objectifs matériels au niveau constitutionnel. La disparité de situation initiale justifie ainsi une réglementation constitutionnelle en deux dispositions distinctes.

2.2 Délimiter l'assurance de base et l'assurance complémentaire dans l'assurance-maladie

- (3) Il s'agit de clarifier la relation entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire. D'après la conception qui prévaut jusqu'à présent, ces deux domaines sont clairement séparés. Alors que l'assurance de base est considérée comme une partie de l'assurance sociale, l'assurance complémentaire relève du domaine de l'assurance privée. L'assurance de base a ainsi par principe une portée générale et offre une bonne protection aux assurés. Les assurances complémentaires sont quant à elles importantes dans les domaines des prestations supplémentaires (p. ex. le droit d'être soigné par le médecin-chef en personne, de bénéficier de médicaments non remboursés par l'assurance de base ou de recourir aux méthodes de la médecine naturelle) ou des prestations hôtelières (avoir un meilleur choix de menus ou une chambre individuelle à l'hôpital, par exemple). La disposition constitutionnelle sur l'assurance-maladie ne règle que l'assurance de base. La présente proposition ne concerne donc nullement les assurances complémentaires, qui relèvent du droit privé.

2.3 Faire référence à la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT)

- (4) L'art. 48a, al. 1, let. h, Cst. (dans la version de l'arrêté fédéral du 3 octobre 2003 sur la RTP qui doit encore entrer en vigueur) prévoit que la Confédération peut donner force obligatoire générale à des conventions intercantionales ou obliger certains cantons à adhérer à des



conventions intercantionales dans le domaine de la médecine de pointe et des cliniques spéciales (cf. FF 2003 6035). Cette réglementation constitutionnelle est en lien avec l'article constitutionnel sur l'assurance-maladie et vient la compléter. Si la Confédération, en vertu de l'art. 48a Cst., venait à adopter une telle mesure, cela pourrait avoir des répercussions sur les contributions publiques fournies dans le cadre de l'assurance-maladie (cf. al. 3 de la présente proposition constitutionnelle).

On notera par ailleurs que le modèle prévu par le projet de RPT a des effets sur la réduction des primes (cf. chiffre marginal 37).

3 Article constitutionnel sur l'assurance-accidents (117 Cst.)

3.1 Texte

Al. 1

La Confédération légifère sur l'assurance-accidents.

Al. 2

Elle peut déclarer l'assurance-accidents obligatoire, de manière générale ou pour certaines catégories de personnes.

3.2 Commentaire

- (1) Si l'on entend modifier la réglementation de l'assurance-maladie (et la reformuler dans un article constitutionnel qui lui soit propre), il convient de traiter l'assurance-accidents dans un article distinct (cf. remarques introductives, chiffre marginal 2). 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).
- (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.

4 Article constitutionnel sur l'assurance-maladie (117a Cst.)

4.1 Texte

Al. 1

La Confédération légifère sur l'assurance-maladie. L'assurance-maladie comprend l'assurance des soins, laquelle prévoit des prestations en cas de maladie, d'accident et de maternité, et peut également fixer des prestations en cas de dépendance. Elle peut comprendre une assurance d'indemnités journalières.



Al. 2

Ce faisant, elle respecte les principes suivants :

- a. la Confédération peut déclarer l'assurance-maladie obligatoire, de manière générale ou pour certaines catégories de personnes ; pour l'assurance obligatoire des soins, les personnes tenues de s'assurer peuvent librement choisir un assureur-maladie parmi ceux qui sont autorisés ;**
- b. les prestations de soins doivent être efficaces, appropriées et économiques ; elles peuvent être consignées dans des listes ;**
- c. la mise en œuvre de l'assurance-maladie répond aux critères d'efficience, d'efficacité et de transparence ; la responsabilité individuelle des assurés est encouragée ;**
- d. sont admis à exercer une activité dans le domaine de l'assurance-maladie les assureurs qui satisfont aux exigences minimales fixées par le droit fédéral ;**
- e. les conditions posées à l'activité des fournisseurs de prestations à la charge de l'assurance-maladie tiennent compte des objectifs que sont une offre de soins de haute qualité et la concurrence.**

Al. 3

L'assurance des soins est financée par les primes et les participations aux coûts à charge des assurés ainsi que par des contributions publiques. La Confédération prévoit en outre, conjointement avec les cantons, des réductions de primes en tenant compte de la situation financière des assurés.

4.2 Commentaire

Al. 1

Première phrase

- (1) 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.
- (2) Cette disposition a pour objet l'« assurance-maladie ». Seule l'assurance des soins à proprement parler est visée ici, ainsi que – à la rigueur – l'assurance d'indemnités journalières. 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. 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 (cf. remarques introductives, chiffre marginal 3). 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

- (3) 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).
- (4) La deuxième phrase présente une liste des domaines de prestations déterminants, soit : la maladie, l'accident, la maternité et la dépendance. Cette énumération est exhaustive. La Confédération peut prévoir des réglementations légales pour ces différents domaines de prestations, sans toutefois y être obligée. L'aménagement au niveau législatif jouit ainsi d'une certaine marge de manœuvre. Celle-ci est particulièrement importante dans le cas de la dépendance ; elle peut l'être également dans le domaine de l'accident (si le législateur souhaitait par exemple rendre l'assurance-accidents obligatoire pour l'ensemble de la population).
- (5) La deuxième phrase établit que l'assurance peut « prévoir » 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 frais par les assureurs-maladie) peut dès lors être maintenu en l'état.
- (6) Concernant les domaines de la maladie, de l'accident et de la maternité : l'actuelle loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10) établit déjà que l'assurance-maladie prévoit des prestations en ces trois domaines, étant entendu qu'il s'agit là d'une obligation (cf. art. 1a, al. 2 LAMal : « L'assurance-maladie sociale alloue des prestations »). La mention de ces trois domaines de l'assurance des soins (et en particulier de l'accident) est importante, parce que l'assurance-maladie doit prendre en charge les risques dans ce domaine, par exemple si la Confédération ne rend pas l'assurance-accidents obligatoire pour l'ensemble de la population. 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 n'est pas une maladie.

La formulation de la disposition stipule que l'assurance des soins doit en tout cas prévoir des prestations pour les domaines de la maladie, de l'accident 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.

- (7) 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 (par exemple pour les personnes de plus de 50 ans) pouvant par exemple être aménagé (cf. également chiffres marginaux 31 ss).

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

- (8) 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 (cf. chiffre marginal 12).

Al. 2

- (9) 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 (par exemple l'art. 112 ou l'art. 113 Cst.).
- (10) 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 obligatoire (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.
- (11) Au sujet de chacune des lettres de l'al. 2, il convient de noter les éléments suivants :

Let. a

Première phrase

- (12) 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 phrase

- (13) 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, dans la mesure où les assurances collectives conclues par les employeurs viennent fréquemment restreindre la possibilité de choix de la personne assurée.
- (14) 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.
- (15) Il convient d'ajouter que la garantie constitutionnelle du libre choix de la caisse-maladie ne s'applique sans restriction qu'aux personnes soumises à l'obligation de s'assurer. Cela laisse une marge de manœuvre à l'égard des catégories de personnes qui, dans le domaine de l'assurance des soins, doivent être couvertes par une assurance collective (à savoir celles qui ne doivent pas avoir de liberté de choix). Les requérants d'asile peuvent en faire partie : le législateur a ici toute latitude de prévoir une exception au régime d'obligation (ainsi qu'à la possibilité de choix entre assureurs-maladie qui en résulte) et d'instaurer une couverture par le biais d'une assurance collective (sans possibilité de choix). Le législateur peut prévoir de telles réglementations pour d'autres catégories de la population.

Let. b

Première phrase

- (16) La première phrase fixe à quelles exigences doivent répondre les prestations de l'assurance des soins. Les critères fondamentaux sont l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique, déjà déterminants dans la législation actuelle (art. 32, al. 1, LAMal). Comme il n'est ici question que de l'assurance des soins, il est clair que la let. b ne concerne pas l'assurance d'indemnités journalières.

Deuxième phrase

- (17) La deuxième phrase reprend le principe des listes de prestations, qui a son importance dans le droit en vigueur. À l'heure actuelle, il s'agit en particulier de listes de médicaments, d'analyses ou encore de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques (cf. art. 52, al. 1, LAMal). D'autres listes contiennent diverses prestations à la charge ou non de l'assurance-maladie (cf. Annexe 1 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins ; RS 832.112.31).
- (18) La formulation de la deuxième phrase permet l'élaboration de listes négatives ou positives. Une liste positive mentionne de façon exhaustive les prestations fournies ou remboursées ; il



s'agit d'une pratique courante dans certains domaines (par exemple en ce qui concerne les prestations de médecine dentaire, cf. art. 31 LAMal).

- (19) En faisant explicitement figurer le principe des listes dans la Constitution, la disposition attache une importance particulière à cet outil de gestion des prestations. Elle permet aussi de faciliter la délimitation de l'assurance de base par rapport aux assurances complémentaires. En effet, les listes établissent clairement quelles prestations sont prises en charge ou non par l'assurance de base, ce qui définit également en retour le périmètre sur lequel les assurances complémentaires peuvent étendre leurs activités.

Let. c

- (20) 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 disposition couvre de la sorte l'ensemble des parties impliquées.

La première 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'efficace 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'efficace 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. 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. Demeure également ouverte la possibilité d'introduire le système de financement moniste. Dans ce système, tous les moyens de financement (c'est-à-dire les primes et les contributions publiques) vont à l'assureur-maladie ; les fournisseurs de prestations n'ont ainsi affaire qu'à un seul agent-payeur (soit l'assureur). On ajoutera que selon l'art. 5 des dispositions transitoires (projet de révision, deuxième paquet de révisions de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier), le Conseil fédéral est tenu de présenter, dans un délai de trois ans, un projet de loi sur le financement hospitalier à caractère moniste (FF 2004 5251). Un tel système doit indubitablement être considéré comme efficace et efficace.

La deuxième 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).



L'encouragement de la responsabilité individuelle pourrait aussi se rapporter à la protection de la santé de façon générale. Il conviendrait dans ce cas de compléter l'art. 118 Cst.

Let. d

- (21) La formulation s'appuie sur l'art. 113, al. 4, 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 assurances ne peuvent réaliser de profit dans le domaine de l'assurance de base (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.
- (22) Les exigences minimales peuvent être définies de manière à ce que des entreprises d'assurance privées puissent aussi être autorisées à pratiquer, en plus des caisses-maladie à proprement parler (cf. art. 11 LAMal). La disposition constitutionnelle laisse cette possibilité ouverte.
- (23) 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.
- (24) Le libellé de la disposition mentionne le fait d'« exercer une activité dans le domaine de l'assurance-maladie », et non de « pratiquer » ou d'« exercer » 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.

Let. e

- (25) 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.
- (26) 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 21 ss). 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.

- (27) 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.).
- (28) La disposition de la let. e fixe en second lieu que les « conditions » doivent tenir compte de la concurrence. Il est vrai qu'il existe entre l'idée de concurrence et celle de « conditions » à remplir une certaine tension. Cette disposition n'a ici pour fonction que de faire jouer la concurrence autant qu'elle s'avère utile. Si cela n'est pas souhaitable, il est tout à fait loisible au législateur de soumettre l'admission à d'autres conditions et d'accorder ainsi au principe de concurrence une moindre importance.
L'exigence est de « tenir compte » de l'objectif de la concurrence. Cette formulation est plus ouverte que celle qui voudrait, par exemple, que la concurrence ne soit « pas entravée ». La disposition proposée ne détermine pas quelle devrait être l'ampleur de cet « encouragement » et est ainsi compatible avec l'introduction de « conditions » étendues, susceptibles de ne laisser, de fait, que très peu de place à la concurrence (cf. chiffre marginal 29, au sujet de la planification hospitalière).
- (29) La planification hospitalière cantonale représente un domaine dans lequel – comme le terme de « planification » lui-même l'exprime – la concurrence a moins d'importance (cf. art. 39, al. 1, let. d et e, LAMal). La formulation ouverte de la let. e (« tiennent compte ») n'exclut toutefois pas la formulation de telles conditions. Il est possible d'avoir « tenu compte » de la concurrence même si le potentiel d'encouragement de la concurrence susceptible d'être mis en œuvre est tenu.

Al. 3

- (30) 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

- (31) 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.
La possibilité demeure également 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 médico-sociaux. 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.

- (32) 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 aussi être nommées – notamment du fait de leur importance quantitative.
- (33) 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.
- (34) 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).
- (35) Le destinataire des contributions publiques n'est pas explicitement défini au niveau constitutionnel. La règle actuelle – qui prévoit le versement des contributions aux prestataires et non aux assureurs en cas de traitement résidentiel – peut en principe être conservée. Mais lorsqu'il clarifiera ce point, le législateur devra tenir compte du fait que la mise en œuvre doit être efficiente, efficace et transparente (cf. al. 2, let. c, de la disposition proposée et le ch. 20).

Deuxième phrase

- (36) 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 »).
- (37) 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 6235 ss ; pour la délibération parlementaire au Conseil des États, cf. BO 2006 E 157 ss).



- (38) Les réductions de primes ne font pas partie des contributions publiques au sens de la première phrase de l'al. 3. Le libellé de la disposition l'établit clairement. En conséquence, les réductions de primes ne doivent pas nécessairement aller à l'assureur et d'autres systèmes sont admis (par exemple le versement aux assurés de la réduction des primes).