



Berne, le 13 décembre 2024

Harmonisation des prix pour les prestations selon la LAA et la LAMal

Rapport du Conseil fédéral
donnant suite au postulat 15.3797, CSSS-CN,
26 juin 2015

Table des matières

1	Texte du postulat.....	3
2	Historique.....	3
3	Assurance-maladie.....	3
3.1	Généralités.....	3
3.2	Cercle des personnes assurées.....	3
3.3	Primes des assurés.....	4
3.4	Tarifs dans l'assurance-maladie.....	4
3.4.1	Généralités.....	4
3.4.2	Tarifs ambulatoires de l'AOS.....	4
3.4.2.1	Valeurs cantonales du point tarifaire.....	5
3.4.2.2	Financement du traitement ambulatoire dans l'AOS).....	6
3.4.3	Tarifs stationnaires dans l'AOS.....	6
3.4.3.1	Financement des traitements stationnaires dans l'AOS.....	7
4	Assurances sociales fédérales.....	7
4.1	Généralités.....	7
4.2	Assurance-accidents en vertu de la LAA.....	8
4.3	Assurance-invalidité.....	8
4.4	Assurance militaire.....	9
5	Tarifs dans l'assurance-accidents.....	9
5.1	Généralités.....	9
5.2	Tarifs ambulatoires dans l'assurance-accidents.....	9
5.2.1	Valeurs du point tarifaire dans l'assurance-accidents.....	9
5.2.2	Financement du traitement ambulatoire dans l'assurance-accidents.....	10
5.3	Tarifs stationnaires dans l'assurance-accidents.....	10
5.3.1	Financement du traitement stationnaire dans l'assurance-accidents.....	10
6	Tarifs dans l'assurance-invalidité.....	11
7	Tarifs dans l'assurance militaire.....	11
8	Mesures possibles pour une harmonisation des prix.....	11
8.1	Synthèse des différences.....	11
8.2	Une branche d'assurance sociale unique pour les atteintes à la santé résultant d'une maladie ou d'un accident.....	12
8.3	Égalité de traitement des assurés en cas d'accidents durant les loisirs.....	13
8.4	Conclusion.....	14

1 Texte du postulat

Le texte du postulat 15.3797 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS-CN) est le suivant : *Le Conseil fédéral est chargé d'examiner de quelle manière et grâce à quelles mesures il serait possible d'harmoniser les prix des assurances sociales fédérales AA/AM/AI avec ceux de l'assurance obligatoire des soins et comment garantir l'égalité de traitement des assurés dans le domaine de l'assurance contre les accidents non professionnels. Il établira un rapport sur la question. Il n'existe aucune raison objective qui justifie que des prestations médicales soient remboursées à des tarifs différents, en fonction du payeur.*

2 Historique

Le postulat du 26 juin 2015 mentionné au ch. 1 a remplacé une motion déposée par l'ancien conseiller national Toni Bortoluzzi (14.3777, Egalité de traitement pour les accidents non professionnels). Cette motion chargeait le Conseil fédéral de garantir, conformément à l'art. 1 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1), la coordination et l'harmonisation de la structure tarifaire ainsi que l'égalité de traitement des assurés dans le domaine de l'assurance contre les accidents non professionnels (ANP). Si la motion a été retirée, c'est parce que le postulat 15.3797 de la CSSS-CN – rédigé par Ignazio Cassis – confiait au Conseil fédéral un mandat d'examen. Selon ce mandat, il s'agit d'examiner quelles mesures permettraient d'harmoniser les prix des assurances sociales fédérales de l'assurance-accidents (AA), de l'assurance militaire (AM) et de l'assurance-invalidité (AI) avec ceux de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et comment l'égalité de traitement des assurés dans le domaine des ANP pourrait être garantie.

Le 26 août 2015 le Conseil fédéral s'est déclaré prêt à établir un tel rapport. Il avait toutefois clairement indiqué à l'époque qu'il s'agissait d'une tâche délicate dans la mesure où deux branches d'assurances sociales différentes sur le plan systémique devaient être harmonisées. Le Conseil national a accepté le postulat le 22 septembre 2015.

3 Assurance-maladie

3.1 Généralités

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) régit l'assurance-maladie sociale. Celle-ci comprend l'AOS, qui prend en charge les coûts des prestations en cas de maladie, d'accident (subsidaire à la LAA) et de maternité ainsi qu'une assurance facultative d'indemnités journalières (art. 1a, al. 1, LAMal).

3.2 Cercle des personnes assurées

Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse (art. 3, al. 1, LAMal).

Harmonisation des prix pour les prestations selon la LAA et la LAMal

Les personnes tenues de s'assurer choisissent librement parmi les assureurs autorisés à pratiquer l'assurance-maladie sociale en vertu de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (loi sur la surveillance de l'assurance-maladie, LSAMal ; RS 832.12).

3.3 Primes des assurés

L'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés. Il prélève en principe des primes égales auprès de ses assurés (art. 61, al. 1, LAMal). Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient. Leur participation comprend une franchise, une quote-part et une contribution aux frais de séjour hospitalier (art. 64, al. 1, 2 et 5, LAMal et art. 103 et 104 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, OAMal ; RS 832.102).

La franchise prévue à l'art. 64, al. 2, let. a, LAMal s'élève à 300 francs par année civile (art. 103, al. 1, OAMal). Le montant maximal annuel de la quote-part au sens de l'art. 64, al. 2, let. b, LAMal s'élève à 700 francs pour les adultes et à 350 francs pour les enfants (art. 103, let. 2, OAMal).

3.4 Tarifs dans l'assurance-maladie

3.4.1 Généralités

Dans l'AOS au sens de la LAMal, les tarifs et les prix sont fixés dans des contrats (conventions tarifaires) conclus entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (liberté contractuelle). Dans certains cas réglés par la loi, les tarifs sont déterminés par l'autorité compétente. Les conventions tarifaires doivent être fixées d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurées de manière appropriée. Lorsqu'il s'agit de conventions conclues entre des fédérations, les organisations qui représentent les intérêts des assurés sur le plan cantonal ou fédéral sont entendues avant la conclusion (art. 43, al. 4, LAMal). En l'absence d'une convention tarifaire ou d'une révision d'une convention tarifaire nécessitant des adaptations, l'autorité compétente fixe elle-même le tarif (art. 43, al. 5 et 5^{bis} et art. 47, LAMal). Les tarifs et les prix sont déterminés en fonction de la rémunération des fournisseurs de prestations qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse (art. 43, al. 4^{bis}, LAMal).

La convention tarifaire doit être approuvée par le gouvernement cantonal compétent ou, si sa validité s'étend à toute la Suisse, par le Conseil fédéral. L'autorité d'approbation vérifie que la convention est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie (art. 46, al. 4, LAMal).

Si aucune convention tarifaire ne peut être conclue entre les fournisseurs de prestations et les assureurs, le gouvernement cantonal fixe le tarif, après avoir consulté les intéressés (art. 47, al. 1, LAMal).

3.4.2 Tarifs ambulatoires de l'AOS

Les prestations des fournisseurs de prestations dans le secteur ambulatoire sont facturées selon différents tarifs. Il existe différentes formes de tarifs (tarif à la prestation, tarif au temps consacré, tarif forfaitaire ou formes mixtes ; art. 43, al. 2, LAMal). Chaque prestation est évaluée à l'aide du point tarifaire ou d'un montant en francs. S'il s'agit d'une structure tarifaire à la

Harmonisation des prix pour les prestations selon la LAA et la LAMal

prestation, elle doit faire l'objet d'une convention uniforme pour toute la Suisse (art. 43, al. 5, LAMal). Si l'évaluation s'effectue au moyen du point tarifaire, celui-ci est encore multiplié par une valeur de point tarifaire cantonale ou nationale.

Depuis 2004, les **prestations médicales ambulatoires** prodiguées dans les cabinets de médecins et dans les hôpitaux sont facturées en règle générale selon la structure tarifaire à la prestation TARMED appliquée dans toute la Suisse. Chaque prestation de TARMED est assortie de points tarifaires. Les points tarifaires issus de la structure tarifaire sont ensuite multipliés par les valeurs du point tarifaire LAMal, qui varient selon le canton. La valeur du point tarifaire cantonale est approuvée ou, le cas échéant, fixée par l'autorité cantonale compétente.

Depuis 2013, le Conseil fédéral a la compétence de procéder à des adaptations de la structure tarifaire si celle-ci s'avère inappropriée et que les parties ne peuvent s'entendre sur une révision de la structure (art. 43, al. 5^{bis}, LAMal). Les partenaires tarifaires n'ayant pu s'entendre sur une proposition commune pour une structure tarifaire adaptée, le Conseil fédéral a fait usage de sa compétence subsidiaire pour la première fois en 2014 pour adapter la structure tarifaire TARMED. L'ordonnance correspondante est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2014.

En 2017, le Conseil fédéral a une nouvelle fois fait usage de sa compétence de réglementation selon l'art. 43, al. 5^{bis}, LAMal, les partenaires tarifaires n'ayant toujours pas trouvé d'entente concernant une révision de TARMED. Avec la modification de l'ordonnance correspondante, la structure tarifaire pour les prestations médicales ambulatoires TARMED, nécessitant une révision, a été adaptée puis fixée comme structure tarifaire uniforme sur le plan suisse à partir du 1^{er} janvier 2018.

3.4.2.1 Valeurs cantonales du point tarifaire

Les valeurs cantonales du point tarifaire peuvent varier selon les partenaires tarifaires. Dans le cas de TARMED, elles diffèrent également en fonction du fournisseur de prestations (médecins et hôpitaux) et des assureurs. C'est pourquoi les prix des prestations médicales ambulatoires dans l'assurance-maladie ne sont pas les mêmes pour tous les assurés. À titre d'exemple, le tableau ci-dessous indique les valeurs cantonales du point tarifaire négociées entre les médecins ambulatoires en pratique privée et les différentes communautés d'achats des assureurs au 1^{er} janvier 2024.

Canton	Valeur du point tarifaire LAMal en francs (au 1 ^{er} janvier 2024) ¹ par assureur		
	tarifsuisse	HSK	CSS
	0.89	0.89	0.89
AI	0.83	0.83	0.83
AR	0.83	0.83	0.83
BE	0.86	0.86	0.86
BL	0.91	0.91	0.91
BS	0.91	0.91	0.91
FR	0.91	0.91	0.91
GE	0.96	0.96	0.96
GL	0.83	0.83	0.83
GR	0.83	0.83	0.83
JU	0.96	0.96	0.94
LU	0.82	0.82	0.82
NE	0.91	0.91	0.91

¹ Source : www.newindex.ch

Harmonisation des prix pour les prestations selon la LAA et la LAMal

NW	0.86	0.86	0.86
OW	0.86	0.86	0.86
SG	0.83	0.83	0.83
SH	0.83	0.83	0.83
SO	0.84	0.85	0.84
SZ	0.82	0.82	0.82
TG	0.83	0.83	0.83
TI	0.93	0.93	0.93
UR	0.86	0.86	0.86
VD	0.94	0.94	0.94
VS	0.82	0.82	0.84
ZG	0.82	0.82	0.82
ZH	0.89	0.89	0.89

3.4.2.2 Financement du traitement ambulatoire dans l'AOS)

Les traitements ambulatoires sont entièrement pris en charge par les assureurs maladie. Les assurés doivent toutefois participer aux frais dans le cadre de la franchise et de la quote-part (art. 65, al. 2, LAMal et art. 103, OAMal).

3.4.3 Tarifs stationnaires dans l'AOS

Les traitements hospitaliers fournis dans les hôpitaux de Suisse sont facturés selon des structures tarifaires uniformes.

Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour et les soins à l'hôpital (art. 39, al. 1, LAMal) ou dans une maison de naissance (art. 29, LAMal), les parties à une convention conviennent de forfaits. En règle générale, il s'agit de forfaits par cas. Les forfaits sont liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les partenaires à une convention peuvent convenir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne sont pas comprises dans le forfait mais facturées séparément. Les tarifs hospitaliers sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse (art. 49, al. 1, LAMal).

Dans le domaine des soins somatiques aigus, les décomptes sont effectués à l'aide du système tarifaire SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups). Ces groupes de cas par diagnostic constituent dans le domaine de la santé un système uniforme de forfaits par cas attribués sur la base de divers critères, tels que les diagnostics, les procédures et les caractéristiques des patients. Les différents cas sont classés dans un groupe de cas en fonction des critères précités. Chaque groupe de cas se voit attribuer des coûts relatifs (« cost weight »). Cette valeur exprime le rapport avec les coûts d'un cas normal ayant un *cost weight* de 1.0. Les coûts relatifs du cas sont ensuite multipliés par le prix de base de l'hôpital traitant et correspondent à la rémunération du cas. Dans certaines circonstances (p. ex. lors de transferts), les coûts relatifs peuvent être ajustés vers le haut ou vers le bas, ou des rémunérations supplémentaires peuvent être décomptées pour des prestations complémentaires spéciales. En Suisse, le système des forfaits par cas SwissDRG et le nouveau financement hospitalier qui y est lié sont entrés en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

Dans les domaines stationnaires de la psychiatrie et de la réadaptation, les traitements sont décomptés au moyen des structures tarifaires TARPSY et ST Reha. Ces structures tarifaires

Harmonisation des prix pour les prestations selon la LAA et la LAMal

fonctionnent selon le même principe de base que le système tarifaire SwissDRG, à la différence toutefois qu'il ne s'agit pas de forfaits par cas, mais de forfaits journaliers. Les cas ne sont pas classés dans des DRG, mais dans des PCG (*Psychiatric Cost Groups*) ou des RCG (*Rehabilitation Cost Groups*), et chaque jour de séjour additionnel génère des coûts relatifs supplémentaires. La rémunération d'un cas s'obtient en multipliant, dans le PCG ou le RCG concerné, les coûts relatifs journaliers applicables à la durée de séjour du cas par le nombre de jours de séjour et le prix de base de l'hôpital traitant.

Les prix de base des hôpitaux sont convenus entre les partenaires tarifaires ou fixés par le canton pour chaque établissement. Ils se basent sur un benchmarking des coûts normatifs par cas ou par jour (coûts d'un cas ou d'une journée de traitement avec des coûts relatifs de 1.0) des différents hôpitaux. Un critère d'efficacité est défini et permet de déterminer la valeur du benchmark. Celle-ci indique les coûts afférents à un cas ou à une journée de traitement standard se déroulant de manière efficace. C'est en se fondant sur cette valeur que les prix de base sont négociés pour les différents hôpitaux. Des différenciations tarifaires individuelles peuvent être effectuées pour un hôpital donné au moyen de suppléments ou de réductions.

Les cantons sont responsables de l'approbation ou, le cas échéant, de la fixation des tarifs hospitaliers stationnaires. Afin d'assurer un aperçu des différents tarifs, la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) met à disposition une liste synoptique des tarifs cantonaux. <https://www.gdk-cds.ch/fr/assurance-maladie/tarifs/tarifs-hospitaliers>.

3.4.3.1 Financement des traitements stationnaires dans l'AOS

Conformément à l'art. 49, al. 1, LAMal, les rémunérations des prestations hospitalières sont prises en charge par le canton et les assureurs, selon leur part respective (art. 49a, al. 1, LAMal). Chaque canton fixe pour chaque année civile, au plus tard neuf mois avant le début de celle-ci, la part cantonale qu'il prend en charge. Celle-ci doit s'élever à 55 % au moins (art. 49a, al. 2^{er}, LAMal). Les assurés participent aux coûts du séjour hospitalier dans le cadre de la franchise et de la quote-part (art. 64, al. 2 et al. 5, LAMal en relation avec les art. 103 et 104, OAMal).

4 Assurances sociales fédérales

4.1 Généralités

Sont désignées assurances sociales fédérales l'assurance-accidents selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20), l'assurance-invalidité selon la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI ; 831.20) et l'assurance militaire selon la loi fédérale sur l'assurance militaire (LAM ; RS 833.1).

Les principes tarifaires sont les mêmes pour tous les assureurs fédéraux. Étant donné que ce rapport de postulat doit non seulement présenter des mesures visant à harmoniser les prix des assurances sociales fédérales avec ceux de l'AOS, mais aussi garantir l'égalité de traitement des assurés dans le domaine de l'ANP, et que le postulat s'intitule en outre « Harmonisation des prix des prestations selon la LAA et la LAMal », l'accent est mis sur l'assurance-accidents en vertu de la LAA.

4.2 Assurance-accidents en vertu de la LAA

L'assurance-accidents obligatoire est une assurance de personnes. Par ses prestations, elle contribue à réparer les atteintes sur le plan sanitaire et financier que subissent les personnes assurées victimes d'accident ou souffrant d'une maladie professionnelle.

Sont assurés à titre obligatoire conformément à la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20) les travailleurs occupés en Suisse, y compris les travailleurs à domicile, les apprentis, les stagiaires, les volontaires ainsi que les personnes travaillant dans des écoles de métiers ou des ateliers protégés (art. 1a, al. 1, let. a, LAA). Les personnes au chômage sont également assurées à titre obligatoire selon la LAA (art. 1a, al. 1, let. b, LAA).

Les travailleurs à temps partiel occupés chez un employeur au moins huit heures par semaine sont également assurés contre les accidents non professionnels (art. 13, al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, OLAA ; RS 832.202). Les travailleurs dont la durée de travail hebdomadaire n'atteint pas huit heures au minimum sont assurés contre les accidents non professionnels auprès d'une caisse-maladie. En fonction de la durée du temps de travail hebdomadaire, les accidents non professionnels sont donc régis soit par la LAA, soit par la LAMal.

Les primes de l'assurance obligatoire contre les accidents et maladies professionnels sont à la charge de l'employeur (art. 91, al. 1, LAA). Les primes de l'assurance obligatoire contre les accidents non professionnels sont à la charge du travailleur (art. 91, al. 2, LAA).

4.3 Assurance-invalidité

En Suisse, l'assurance-invalidité est une assurance obligatoire pour tous. Son objectif est de permettre aux assurés invalides de subvenir eux-mêmes totalement ou partiellement à leurs besoins grâce à l'octroi de mesures de réadaptation. Le même but peut être atteint par l'octroi d'une rente (entière ou partielle), lorsqu'une (ré)insertion n'est pas envisageable ou seulement en partie. Il y a invalidité quand la personne ne peut pas exercer d'activité lucrative ou ne peut le faire que partiellement (ou qu'elle est incapable d'accomplir ses travaux habituels) en raison d'une atteinte dans sa santé physique, psychique ou mentale. L'atteinte à la santé peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Avant qu'une rente ne soit allouée, il faut que toutes les possibilités de réadaptation aient été examinées. Ainsi la réadaptation prime clairement l'octroi d'une rente.

Sont assurées selon la LAI les personnes qui, conformément aux art. 1a et 2 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS ; RS 831.10), sont assurées à titre obligatoire ou facultatif (art. 1b, LAI). Par conséquent, toutes les personnes qui résident en Suisse et toutes celles qui y exercent une activité lucrative sont obligatoirement assurées à l'AI.

Les personnes qui exercent une activité lucrative en Suisse et qui y sont assurées paient des cotisations à l'AI qui sont prélevées sur leur salaire. Dans certaines conditions, les personnes qui travaillent à l'étranger pour le compte d'employeurs établis en Suisse, entre autres, sont également tenues de cotiser (art. 3 à 12, LAI).

4.4 Assurance militaire

L'AM est une assurance de personnes qui prend en charge les coûts de traitement des atteintes à la santé (accidents et maladie) des personnes qui accomplissent un service obligatoire ou volontaire, ainsi que les conséquences économiques de ces atteintes à la santé. Durant le service, l'AM remplace l'AA et l'AOS.

L'AM assure les personnes suivantes contre la maladie et les accidents : les militaires de milice ou de carrière en service ou à la retraite, les personnes accomplissant un service de protection civile, les personnes accomplissant un service civil, quiconque participe à des actions de maintien de la paix et des bons offices de la Confédération et les membres du Corps suisse d'aide humanitaire (art. 1a, LAM).

L'assurance militaire est gratuite pour ses assurés à une seule exception. Les militaires professionnels paient une prime qui doit couvrir au moins 80 % des coûts résultant des soins en cas de maladie (art. 66b, LAM). Pour les accidents non professionnels, ils paient la même prime que les autres employés de la Confédération (art. 66c, LAM).

5 Tarifs dans l'assurance-accidents

5.1 Généralités

L'art. 56 LAA règle les tarifs médicaux applicables à l'assurance-accidents. Il est précisé par les art. 70 et 71 OLAA. Le système a une vocation nationale et repose sur le principe de liberté de négociation des tarifs entre assureurs LAA et fournisseurs de prestations, sans intervention de l'État. Pour préparer et conclure les conventions tarifaires ainsi que régler en commun des questions auxquelles pourraient être confrontés les représentants de l'assurance-accidents obligatoire au moment de fixer les tarifs médicaux, les assureurs ont institué la Commission des tarifs médicaux (CTM). Ce n'est qu'en l'absence d'une solution contractuelle que le Conseil fédéral édicte les prescriptions nécessaires après avoir consulté les parties (art. 56, al. 3, LAA). En l'occurrence, il peut soit formuler des principes généraux, soit fixer un tarif pour un cas concret.

5.2 Tarifs ambulatoires dans l'assurance-accidents

Comme c'est le cas pour l'AOS, les prestations médicales ambulatoires fournies dans les cabinets médicaux ainsi que dans les hôpitaux sont facturées depuis 2004 selon la structure tarifaire uniforme TARMED, qui est valable dans toute la Suisse. Dans l'AA, les tarifs médicaux sont définis pour toute la Suisse. Des valeurs du point tarifaire uniformes sont donc négociées dans le domaine ambulatoire à l'échelle nationale.

5.2.1 Valeurs du point tarifaire dans l'assurance-accidents

Pour les médecins libres praticiens, la valeur du point tarifaire s'élève actuellement à CHF 0.92, contre CHF 1.00 pour un traitement ambulatoire à l'hôpital.

5.2.2 Financement du traitement ambulatoire dans l'assurance-accidents

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur prescription de ces derniers, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'au traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital (art. 10, al. 1, let. a, LAA). Dans le domaine ambulatoire, l'assureur-accidents prend en charge l'intégralité des coûts des soins médicaux, sans aucune participation aux frais de la personne assurée.

5.3 Tarifs stationnaires dans l'assurance-accidents

Dans le domaine stationnaire, il revient à la CTM de négocier les tarifs hospitaliers de façon uniforme et pour tous les assureurs LAA en même temps. Le modèle de taxes hospitalières élaboré à cet effet sert de base aux conventions passées par les assureurs-accidents et les hôpitaux. Comme pour l'AOS, les décomptes concernant les prestations stationnaires de l'AA sont effectués avec le système SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups). Les autres tarifs stationnaires applicables dans le domaine de l'AA sont ST Reha (structure tarifaire stationnaire pour la réadaptation) et TARPSY (domaines de prestations stationnaires de la psychiatrie des adultes, des enfants et des adolescents).

5.3.1 Financement du traitement stationnaire dans l'assurance-accidents

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement, à la nourriture et au logement dans la division commune d'un hôpital (art. 10, al. 1, let. c, LAA). L'assureur-accidents prend en charge l'intégralité des coûts des soins médicaux pour un traitement stationnaire, sans participation aux coûts des pouvoirs publics cantonaux.

Dans le domaine stationnaire, il revient à la CTM de négocier les tarifs de façon uniforme et pour tous les assureurs LAA en même temps. Jusqu'à fin 2011, les taxes couvraient 80 % des coûts de fonctionnement imputables, hors frais d'investissement. Pour les patients provenant d'un autre canton, la taxe devait couvrir la totalité des coûts d'exploitation et d'investissement. Les cantons prenaient à leur charge la partie qui n'était pas assumée par les assureurs LAA.

À l'époque, les cantons avaient remis en question leur participation au financement des soins hospitaliers prodigués aux patients LAA. Ils considéraient particulièrement choquantes les subventions accordées à des assureurs privés à but lucratif étaient. De surcroît, la LAA ne contient aucune base légale régissant la participation des cantons aux frais de traitement des accidents. Les cantons estimaient par ailleurs que cette participation n'était pas adéquate, puisqu'ils n'avaient aucune compétence réglementaire dans le domaine du droit de l'assurance-accidents. Le but visé par les cantons, représentés par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), était d'aboutir à un financement des coûts complets du traitement des accidents, y compris les coûts d'investissement. Les cantons ne supporteraient ainsi plus que les coûts engendrés par la formation et la recherche, ainsi que par d'autres buts communautaires.

Pendant la révision de la LAA, les parlementaires ont déposé plusieurs interventions visant à supprimer la participation des cantons aux coûts des patients LAA hospitalisés. Compte tenu

Harmonisation des prix pour les prestations selon la LAA et la LAMal

du renvoi au Conseil fédéral du premier projet de révision de la LAA², les assureurs fédéraux (AA/AM/AI) ont conclu avec les cantons des conventions qui prévoyaient une réduction graduelle des subventions cantonales au financement des coûts hospitaliers des patients LAA. En 2012, ceux-ci s'élevaient encore à 10 % et il n'existe plus de participation cantonale depuis 2013.

6 Tarifs dans l'assurance-invalidité

L'art. 27 LAI règle les tarifs médicaux applicables à l'assurance-invalidité. Il est précisé par les art. 24^{quater} et 24^{quinquies} du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; 831.201). Le système a une vocation nationale et repose sur le principe de liberté de négociation des tarifs entre l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) et les fournisseurs de prestations, sans intervention de l'État. Si aucune convention n'est conclue, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) rend, sur proposition de l'OFAS ou du fournisseur de prestations, une décision sujette à recours afin de régler la collaboration des intéressés ainsi que les tarifs (art. 27, al. 6, LAI).

7 Tarifs dans l'assurance militaire

L'art. 26 LAM règle les tarifs médicaux applicables à l'assurance militaire. Il est précisé par les art. 13 ss. de l'ordonnance sur l'assurance militaire (OAM ; RS 833.11). Le système a une vocation nationale et repose sur le principe de liberté de négociation des tarifs entre l'assurance militaire et les fournisseurs de prestations, sans intervention de l'État. En l'absence de convention, le Conseil fédéral édicte les prescriptions nécessaires après avoir consulté les parties (art. 26, al. 3, LAM).

8 Mesures possibles pour une harmonisation des prix

8.1 Synthèse des différences

La même structure tarifaire, à savoir le TARMED, s'applique à l'assurance-accidents et à l'assurance-maladie pour le remboursement des soins médicaux ambulatoires. Comme pour l'AOS, les décomptes de l'AA sont effectués avec le système SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups). Les tarifs médicaux pratiqués dans l'assurance-accidents étant valables dans l'ensemble du pays, les valeurs du point tarifaire négociées dans le domaine ambulatoire sont les mêmes dans toute la Suisse. Il en va différemment dans l'assurance-maladie, où les valeurs du point tarifaire sont convenues par les sociétés cantonales de médecins et les assureurs, et approuvées par l'autorité cantonale compétente. Les valeurs du point tarifaire varient donc d'un canton à l'autre. Cela s'explique principalement par les différences de coûts structurels et salariaux entre les cantons. La valeur d'un point tarifaire oscille dans une fourchette allant de CHF 0.82 à CHF 0.96.

Cela signifie que les prix diffèrent déjà au sein du domaine de l'AOS. Les coûts d'un traitement ambulatoire varient fortement d'un canton à l'autre et parfois aussi selon les fournisseurs de

² FF 2008 4877

prestations ou les assureurs, en fonction de la valeur du point tarifaire appliquée. Il est difficile, voire impossible, de viser une harmonisation des prix pratiqués dans l'assurance-maladie et l'assurance-accidents, s'il existe déjà des différences de prix au sein d'une même branche d'assurance sociale, en l'occurrence l'assurance-maladie. Ces écarts de prix reposent en outre sur des différences d'ordre systémique dans les deux domaines de l'assurance sociale. Il faut souligner que la divergence de concept entre la réglementation uniforme à l'échelle nationale prévue dans la LAA et la souveraineté cantonale voulue par la LAMal constitue la différence la plus marquante.

8.2 Une branche d'assurance sociale unique pour les atteintes à la santé résultant d'une maladie ou d'un accident

Pour pouvoir uniformiser les prix des traitements ambulatoires ou stationnaires, il faudrait qu'une seule assurance sociale prenne en charge les atteintes à la santé résultant d'une maladie ou d'un accident. L'assurance-accidents en vertu de la LAA est une assurance obligatoire pour les travailleurs, alors que la LAMal concerne toutes les personnes domiciliées en Suisse. Cela signifie donc que l'assurance-accidents en vertu de la LAA devrait être supprimée et que la LAMal devrait traiter à l'avenir les atteintes à la santé dues à une maladie et aussi toutes celles consécutives à un accident. Par conséquent, les accidents survenant durant les loisirs devraient également être pris en charge dans le cadre de la LAMal. Autre option, créer une nouvelle branche d'assurance sociale qui prendrait en charge les atteintes à la santé imputables à une maladie ou à un accident et couvrirait éventuellement d'autres risques, comme le chômage.

Le motif principal de la création de l'assurance-accidents obligatoire en vertu de la LAMal fut le remplacement du système de responsabilité par celui de l'assurance. Ainsi le travailleur victime d'un accident eut un droit direct sur les prestations de l'assurance-accidents qui remplaçait les droits souvent peu sûrs et litigieux découlant de la responsabilité ; en contrepartie, la responsabilité civile spéciale des fabriques fut abrogée et la responsabilité générale pour faute de l'employeur fut limitée. L'expérience a largement démontré les avantages du système d'assurance sur les réglementations de la responsabilité, si bien que le principe de la protection directe du travailleur contre les accidents, qui est aussi reconnu d'une manière générale sur le plan international, n'a plus besoin d'être justifié de manière particulière. (Message du 18 août 1976 à l'appui d'un projet de loi fédérale sur l'assurance-accidents, FF **1976** III 162).

Par ailleurs, l'indemnisation des frais de traitement dans l'assurance-accidents est perçue comme un investissement visant à éviter des prestations de rentes et d'indemnités journalières. Aussi l'assurance-accidents a-t-elle impérativement besoin du soutien des fournisseurs de prestations. Afin d'éviter autant que possible des rechutes coûteuses, l'assurance-accidents poursuit une stratégie privilégiant la qualité du traitement, un aspect moins mis en avant dans le domaine de l'assurance-maladie. Dans l'assurance-maladie, l'assureur actuel est toujours compétent en cas de rechutes, alors que pour l'assurance-accidents, le même assureur est aussi responsable en cas de rechutes et de séquelles tardives dues à l'accident en question. Cette distinction peut tout à fait justifier une valeur de point tarifaire plus élevée pour le domaine de l'AA, si l'on considère que seuls les cantons avec une valeur de point tarifaire inférieure à CHF 0.92 présentent des tarifs plus avantageux dans le domaine de l'AOS que dans celui de l'AA.

Harmonisation des prix pour les prestations selon la LAA et la LAMal

La suppression pure et simple de l'assurance-accidents obligatoire en tant que branche de l'assurance sociale aurait de lourdes conséquences pour les employeurs. Ceux-ci seraient en effet tenus, en cas d'accident d'un travailleur, de poursuivre le paiement du salaire de ce dernier en vertu de l'art. 324a du code des obligations (CO ; RS 220). L'art. 324a, al. 1, CO, stipule qu'en cas de maladie du travailleur, l'employeur doit lui verser l'intégralité de son salaire pendant une durée déterminée par année de service, dans la mesure où les rapports de travail ont duré plus de trois mois ou ont été conclus pour plus de trois mois. L'obligation de poursuivre le versement du salaire selon le CO n'est donc prévue que pour une période limitée, en fonction de la durée des rapports de travail. Les employeurs devraient conclure des assurances privées de maintien du salaire en cas d'accident, dont le niveau de prestations varierait en fonction de la durée et du montant de l'assurance souscrite. Le système de versement des indemnités journalières selon la LAA est actuellement très sûr. Les travailleurs seraient eux aussi fortement impactés par la suppression de l'assurance-accidents obligatoire dans la mesure où ils devraient participer aux frais de traitement dans le cadre de la participation aux coûts (franchise et quote-part). À noter que les prestations en espèces telles que les indemnités journalières, les rentes et les indemnités pour atteinte à l'intégrité disparaîtraient également.

Une suppression sans remplacement de l'assurance-accidents au sens de la LAA serait aussi à rejeter au motif que les points de divergence entre la LAMal et la LAA sont trop nombreux eu égard aux objectifs visés, à l'éventail de prestations, à la participation aux coûts et au financement. Le postulat vise une uniformisation de la rémunération des mesures médicales, AI et AM comprises. Cela suppose que les différentes assurances renoncent à leur autonomie tarifaire au profit d'un centre de compétences fédéral pour les tarifs qui travaillerait indépendamment des cantons, des fournisseurs de prestations et des agents payeurs, fixerait les tarifs et en assurerait ainsi la gestion. La mise en œuvre d'une telle réglementation serait toutefois difficile à réaliser en raison des divergences de concept, à savoir la portée nationale voulue par la LAA et la souveraineté cantonale prévue par la LAMal.

8.3 Égalité de traitement des assurés en cas d'accidents durant les loisirs

Les travailleurs occupés en Suisse sont obligatoirement assurés contre les accidents selon la LAA (art. 1a, LAA). Les travailleurs à temps partiel occupés chez un employeur au moins huit heures par semaine sont également assurés contre les accidents non professionnels (art. 13, al. 1, OLAA).

Les personnes qui ne sont pas entièrement couvertes contre les accidents (professionnels et non professionnels) selon la LAA disposent obligatoirement d'une couverture accidents auprès de leur assureur-maladie conformément à la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), étant donné que l'AOS alloue également des prestations en cas d'accident, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge (art. 1a, al. 2, let. b, LAMal).

Une égalité de traitement des accidents survenant durant les loisirs ne pourrait être garantie que si l'AOS était tenue de verser des prestations pour les cas en question. La LAA étant une assurance-accidents obligatoire pour les travailleurs, elle ne peut pas être étendue à l'ensemble de la population. Cela modifierait toutefois en profondeur le système suisse de sécurité sociale. En cas d'accident non professionnel, les travailleurs seraient nettement désavantagés par rapport à aujourd'hui. En effet, ils devraient non seulement s'acquitter d'une participation

Harmonisation des prix pour les prestations selon la LAA et la LAMal

aux frais du traitement médical (franchise et quote-part), mais ne toucheraient plus d'indemnités journalières, de rentes (rentes d'invalidité ou de survivant), d'indemnités pour atteinte à l'intégrité et d'allocations pour impotent conformément à la LAA. La perte de gain qui en résulterait devrait soit être couverte par des assurances complémentaires, soit entraînerait une charge supplémentaire pour d'autres branches de l'assurance sociale (prestations complémentaires, aide sociale) et les employeurs.

8.4 Conclusion

Comme déjà mentionné, les écarts de prix reposent sur des différences d'ordre systémique entre l'AOS et les assureurs fédéraux. La divergence de concept entre la réglementation uniforme adoptée à l'échelle nationale par les assureurs fédéraux et la souveraineté cantonale voulue par la LAMal constitue la différence la plus marquante entre les deux systèmes. La création d'une branche d'assurance sociale unique pour les atteintes à la santé résultant d'une maladie ou d'un accident aurait des conséquences majeures pour les employeurs et les travailleurs.