



*Bundesamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Uffizi federal da las assicuranzas socialas*

Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)

Modifications prévues au 1 janvier 2004

Commentaire et textes des modifications (annexe)

1. Introduction	3
2. Laboratoires	5
3. Assureurs / Système financier	8
4. Formes particulières d'assurance	9
5. Franchises, franchises à option et quote-part	11
6. Disposition transitoire	15
7. Entrée en vigueur	15

Annexes

- Annexe 1: Conséquences des nouvelles réductions de primes maximales, en francs et en pourcentage, pour différentes primes (adultes)
- Annexe 2: Conséquences des nouvelles réductions de primes maximales, en francs et en pourcentage, pour différentes primes (enfants)
- Annexe 3: Conséquences des modifications sur les primes
- Proposition de modification de l'OAMal

1. Introduction

La présente révision de l'OAMal comporte des modifications plus ou moins importantes. Les modifications les plus significatives concernent les réserves des assureurs, les laboratoires ainsi que les franchises, franchises à option et les rabais qui leur sont associés. Brièvement, en ce qui concerne le premier point, il s'agit d'harmoniser les taux de réserves afin de donner aux assureurs en principe les mêmes conditions de départ sur le marché. Ils jouiront aussi d'une plus grande marge de manœuvre sur le plan financier et pour la fixation des primes. Pour tenir compte des exigences actuarielles posées aux petits et moyens assureurs, une réassurance est prévue pour eux.

En ce qui concerne les laboratoires, l'objectif de cette modification est de lutter contre les excès observés ces derniers temps dans ce domaine, notamment l'apparition de ce qu'on appelle les gros laboratoires, qui effectuent des analyses pour des médecins et pour d'autres laboratoires sans répercuter les rabais sur les assurés ou les assureurs, comme l'exige l'art. 56 LAMal. En outre, des normes de qualité leur sont également imposées. En effet, les laboratoires doivent satisfaire à un certain nombre de principes de qualité généralement reconnus, de façon à garantir la bonne qualité des résultats des examens. Pour faire, des définitions ont été introduites dans l'ordonnance ce qui a également rendu nécessaire une restructuration de la 7^{ème} section du chapitre concernant l'admission des fournisseurs de prestations.

Comme les coûts à la charge de l'assurance-maladie ont continué à croître ces dernières années, la franchise ordinaire passera de 230 à 300 francs. Corollairement, la quote-part, passera de 600 à 800 francs. Les textes ci-dessous donnent les conséquences chiffrées de cette augmentation et sont accompagnés d'exemples sous forme de tableaux. D'autre part, en se fondant sur la constatation que les coûts supplémentaires pris en charge par les assurés ayant choisi une franchise à option sont inférieurs aux réductions de primes maximales en pourcentage, il est prévu d'abaisser ces réductions de primes. Les commentaires à ces modifications sont accompagnés d'annexes précisant le mode de calcul ainsi que les conséquences chiffrées de celles-ci.

Art. 2, al. 1, let. f

Les personnes mentionnées aux let. c, d et e et les membres de leur famille peuvent être assurés auprès d'une assurance-maladie privée étrangère et dans ce cas, il n'existe aucun droit à l'entraide en matière de prestations. Lorsque cette assurance privée étrangère prend en charge les coûts occasionnés en Suisse, les membres de la famille devraient également être exceptés de l'obligation de s'assurer en Suisse. La nouvelle formulation « couverts pour les cas de maladie en Suisse » concerne aussi bien les membres de la famille assurés dans l'assurance maladie sociale étrangère et qui, partant, bénéficient de l'entraide en matière de prestations, que les membres de la famille assurés auprès d'une assurance privée étrangère prenant en charge les coûts occasionnés en Suisse. Les membres de la famille qui ne bénéficieront d'aucune protection d'assurance seront obligatoirement assurés en Suisse.

Art. 2, al. 1, let. g

Cette disposition concerne les membres de la famille de personnes qui, contrairement à celles mentionnées à l'art. 2, al. 1, let. c à e, OAMal, ne résident pas en Suisse. Ces

membres de la famille sont surtout des personnes qui séjournent en Suisse dans le cadre d'une formation ou d'un perfectionnement, telles que des étudiants, écoliers et stagiaires. En dérogation à l'art. 1, al. 2, let. a et f, OAMal, ils ne sont pas soumis à l'obligation de s'assurer en Suisse s'ils sont assurés en tant que membres de la famille auprès d'une assurance-maladie sociale étrangère et bénéficient de l'entraide en matière de prestations. Les personnes soumises à l'Accord sur la libre circulation des personnes ou à la Convention AELE reçoivent de leur assurance-maladie un formulaire E (E 109 ou E 128) qui atteste de leur droit à l'entraide en matière de prestations. Sur présentation de ce formulaire, l'institution commune LAMal doit les enregistrer en tant qu'ayants droit à cette entraide. Cette réglementation est également valable pour les personnes qui ont droit à l'entraide en matière de prestations en vertu d'autres accords internationaux (p. ex. la convention de sécurité sociale avec l'Allemagne).

Lorsque ces personnes sont assurées en tant que membres de la famille auprès d'une assurance-maladie privée étrangère, elles sont soumises à l'obligation de s'assurer en Suisse. Elles peuvent toutefois, être exemptées sur demande, sur la base de l'art. 2, al. 4, OAMal.

Art. 2, al. 4 et 4^{bis}

Tant les personnes qui séjournent en Suisse dans le cadre d'une formation ou d'un perfectionnement (al. 4) que les enseignants et les chercheurs qui séjournent en Suisse à des fins d'enseignement ou de recherche (al. 4^{bis}) peuvent être accompagnés des membres de leur famille. Dans ce cas, ces derniers doivent aussi, sur demande, être exemptés de l'obligation de s'assurer en Suisse s'ils remplissent les conditions prévues par l'ordonnance, ce d'autant plus qu'il existe des assurances familiales dans les Etats membres de la CE ou de l'AELE.

Art. 19, al. 1

L'institution commune pouvant aussi être organe de liaison en vertu d'autres engagements internationaux que l'Accord sur la libre circulation des personnes et la Convention AELE, ce fait doit être mentionné expressément dans cette disposition.

Art. 27

L'OFAS établit la liste des médicaments remboursés par l'assurance-maladie obligatoire (liste des spécialités, LS ; art. 52, al. 1, let. b, LAMal) et, dans ce cadre, se prononce sur les demandes des entreprises pharmaceutiques. Ces décisions peuvent faire l'objet d'un recours auprès de la Commission fédérale de recours en matière de liste des spécialités (art. 90, al. 1, LAMal). Les décisions de cette commission, à leur tour, peuvent faire l'objet d'un recours de droit administratif auprès du Tribunal fédéral des assurances (art. 97, let. e, loi fédérale d'organisation judiciaire du 16 décembre 1943, OJ). Selon l'art. 103, let. b, OJ, ont qualité pour recourir le département compétent ou, lorsque le droit fédéral le prévoit, la division compétente de l'administration fédérale.

La base légale créée par la présente révision permet à l'OFAS, en tant qu'office fédéral compétent et première instance, de déposer lui-même des recours de droit administratif contre les décisions de la Commission fédérale de recours en matière de LS.

Art. 31, al. 2

Afin d'assurer une plus grande transparence à l'égard des personnes intéressées, l'OFAS doit avoir la possibilité de publier au besoin d'autres chiffres concernant l'assurance obligatoire des soins, comme par exemple, le bilan et le compte d'exploitation des assureurs et aussi, ce qui n'était pas prévu jusqu'ici, des chiffres concernant, par assureur, l'assurance facultative d'indemnités journalières.

Art. 37, al. 2, let. k

Pour plus de précision, le terme d'« organe de contrôle » doit être remplacé par celui de « Service d'accréditation suisse ».

2. Laboratoires**Commentaire général**

Le 1^{er} janvier 2002, plusieurs définitions concernant le domaine des laboratoires ont été ajoutées dans l'appendice A à la liste des analyses : celles d'« analyse dans le cadre de l'assurance de base », de « laboratoire de cabinet médical » et de « diagnostic en présence du patient ». L'objectif de cette modification était et est de lutter contre les excès observés ces derniers temps dans ce domaine, notamment l'apparition de ce qu'on appelle les gros laboratoires, qui effectuent des analyses pour des médecins et pour d'autres laboratoires sans répercuter les rabais sur les assurés ou les assureurs, comme l'exige l'art. 56 LAMal.

La LAMal admet plusieurs types de laboratoires, parmi lesquels *le laboratoire de cabinet médical*. Celui-ci se trouve dans le cabinet d'un médecin installé. Il est autorisé à effectuer des analyses dans le cadre des soins de base, mais il ne doit pas, en revanche, effectuer des analyses prescrites par un autre fournisseur de prestations. Le médecin installé gère lui-même son laboratoire et assume la responsabilité des analyses. Le laboratoire de cabinet médical fait partie, tant sur le plan juridique que du point de vue du local, du cabinet du médecin qui prescrit les analyses. Les médecins membres d'un cabinet de groupe peuvent gérer un laboratoire de cabinet médical commun.

Le principe du *diagnostic en présence du patient* exige que les résultats, dans la mesure où la technique le permet, soient disponibles pendant la consultation. Sur le plan du lieu, l'analyse doit se faire dans le laboratoire du cabinet médical. L'assurance-maladie peut néanmoins accepter le remboursement dans deux cas particuliers : tout d'abord quand, pour des raisons techniques, le résultat ne peut pas être immédiatement disponible (par exemple, il est impossible d'avoir le résultat d'une analyse d'urine avec numération de germes durant la consultation) ; ensuite, si le prélèvement a lieu à l'occasion d'une visite du médecin à domicile.

La garantie de la qualité est une exigence particulière qui doit être imposée dans le cadre de l'OAMal. Les laboratoires doivent satisfaire à un certain nombre de principes de qualité généralement reconnus, de façon à garantir la bonne qualité des résultats des examens. L'accréditation et la certification comptent parmi les meilleurs moyens d'améliorer la qualité des laboratoires. On peut envisager en outre une inspection des laboratoires par des services d'inspection accrédités, mesure dont l'application doit être différenciée, comme on le verra ci-dessous.

La garantie de la qualité des analyses admises dans la liste est tout aussi importante. Les normes reconnues dans la branche devraient maintenant être inscrites dans

l'ordonnance. Il s'agit également d'éliminer ce qu'on appelle les tests rapides, qui donnent des résultats insuffisamment fiables.

Art. 53

La modification amène une nouvelle subdivision de cet article. Le titre actuel, « Principes », est remplacé par celui de « Laboratoires admis ». L'indication concernant la nouvelle formulation de l'art. 54 (g) est supprimée.

L'al. 2 énumère exhaustivement les différents types de laboratoires : les laboratoires sont soit des laboratoires de cabinets médicaux, soit des laboratoires d'hôpitaux, soit des officines de pharmaciens, soit enfin des laboratoires mandatés par un autre fournisseur de prestations admis et qui font également d'autres analyses que celles qui sont effectuées dans le cadre des soins de base.

Art. 53a

Avec la modification de l'OAMal, les définitions qui se trouvaient jusque-là dans l'appendice A à la liste des analyses et qui concernent le laboratoire de cabinet médical sont désormais inscrites dans l'art. 53a.

Conformément à l'al. 2, un médecin qui gère un laboratoire de cabinet médical doit disposer d'un certificat d'aptitude technique reconnu par la FMH. Cette règle sert, comme la certification, à garantir une norme de qualité dans le domaine des laboratoires. Dans un cabinet de groupe comportant un laboratoire commun, tous les médecins qui prescrivent des analyses doivent être en possession d'un tel certificat.

L'al. 3 règle les cas qui ne correspondent pas à un diagnostic en présence du patient, mais dont les coûts doivent quand même être remboursés. Il s'agit, d'une part, des échantillons qui sont prélevés à l'occasion d'une visite du médecin à domicile et, d'autre part, des analyses pour lesquelles la technique ne permet pas d'avoir le résultat durant la consultation. Il n'y a pas d'autre exception prévue.

L'al. 4 contient un principe important : les analyses prescrites par des tiers ne sont pas remboursées. Le laboratoire de cabinet médical ne doit effectuer que les analyses prescrites par le médecin qui le gère.

L'al. 5 pose des exigences de qualité au personnel, parce que la compétence d'un laboratoire dépend de celle des personnes qui y travaillent. Ce principe est aussi un principe garantissant la qualité.

Enfin, l'al. 6 introduit une nouvelle exigence en matière de qualité : les laboratoires de cabinet médicaux doivent participer régulièrement à des enquêtes menées par des services d'inspection accrédités ou des laboratoires de référence accrédités. Si un résultat est insatisfaisant, l'inspecteur peut procéder à un sondage. Cette mesure est moins radicale qu'une accréditation, qui demande un travail important et qui est onéreuse. Exiger une accréditation pour les laboratoires de cabinet médicaux, généralement petits, constitue une mesure excessive par rapport à l'objectif et, surtout, c'est placer la barre trop haut du point de vue des coûts. La solution de l'inspection suffit pour répondre aux exigences en matière de qualité.

Art. 53b

L'art. 54 al. 2 actuel est, pour des raisons de systématique, repris dans un article séparé. Il s'agit des conditions d'admission pour les laboratoires d'hôpitaux. Du point de vue matériel, le présent article ne contient rien de nouveau. Sa formulation reprend, mot pour mot, celle de l'ancien.

Le nouvel al. 2, exige désormais des laboratoires d'hôpitaux une accréditation, accordée par le Service d'accréditation suisse (SAS). La charge financière que représente cette mesure est supportable pour ce type de laboratoire. La distinction ainsi faite avec les laboratoires de cabinets médicaux permet de tenir compte de leur situation concrète, qui est différente.

Art. 54a

L'al. 54 actuel est abrogé. L'ancien texte est remplacé par une disposition qui oblige les officines de pharmaciens, tout comme les laboratoires mandatés par un autre fournisseur de prestation et qui font également des analyses autres que celles effectuées dans le cadre des soins de base, à se soumettre à des enquêtes régulières et à d'éventuelles inspections. Exiger dans tous les cas une accréditation serait également une mesure excessive pour ces deux types de laboratoires.

Art. 54b

Ce nouvel article vise à régler clairement la question de l'établissement des factures. L'expérience montre que la non-répercussion des avantages, qui contrevient à la LAMal, s'observe principalement quand une personne qui n'a pas véritablement fourni la prestation, mais qui a délégué l'analyse à un tiers, ne répercute pas sur son patient le rabais dont elle a bénéficié elle-même.

On ne peut s'attaquer efficacement à la non-répercussion des avantages qu'en édictant des principes clairs pour l'établissement des factures. Une personne n'ayant pas effectué elle-même l'analyse ne doit pas être habilitée à établir une facture à l'intention des assurés ou des assureurs. Le médecin traitant qui gère un laboratoire de cabinet médical ne doit pas non plus effectuer des analyses prescrites par des tiers.

Art. 61

Comme jusqu'ici, les propositions d'admission de nouvelles analyses sont à envoyer à l'OFAS.

L'al. 2 contient une nouveauté : les analyses nouvellement admises doivent être simples du point de vue technique et satisfaire aux principes de qualité reconnus dans la branche. Ce principe est aussi un principe garantissant la qualité.

L'interdiction des tests rapides énoncée dans le nouvel al. 4 vise également à garantir la qualité.

Art. 62, al. 1, let. a

L'abrogation de l'art. 54 OAMal modifie le renvoi mentionné dans l'art. 62.

Art. 72, let. d

Jusqu'ici, la liste des analyses était publiée semestriellement. Mais, comme il a été décidé dans le cadre d'une modification de l'OAMal¹ qu'à partir du 1^{er} juillet 2002 elle ne paraîtrait plus qu'une fois par année, cette disposition de l'OAMal doit être adaptée en conséquence.

¹ Cf. modification de l'OAMal du 2 juillet 2002 (www.bk.admin.ch/ch/f/as/2002/3013.pdf).

3. Assureurs / Système financier

Commentaire général

L'harmonisation des taux de réserves, qui garantissent la sécurité financière des assureurs et leurs engagements, permettra de supprimer dans une large mesure les inégalités entre les caisses-maladie. En effet, une caisse-maladie petite ou moyenne dont le taux de réserve se situait entre 24% et 182% était pénalisée par rapport à une grande en termes de concurrence en raison des besoins accrus de réserve. Toutefois, pour pallier la diminution de l'assise des réserves, ces caisses-maladie doivent souscrire un contrat de réassurance.

La diminution des taux de réserves minimaux à 15% et 20% pour les assureurs-maladie, n'aura pas forcément ou de manière sensible une influence immédiatement mesurable sur le niveau des primes. La décision d'engager une partie des montants de la réserve dépendra de la politique de chaque assureur, l'autorité de surveillance ne pouvant les obliger à le faire.

Art. 78

Par rapport à l'art. 78 OAMal en vigueur, la présente révision supprime l'échelonnement, tant du nombre d'assurés que de la réserve minimale, et diminue cette dernière pour les assureurs comptant 50 000 assurés au maximum. Afin de parer au risque qui résulte de cette diminution et de continuer à garantir la situation financière de ces assureurs, la révision prévoit de les obliger à se réassurer. Ils ont jusqu'au 1^{er} janvier 2006 pour conclure un contrat de réassurance et sont tenus de maintenir leur réserve minimale au taux actuellement en vigueur jusqu'à ce qu'ils se soient réassurés.

Les réserves des assureurs ont pour but général de garantir leur situation financière et d'amortir les fluctuations de coûts. A l'heure actuelle, il ne paraît plus nécessaire de faire la distinction entre réserve de sécurité et réserve de fluctuation. Par conséquent, la révision prévoit de supprimer ces catégories et de ne conserver que des dispositions relatives aux réserves minimales de sécurité.

L'obligation de conclure des contrats de réassurance a une conséquence pour les assureurs : ils doivent veiller eux-mêmes à ce que la forme et l'étendue de la réassurance qu'ils choisissent permettent de garantir leur situation financière.

Art. 12, al. 3,

La révision de l'art. 78 OAMal oblige à adapter en conséquence l'art. 12, al. 3, OAMal. Selon la réglementation actuellement en vigueur, la réserve minimale nécessaire à une caisse-maladie demandant la reconnaissance doit correspondre à celle d'une caisse-maladie comptant 5001 assurés (art. 12, al. 3, OAMal) et disposant d'un taux de réserve minimal de 34 % (art. 78, al. 4, OAMal), ce qui équivaut à 4,85 millions de francs environ. Si le taux de réserve minimal de 34 % (catégorie 5001 – 10 000 assurés) doit être abaissé à 20 % (catégorie 0 – 250 000 assurés), une augmentation du nombre d'assurés à 10 000 est appropriée. Ainsi, la réserve minimale nécessaire s'élèvera à 5,7 millions de francs environ.

Art. 80, al. 3^{bis}

Au vu de l'évolution actuelle des formes de collaboration entre assureurs, il était nécessaire d'exclure explicitement la participation financière des caisses-maladie à d'autres assureurs visés à l'art. 11 de la loi. Cette disposition doit notamment garantir l'indépendance financière des caisses-maladie.

Art. 85, al. 1

Pour assurer une surveillance financière plus à jour, le délai accordé pour transmettre la décision par laquelle l'organe compétent de l'assureur a approuvé les comptes doit être avancé du 31 juillet au 30 juin.

Art. 85a

Les assureurs devront également, afin d'assurer toute la transparence voulue, mettre à disposition des personnes intéressées et non pas de leurs seuls assurés un document contenant en substance le rapport de gestion portant sur l'exercice écoulé, le bilan, le compte d'exploitation, les données principales par branche d'assurance ainsi que d'autres données chiffrées telles que le montant des primes, les réserves ou leurs frais administratifs. Ce document pourra être accessible sur le site Internet de l'assureur, si celui-ci le juge opportun mais il devra dans tous les cas être publié sous format papier. L'OFAS pourra selon les circonstances également demander aux assureurs à ce que ce document contienne d'autres éléments utiles à l'information du public.

Art. 88, al. 2

Dans le même souci de proximité temporelle de la surveillance financière, le délai accordé pour transmettre le rapport de l'organe de révision sur la révision annuelle doit aussi être avancé du 31 juillet au 30 juin. Si l'assureur laisse s'écouler entièrement le laps de temps actuellement laissé entre le délai qui lui est imparti pour remettre le bilan et les comptes d'exploitation et celui qui lui est accordé pour remettre le rapport annuel de l'organe de révision, le moment où l'OFAS pourra contrôler les données fournies par l'assureur est inutilement retardé. Dans le contexte d'une surveillance financière rétrospective, l'ensemble des délais doivent être maintenus dans des limites temporelles rapprochées, qui ne doivent cependant poser aux organes concernés aucun problème d'exécution.

Art. 91, al. 1

Cette modification ne concerne que les versions française et italienne, dont le texte doit être harmonisé avec celui de la version allemande.

4. Formes particulières d'assurance**Commentaire général**

Les délais dans lesquels les assurés pouvaient soit changer d'assureur soit changer de forme d'assurance sont en principe réglés dans l'ordonnance. Aujourd'hui ces délais

varient selon les formes particulières choisies et selon s'il s'agit d'un changement d'assureur.

Une uniformisation de ces délais est désormais nécessaire. En effet, il n'est plus rare de voir les assurés passer d'une forme particulière d'assurance à une autre et surtout de voir les assureurs modifier leurs conditions en cours d'année et non plus à la fin d'une année civile. L'on songe notamment à des augmentations de primes ou à l'annonce de la fin d'un produit d'assurance en cours d'année.

Cette uniformisation facilitera la mobilité de l'assuré mais surtout permettra une plus grande transparence dans ces formes particulières.

Art. 94, al. 2 et 3

Les rabais de primes octroyés grâce au choix de franchises plus élevées sont calculés pour des raisons actuarielles sur l'arc d'une année civile. Il s'agit de conserver cette durée d'une année. Toutefois, dans certains cas, il se justifie de laisser la possibilité de changer d'assureur en cours d'année. On songe notamment à cet assureur qui en ayant dû augmenter ses primes en cours d'année devait s'appuyer sur une directive de l'OFAS pour laisser sortir les assurés ayant choisi une franchise à option et leur octroyer les mêmes droits que les assurés ayant une franchise ordinaire. Désormais l'al. 3 règle cette situation : les assurés pourront, en cas de nouvelle prime valable en cours d'année, changer d'assureur dans les délais de l'art. 7 al. 2 LAMal. Ces assurés devront, pour des raisons d'imputation de franchise auprès du nouvel assureur, garder le même montant de franchise.

Au vu de cette réglementation nouvelle, et dans la mesure où l'assureur devra accepter un assuré à franchise à option en cours d'année, l'art. 94, al. 2 est modifié en conséquence de sorte que l'assuré pourra en cas de nouvelle prime auprès de son nouvel assureur, également bénéficier des délais de résiliation de l'art. 7, al. 2 LAMal. Pour des raisons d'uniformisation et de clarté les assurés qui souhaitent augmenter leur franchise devront également s'en tenir aux délais de l'art. 7, al. 2 LAMal.

Art. 97, al. 2 et 3

Les personnes au bénéfice d'une assurance avec bonus doivent aussi avoir la possibilité de changer d'assureur ou de forme d'assurance après un an déjà, et non après cinq ans comme jusqu'ici. L'assurance avec bonus devrait ainsi gagner en attrait. Comme pour les autres formes d'assurance, ces personnes doivent également pouvoir changer d'assureur lors de l'annonce d'une nouvelle prime (aussi bien pour la fin de l'année qu'en cours d'année).

Art. 100, al. 3 et 4

En l'état, l'art. 100, al.3 OAMal dispose que le passage à une forme d'assurance doit se faire que pour le début d'une année civile. D'autres prescriptions quant aux délais de préavis figurent pas dans la disposition en question.

Il s'agit donc ici, par souci d'uniformisation et de clarté, de régler expressément, comme pour les autres formes d'assurance, les délais de préavis dans lesquels un assuré a la possibilité de changer d'assureur ou de forme d'assurance. Ces délais de préavis sont ceux prévus par la loi (c'est-à-dire un préavis de 3 mois, selon l'al. 1 de l'art. 7 LAMal, ou plus court selon l'art. 7 al. 2).

D'autre part, toujours en raison de la possibilité pour un assureur de modifier ses primes en cours d'année, un assuré aura désormais la possibilité de changer

d'assureur en cours d'année dans les cas expressément prévus. Toutefois, contrairement à ce qui a été prévu pour les franchises à option, l'assuré n'aura pas l'obligation de réintégrer une forme d'assurance identique, d'une part parce que le calcul des rabais de primes ne l'impose pas et d'autre part car l'assuré risque d'avoir un choix limité d'assureurs, ces derniers n'offrant pas tous cette forme d'assurance.

5. Franchises, franchises à option et quote-part

Commentaire général

La participation aux coûts des assurés comprend un montant fixe par année (franchise) et 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part) (art. 64, al. 2, LAMal). Le Conseil fédéral fixe la franchise et le montant maximal annuel de la quote-part (art. 64, al. 3, LAMal).

En 2001, les dépenses des assureurs-maladie pour les prestations selon la LAMal ont atteint 16,4 milliards de francs au total ; sur cette somme, 2,4 milliards, soit 15 %, ont été assumés par les assurés au titre de la participation aux coûts. Les primes encaissées par les assureurs pour l'assurance obligatoire des soins se sont montées à 14 milliards de francs (indications de l'Office fédéral des assurances sociales, statistique de l'assurance-maladie 2001, compte d'exploitation de l'assurance obligatoire des soins). Selon une estimation interne de l'OFAS, les franchises représentent 40 % et la quote-part 60 % de cette participation.

Franchises

Le 1^{er} janvier 1998, en raison de l'évolution des coûts, le Conseil fédéral a augmenté la franchise ordinaire pour les adultes, la faisant passer de 150 à 230 francs. Comme les coûts à la charge de l'assurance-maladie ont continué à croître ces dernières années, la franchise devrait être relevée au 1^{er} janvier 2004. Six années s'étant écoulées depuis la dernière augmentation, la présente augmentation est calculée sur la base d'une période de six ans (1996 à 2001). Les coûts à la charge de l'assurance-maladie sociale ont atteint au total, en 1996, 12,4 milliards de francs et, en 2001, 17,3 milliards, ce qui correspond à une augmentation de 31,5 %. Un relèvement d'environ 30 % (de 230 à 300 francs) de la franchise ordinaire pour les adultes au 1^{er} janvier 2004 semble donc approprié.

Cette augmentation équivaldrait pour les assurés adultes malades à une charge supplémentaire d'environ 260 millions de francs, c'est-à-dire 1,6 % des dépenses des assureurs-maladie pour les prestations selon la LAMal. Elle permet en revanche une diminution des primes correspondant à 1,8 % du volume des primes.

Le montant des franchises à option (art. 93) reste inchangé. Pour les enfants, aucune franchise n'est exigée, comme c'est déjà le cas (art. 64, al. 4, LAMal).

Quote-part

Depuis l'entrée en vigueur de l'OAMal le 1^{er} janvier 1996, le montant maximal annuel de la quote-part est de 600 francs pour les adultes. En raison de l'augmentation des coûts mentionnée plus haut, ce montant devrait aussi augmenter de 30 % le 1^{er} janvier 2004, passant à 800 francs. L'art. 64, al. 4, LAMal prévoit que le montant maximum de la quote-part est réduit de moitié pour les enfants ; il passerait donc de 300 à 400 francs.

Cette augmentation équivaldrait pour les assurés adultes malades à une charge supplémentaire de 0,7 % des dépenses des assureurs-maladie pour les prestations

selon la LAMal, ceci avec une franchise ordinaire de 300 francs. Pour les enfants malades, elle correspondrait à une charge supplémentaire de 0,4 % des dépenses des assureurs-maladie pour les prestations selon la LAMal.

Ensemble, l'augmentation de la franchise de 230 à 300 francs et celle de la quote-part maximale de 600 à 800 francs entraîneraient pour les adultes une réduction du volume des primes de 2,6 %, tandis que l'augmentation de la quote-part maximale de 300 à 400 francs pour les enfants entraînerait une réduction de 0,4 %. Si l'on part de l'hypothèse que 46 % des adultes ont la franchise ordinaire et que 81 % des enfants n'ont aucune franchise, on aboutit à une réduction de 1,5 % du volume des primes (voir **annexe 3**).

Franchises à option

Le Conseil fédéral peut autoriser des formes particulières d'assurance dans lesquelles les assurés, moyennant une réduction de prime, consentent une participation aux coûts plus élevée que celle prévue par l'art. 64 LAMal. Il fixe, en se fondant sur les besoins de l'assurance, les limites maximales des réductions de primes (art. 62, al. 2, let. a, et al. 3, LAMal). Il a édicté la réglementation relative à l'assurance avec franchises à option dans les art. 93 à 95 OAMal.

En 2001, 46,5 % des assurés avaient opté pour une franchise plus élevée. Les assureurs ont remboursé en moyenne, durant l'année 1999, moins de prestations aux assurés qui avaient choisi une assurance avec franchise à option qu'aux autres assurés (voir la statistique des franchises à option dans l'assurance-maladie 1999, Office fédéral des assurances sociales, Berne, 2000). Ce phénomène peut s'expliquer par différents facteurs :

- a) une plus grande participation aux coûts ;
- b) une différence de structure en ce qui concerne l'âge et le sexe : en principe, les différences de risques liées à l'âge et au sexe sont compensées par la compensation des risques ;
- c) un meilleur état de santé : il est probable que ce sont principalement des assurés en bonne santé qui augmentent leur franchise, puisqu'ils sont en mesure d'évaluer leurs frais de maladie pour l'année suivante et qu'ils ont la possibilité de choisir chaque année, en fonction de ces frais, une franchise différente ;
- d) le comportement : les assurés se sentent davantage responsables et consomment moins de prestations.

On peut supposer que les franchises plus élevées sont choisies avant tout par des personnes présentant un faible risque de maladie. Ces personnes doivent apporter une contribution de solidarité au financement de l'assurance-maladie des autres assurés. C'est pourquoi le Conseil fédéral a fixé dans l'art. 95 OAMal les réductions de primes maximales pouvant être accordées d'une part en francs (al. 1^{bis}) et, d'autre part, en pourcentage (al. 2). Selon le montant des primes, c'est le montant maximal en francs ou le pourcentage maximal qui est pris en compte.

Art. 95 al. 1bis, 2, et 2^{bis}

L'al. 1^{bis} contient toujours le principe énoncé dans l'art. 62, al. 3, LAMal, selon lequel les réductions de primes doivent être fixées en fonction des besoins de l'assurance. Il oblige également les assureurs à appliquer les réductions de primes maximales

prescrites dans les al. 2 et 2^{bis}. En outre, un assureur doit proposer à tous ses assurés, pour une certaine franchise, la même réduction de prime en pourcentage à l'intérieur d'un canton. Cette disposition tient compte du fait que la compensation des risques s'opère également au niveau cantonal. De plus, elle permet aux assurés de comparer plus facilement les différentes réductions proposées.

La réduction de primes maximale en francs, réglée jusqu'ici dans la deuxième phrase de l'al. 1^{bis}, est désormais réglée dans le nouvel al. 2^{bis}. Actuellement, la réduction par année civile ne doit pas être plus importante que le risque supplémentaire de participer aux coûts assumé par les assurés ayant choisi une franchise plus élevée. Pour les adultes, ce risque correspond à la différence entre la franchise ordinaire et la franchise choisie. Pour les enfants, aucune franchise n'est exigée (art. 64, al. 4, LAMal). Le risque mentionné ne correspond donc pour eux qu'au montant de la franchise choisie.

Ce risque est plus ou moins important selon le montant de la prime. Quand celui-ci est bas, le pourcentage qu'il représente par rapport à la prime annuelle est plus important que quand il est élevé, comme le montre l'exemple ci-dessous (adulte avec une franchise de 1200 francs) :

Prime mensuelle en francs	Prime annuelle en francs	Risque (différence entre la franchise de 300 francs et 1200 francs)	Risque/réduction de prime maximale en pourcentage de la prime annuelle
150	1800	900	la moitié
300	3600	900	un quart

Pour que les assurés bénéficiant de primes basses et ayant choisi une franchise élevée apportent une plus grande contribution de solidarité, la réduction de prime doit être égale au maximum à 80 % de cette différence ou de ce montant :

Franchise choisie en francs	Différence, en francs, entre la franchise choisie et <ul style="list-style-type: none"> • aucune franchise pour les enfants ou • la franchise ordinaire de 300 francs pour les adultes 	Réduction de prime maximale en francs (80 % du montant indiqué dans la colonne du milieu)
Enfants		
150	150	120
300	300	240
375	375	300
Adultes		
400	100	80
600	300	240
1200	900	720
1500	1200	960

Les conséquences de la diminution des réductions de primes maximales, calculées en francs, sont présentées dans l'**annexe 3**.

L'al. 2 prévoit les réductions de primes maximales en pourcentage de la prime de l'assurance ordinaire. La plupart des assureurs ont garanti ces réductions de primes maximales.

L'expert mandaté par l'Office fédéral des assurances sociales pour effectuer les calculs, le professeur Heinz Schmid, de Bienne-Benken, a constaté² que les coûts supplémentaires pris en charge par les assurés ayant choisi une franchise à option sont inférieurs aux réductions de primes maximales en pourcentage. Selon ses calculs, en 2001, les réductions de primes citées dans le tableau ci-dessous correspondent aux coûts supplémentaires pris en charge par les assurés ayant choisi une franchise à option. La révision prévoit d'augmenter ces réductions de primes de 25 % pour les adultes et les enfants. On obtient ainsi les réductions de primes maximales en pourcentage suivantes :

Franchise choisie en francs	Réduction de prime en pourcentage correspondant à la franchise supplémentaire (différence par rapport à 0 ou à 300 francs) en 2001 selon Schmid	Nouvelle réduction de prime maximale en pourcentage
Enfants		
150	16,7	21
300	29,5	37
375	34,7	43
Adultes		
400	2,6	3
600	7,3	9
1200	19,0	24
1500	23,9	30

Les conséquences sur les coûts totaux de la diminution des réductions de primes maximales en pourcentage sont difficiles à calculer, parce que cette diminution varie avec le montant de la prime. Ces conséquences, en francs et en pourcentage, sont présentées en fonction des primes dans l'**annexe 1** pour les adultes et dans l'**annexe 2** pour les enfants.

Art. 103 al. 1, 2 et 6

L'al. 1 propose de faire passer la franchise ordinaire de 230 à 300 francs.

L'al. 2 prévoit de faire passer le montant annuel de la quote-part de 600 à 800 franc. La LAMal (art. 64 al. 4 LAMal) prévoyant, pour les enfants, la moitié de ce montant, la quote-part s'élève, pour eux, à désormais 400 francs.

Comme il est prévu d'augmenter la participation aux coûts ordinaire, la participation forfaitaire (pour les assurés résidant dans un Etat membre de la CE, en Islande, etc.) devrait être adaptée en conséquence dans l'al. 6. Le forfait mensuel pour les adultes a été calculé sur la base d'une franchise annuelle de 230 francs et d'une quote-part annuelle maximale de 600 francs, soit au total 830 francs répartis sur 12 mois. Avec l'augmentation de la franchise et de la quote-part maximale annuelle, le forfait pour les adultes passerait à 92 francs ($300 + 800 = 1100 : 12 = 91,6$) ; pour les enfants, l'augmentation de la quote-part maximale annuelle ferait passer le forfait à 33 francs ($400 : 12 = 33,3$). Comme ces forfaits s'accompagnent de frais administratifs pour leur perception, il est prévu de les arrondir à 100 francs pour les adultes et à 40 francs pour les enfants.

² Il disposait des données des gros assureurs sur les personnes tombées malades (âge, sexe, canton de domicile) ainsi que de leurs coûts de traitement bruts pour l'année 2001. Ces chiffres correspondaient, pour l'ensemble de la Suisse, à une couverture égale à 81 % des assurés.

6. Disposition transitoire

Al. 1 : afin de laisser aux laboratoires qui ne satisfont pas encore aux exigences de l'accréditation le temps d'effectuer les changements nécessaires, un délai de transition leur est accordé jusqu'au 31 décembre 2010.

Al.2 : les assureurs comptant moins de 50 000 assurés qui ne disposent pas encore d'un contrat de réassurance doivent avoir satisfait à cette obligation, énoncée à l'art. 78, al. 5, OAMal, au plus tard le 1^{er} janvier 2006.

Al. 3 : cette disposition garantit que les assurés ayant choisi une franchise à option sont informés à temps de la diminution des réductions de primes maximales et disposent d'au moins un mois pour choisir une autre franchise au 1^{er} janvier 2004.

7. Entrée en vigueur

La présente modification de l'OAMal entre en principe en vigueur le 1^{er} janvier 2004. Seules les dispositions liées à un changement d'assureur ou de forme d'assurance (art. 94, 97 et 100) doivent entrer en force le 1^{er} octobre 2003 déjà, afin qu'elles puissent être effectivement appliquées en bonne et due forme pour un changement 2003/2004.

Annexe 1: Conséquences des nouvelles réductions de primes maximales, en francs et en pourcentage, pour différentes primes

Adultes

Quote-part 10% du montant dépassant la franchise, maximum 800 francs

		Réd. max. en %	Réd. max. en francs
Franchise de base	300 fr.		
Franchise à option	400 fr.	3%	80 fr.
	600 fr.	9%	240 fr.
	1'200 fr.	24%	720 fr.
	1'500 fr.	30%	960 fr.

Prime mensuelle 400 fr.

		Réd. max. en %	Réd. max. en francs
Franchise de base	300 fr.		
Franchise à option	400 fr.	156 fr.	80 fr.
	600 fr.	438 fr.	240 fr.
	1'200 fr.	1'140 fr.	720 fr.
	1'500 fr.	1'434 fr.	960 fr.

Prime mensuelle 350 fr.

		Réd. max. en %	Réd. max. en francs
Franchise de base	300 fr.		
Franchise à option	400 fr.	137 fr.	80 fr.
	600 fr.	383 fr.	240 fr.
	1'200 fr.	998 fr.	720 fr.
	1'500 fr.	1'255 fr.	960 fr.

Prime mensuelle 300 fr.

		Réd. max. en %	Réd. max. en francs
Franchise de base	300 fr.		
Franchise à option	400 fr.	117 fr.	80 fr.
	600 fr.	329 fr.	240 fr.
	1'200 fr.	855 fr.	720 fr.
	1'500 fr.	1'076 fr.	960 fr.

Prime mensuelle 250 fr.

		Réd. max. en %	Réd. max. en francs
Franchise de base	300 fr.		
Franchise à option	400 fr.	98 fr.	80 fr.
	600 fr.	274 fr.	240 fr.
	1'200 fr.	713 fr.	720 fr.
	1'500 fr.	896 fr.	960 fr.

Prime mensuelle 200 fr.

		Réd. max. en %	Réd. max. en francs
Franchise de base	300 fr.		
Franchise à option	400 fr.	78 fr.	80 fr.
	600 fr.	219 fr.	240 fr.
	1'200 fr.	570 fr.	720 fr.
	1'500 fr.	717 fr.	960 fr.

Annexe 2: Conséquences des nouvelles réductions de primes maximales, en francs et en pourcentage, pour différentes primes

Enfants Franchise de base inchangée, 0 franc
 Quote-part 10% du montant dépassant la franchise, maximum 400 francs

		Réd. max. en %	Réd. max. en francs
Franchise de base	0 fr.		
Franchise à option			
	150 fr.	21%	120 fr.
	300 fr.	37%	240 fr.
	375 fr.	43%	300 fr.

Prime mensuelle	80 fr.
------------------------	---------------

		Réd. max. en %	Réd. max. en francs
Franchise de base	0 fr.		
Franchise à option			
	150 fr.	200 fr.	120 fr.
	300 fr.	354 fr.	240 fr.
	375 fr.	416 fr.	300 fr.

Prime mensuelle	70 fr.
------------------------	---------------

		Réd. max. en %	Réd. max. en francs
Franchise de base	0 fr.		
Franchise à option			
	150 fr.	175 fr.	120 fr.
	300 fr.	310 fr.	240 fr.
	375 fr.	364 fr.	300 fr.

Prime mensuelle	60 fr.
------------------------	---------------

		Réd. max. en %	Réd. max. en francs
Franchise de base	0 fr.		
Franchise à option			
	150 fr.	150 fr.	120 fr.
	300 fr.	266 fr.	240 fr.
	375 fr.	312 fr.	300 fr.

Prime mensuelle	50 fr.
------------------------	---------------

		Réd. max. en %	Réd. max. en francs
Franchise de base	0 fr.		
Franchise à option			
	150 fr.	125 fr.	120 fr.
	300 fr.	221 fr.	240 fr.
	375 fr.	260 fr.	300 fr.

Prime mensuelle	40 fr.
------------------------	---------------

		Réd. max. en %	Réd. max. en francs
Franchise de base	0 fr.		
Franchise à option			
	150 fr.	100 fr.	120 fr.
	300 fr.	177 fr.	240 fr.
	375 fr.	208 fr.	300 fr.

Annexe 3: Conséquences des modifications sur les primes**Passage de la franchise de 230 à 300 fr. et de la quote-part maximale de 600 à 800 fr.****Prestations brutes adultes** 12'545'991'914

Participation aux coûts 230/600 1'558'571'757

Participation aux coûts 300/800 1'842'059'929

Réduction **2.6%****Prestations brutes enfants** 904'253'213

Participation aux coûts 0/300 77'034'043

Participation aux coûts 0/400 80'564'703

Réduction **0.4%****Ensemble**

Adultes 46% avec franchise ordinaire 1.2%

enfants 81% sans franchise 0.3%

Total réduction **1.5%**

Source: chiffres Schmid

Recettes supplémentaires par diminution des réductions maximales en montants

Adultes	Assurés	Réduction¹⁾	Total fr.
Franchise 400	1'435'060	90	129'155'399
Franchise 600	511'303	130	66'469'343
Franchise 1200	128'147	250	32'036'808
Franchise 1500	499'547	310	154'859'614
Total	2'574'057		382'521'164

Enfants	Assurés	Réduction¹⁾	Total fr.
Franchise 150	111'596	30	3'347'871
Franchise 300	25'678	60	1'540'699
Franchise 375	47'208	75	3'540'599
Total	184'482		8'429'169

Ensemble **390'950'333****Conséquences en % si les réductions maximales en montants sont accordées** **3.3%**Hypothèse: réductions accordées²⁾ 60% **2.0%****Deux conséquences ensemble** **3.5%**

1) réduction maximale actuelle en montant moins nouvelle réduction maximale en montant (p. ex. 1re ligne adulte: 170 fr. (ancien) moins 80 fr. (nouveau) donne 90 fr.)

2) La réduction maximale en montant n'est pas toujours totalement accordée soit parce que l'assureur le décide ainsi, soit parce que la réduction maximale en pourcentage est inférieure à la réduction en francs, surtout dans les cantons où les primes sont relativement basses.

Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)

Modification du ...

*Le Conseil fédéral suisse
arrête:*

I

L'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie¹ est modifiée comme suit:

Art. 2 al. 1 let. f et g, 4 et 4^{bis}

¹ Sont exceptés de l'obligation de s'assurer:

- f. les personnes qui sont assurées en tant que membres de la famille des personnes mentionnées aux let. c, d ou e, auprès de l'assurance-maladie étrangère et qui sont couvertes en cas de maladie en Suisse.
- g. les personnes qui sont assurées en tant que membres de la famille auprès de l'assurance-maladie étrangère et qui ont droit à l'entraide en matière de prestations.

⁴ Sont exceptées sur requête les personnes qui séjournent en Suisse dans le cadre d'une formation ou d'un perfectionnement, telles les étudiants, écoliers et stagiaires, ainsi que les membres de leur famille au sens de l'art. 3 al. 2 qui les accompagnent pour autant que pendant toute la durée de validité de l'exception, ils bénéficient d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme étranger compétent donnant tous les renseignements nécessaires. L'autorité cantonale compétente peut excepter ces personnes de l'obligation de s'assurer pour trois années au plus. Sur requête, l'exception peut être prolongée pour trois autres années au plus. L'intéressé ne peut revenir sur l'exception ou la renonciation à une exception sans raisons particulières.

^{4bis} Sont exceptés sur requête les enseignants et les chercheurs qui séjournent en Suisse dans le cadre d'un enseignement ou d'une recherche, ainsi que les membres de leur famille au sens de l'art. 3 al. 2 qui les accompagnent pour autant que pendant toute la durée de validité de l'exception, ils bénéficient d'une couverture

¹ RS 832.102

d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme étranger compétent donnant tous les renseignements nécessaires. L'autorité cantonale compétente peut excepter ces personnes de l'obligation de s'assurer pour trois années au plus. Sur requête, l'exception peut être prolongée pour trois autres années au plus. L'intéressé ne peut revenir sur l'exception ou la renonciation à une exception sans raisons particulières.

Art. 12 al. 3

³ La réserve minimale d'une caisse-maladie (art. 78) qui demande la reconnaissance doit correspondre à celle d'une caisse-maladie comptant 10 000 assurés. Servent de base de calcul les frais de soins moyens selon la dernière statistique de l'assurance-maladie sociale établie par l'OFAS, majorés de 50 %. Pour les caisses-maladie dont le rayon d'activité territorial est fortement restreint, l'OFAS peut admettre une réserve minimale inférieure.

Art. 19 al. 1

¹ L'institution commune remplit les tâches découlant de l'art. 95a de la loi en tant qu'organisme de liaison et en tant qu'institution d'entraide au lieu de résidence, ou de séjour, des assurés pour lesquels il existe un droit, fondé sur l'art. 95a de la loi, à une entraide internationale en matière de prestations. Elle est en outre compétente pour l'exécution de l'entraide en matière de prestations et pour les tâches en tant qu'organisme de liaison en vertu d'autres accords internationaux.

Art. 27 al. 2

² L'OFAS peut recourir contre des jugements visés à l'al. 1 et contre des jugements de la commission fédérale de recours en matière de liste des spécialités (art. 90, al. 1, LAMal) devant le Tribunal fédéral des assurances (art. 103 et 132 de l'organisation judiciaire du 16 décembre 1943²).

Art. 31 al. 2

² L'OFAS peut publier par assureur notamment les chiffres suivants concernant l'assurance-maladie sociale :

Art. 37f al. 2, let. k

- k. un représentant du Service d'accréditation suisse.

Art. 53 titre, al. 1 et 2

Laboratoires admis

¹ Sont admis comme laboratoires les établissements qui :

² RS 173.110

g. abrogée

² Sont admis à pratiquer les analyses dans le cadre des soins de base les types de laboratoires suivants :

- a. le laboratoire de cabinet médical, pour les analyses qui répondent à un besoin propre et qui sont effectuées pendant la consultation (diagnostic en présence du patient) ;
- b. le laboratoire d'hôpital, pour les analyses qui répondent à un besoin propre et pour celles qui sont effectuées sur mandat d'un autre fournisseur de prestations admis ;
- c. l'officine de pharmacien, pour les analyses qui sont effectuées sur mandat d'un autre fournisseur de prestations admis ;
- d. les laboratoires mandatés par un autre fournisseur de prestations admis et qui font d'autres analyses que celles qui sont effectuées dans le cadre des soins de base.

Art. 53a Laboratoire de cabinet médical

¹ Le laboratoire de cabinet médical fait partie intégrante du cabinet du médecin traitant.

² Le médecin qui gère un laboratoire de cabinet médical doit posséder un certificat d'aptitude technique reconnu par la FMH.

³ Les analyses effectuées dans le laboratoire de cabinet médical sont également remboursées lorsque la technique ne permet pas d'avoir le résultat immédiatement ou que l'échantillon à analyser a été prélevé durant une consultation médicale à domicile.

⁴ Les analyses dans le cadre des soins de base ne sont pas remboursées si elles sont confiées par des tiers.

⁵ Pour les analyses dans le cadre des soins de base et notamment pour le diagnostic en présence du patient, le personnel doit disposer de la formation et du perfectionnement nécessaires.

⁶ Le laboratoire de cabinet médical doit participer aux essais interlaboratoires (examens de qualification, contrôle de qualité externe) organisés par les laboratoires de référence ou les services d'inspection accrédités définis par le département. Si les résultats s'avèrent insuffisants, une inspection détaillée peut être mise en œuvre aux frais du laboratoire. Les mesures correctives et les coûts en résultant sont entièrement à la charge du fournisseur de prestations.

Art. 53b Laboratoires d'hôpitaux

¹ Les laboratoires d'hôpitaux qui effectuent des analyses uniquement pour les soins de l'hôpital sont admis s'ils sont placés sous la direction d'un médecin, d'un

pharmacien ou d'un responsable ayant une formation universitaire en sciences naturelles reconnue par le département ou une formation supérieure convenant à la pratique des analyses reconnue par le département.

² Pour les analyses dans le cadre des soins de base, les laboratoires d'hôpitaux doivent être accrédités en Suisse conformément à l'ordonnance du 17 juin 1996 sur l'accréditation et la désignation.

Art. 54

Abrogé

Art. 54a Conditions d'admission pour les autres laboratoires

Les officines de pharmaciens et les laboratoires mandatés par un autre fournisseur de prestations et qui font également d'autres analyses que celles effectuées dans le cadre des soins de base doivent participer à des essais interlaboratoires organisés par des services d'inspection accrédités. Si les résultats s'avèrent insuffisants, une inspection détaillée peut être mise en œuvre aux frais du laboratoire. Les mesures correctives et les coûts en résultant sont entièrement à la charge du fournisseur de prestations.

Art. 54b Responsable de la facturation

L'établissement des factures incombe au fournisseur de prestations qui a effectué l'analyse. Ce principe vaut également pour les laboratoires de cabinets médicaux et les laboratoires d'hôpitaux entre eux.

Art. 61, al. 2 et 4

² L'OFAS étudie la proposition et la soumet à la commission compétente qui, pour les analyses dans le cadre de l'assurance de base, examine la simplicité technique des systèmes d'analyse. Ceux-ci doivent satisfaire à des principes de qualité reconnus. Lors de l'examen des propositions, l'OFAS peut faire appel à des experts externes. Il peut, de son propre chef ou sur proposition de la commission compétente, subordonner l'admission d'une analyse à des examens complémentaires.

⁴ Les tests rapides ne sont pas remboursés.

Art. 62, al. 1, let. a

¹ Le département désigne les analyses qui :

- a. peuvent être effectuées par les laboratoires visés à l'art. 53, al. 2, dans le cadre des soins de base.

Art. 72 let. d

Sont publiées dans le bulletin de l'Office fédéral de la santé publique:

- d. les modifications de la liste des analyses qui prennent effet en dehors des parutions annuelles.

Art. 78

¹ Les assureurs doivent assurer l'équilibre des charges et des produits pour une période de financement de deux ans. Ils doivent en outre disposer en tout temps d'une réserve de sécurité.

² Abrogé

³ Abrogé

⁴ La réserve de sécurité de l'assureur doit, selon le nombre d'assurés dans l'assurance obligatoire des soins, atteindre, pour l'exercice annuel, au moins le pourcentage suivant des primes à recevoir:

Nombre d'assurés	Réserve de sécurité minimale %
0 – 250'000	20
Plus de 250'000	15

⁵ Les assureurs comptant moins de 50 000 assurés doivent se réassurer. L'assurance facultative d'indemnités journalières est exceptée de cette obligation.

Art. 80 al. 3^{bis}

^{3bis} Les caisses-maladie ne sont pas autorisées à détenir des participations auprès des assureurs visés à l'art. 11 de la loi.

Art. 85 al. 1

¹ Les assureurs remettent à l'OFAS, jusqu'au 30 avril de l'année suivante, le bilan, les comptes d'exploitation et un rapport de gestion portant sur l'exercice écoulé. La décision par laquelle l'organe compétent de l'assureur a approuvé les comptes peut être transmise ultérieurement, mais au plus tard le 30 juin.

Art. 85a Publication

¹ Les assureurs publient chaque année un document comprenant notamment le rapport de gestion portant sur l'exercice écoulé, le bilan, le compte d'exploitation, les données principales par branche d'assurance ainsi que les chiffres concernant les éléments comptables cités à l'art. 31 al. 2.

² Ils tiennent ce document à disposition de toute personne intéressée.

³ L'OFAS peut déterminer, par voie de directive, les informations supplémentaires que ce document doit contenir.

Art. 88 al. 2

² Deux exemplaires originaux, complets et identiques de chaque rapport doivent être remis l'un à l'organe compétent de l'assureur, l'autre à l'OFAS. Le rapport concernant la révision annuelle doit être présenté à l'OFAS jusqu'au 30 juin de l'année suivante, les rapports relatifs aux révisions intermédiaires dans les trois mois qui suivent celles-ci.

Art. 91 al. 1

¹ Si l'assureur échelonne les primes par région en vertu de l'art. 61, al. 2, de la loi, l'échelon le plus haut ne doit pas excéder l'échelon le plus bas de plus de 50 % à l'intérieur d'un même canton.

Art. 94 al. 2 et 3

² Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance ainsi que le changement d'assureur sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant préavis donné dans les délais fixés à l'art. 7, al. 1 et 2, de la loi.

³ Lorsque l'assuré change d'assureur en court d'année en vertu de l'art. 7 al. 2, 3, 4 de la loi, il garde la franchise choisie auprès de l'ancien assureur pour autant que le nouvel assureur pratique cette forme d'assurance. L'art. 103, al. 4, s'applique par analogie.

Art. 95 al. 1^{bis}, 2 et 2^{bis}

^{1bis} Les assureurs fixent le montant dont ils réduisent la prime selon les exigences d'assurance. Ils doivent respecter les réductions de primes maximales fixées aux al. 2 et 2^{bis} et accorder la même réduction en pour cent pour chaque franchise pour toutes les régions d'un canton.

² Par rapport aux primes de l'assurance ordinaire, les assureurs peuvent réduire les primes des assurances avec franchises à option au maximum:

- a. de 21 % lorsque la franchise s'élève à 150 francs pour les enfants;
- b. de 37 % lorsque la franchise s'élève à 300 francs pour les enfants;
- c. de 43 % lorsque la franchise s'élève à 375 francs pour les enfants;
- d. de 3 % lorsque la franchise s'élève à 400 francs pour les adultes;
- e. de 9 % lorsque la franchise s'élève à 600 francs pour les adultes;
- f. de 24 % lorsque la franchise s'élève à 1200 francs pour les adultes;
- g. de 30 % lorsque la franchise s'élève à 1500 francs pour les adultes.

^{2bis} La réduction de primes par année civile ne doit pas être plus importante que le 80 % du risque de participer aux coûts assumé par les assurés ayant choisi une franchise plus élevée.

Art. 97 al. 2 et 3

² L'assuré peut passer dans une autre forme d'assurance ou changer d'assureur pour la fin d'une année civile et moyennant préavis donné dans les délais fixés à l'art. 7, al. 1 et 2, de la loi.

³ Lorsque l'assuré change d'assureur en cours d'année en vertu de l'art. 7, al. 2, 3 ou 4, de la loi, le nouvel assureur doit, s'il pratique l'assurance avec bonus et si l'assuré y adhère, prendre en compte la période durant laquelle celui-ci n'a bénéficié d'aucune prestation dans l'assurance avec bonus de l'ancien assureur.

Art. 100 al. 3 et 4

³ Le passage à une autre forme d'assurance ainsi que le changement d'assureur ne sont possibles que pour la fin d'une année civile et moyennant préavis donné dans les délais fixés à l'art. 7, al. 1 et 2, de la loi.

⁴ Le changement d'assureur en cours d'année en vertu de l'art. 7, al. 2, 3 et 4, de la loi est réservé.

Art. 103 al. 1, 2 et 6

¹ La franchise prévue à l'art. 64, al. 2, let. a, de la loi s'élève à 300 francs par année civile.

² Le montant maximal annuel de la quote-part au sens de l'art. 64, al. 2, let. b, de la loi s'élève à 800 francs pour les adultes et 400 francs pour les enfants.

⁶ Une franchise et une quote-part forfaitaire sont prélevées pour les assurés résidant dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande, au Liechtenstein ou en Norvège et qui, lors d'un séjour en Suisse, ont droit à l'entraide internationale en matière de prestations sur la base de l'art. 95a de la loi. Le forfait s'élève à 100 francs pour les adultes et à 40 francs pour les enfants dans une période de 30 jours.

II

Disposition transitoire

¹ Les laboratoires non accrédités ont jusqu'au 31 décembre 2010 pour obtenir l'accréditation.

² Les assureurs comptant moins de 50 000 assurés qui ne disposent pas encore de contrat de réassurance sont tenus de se conformer à l'art. 78, al. 5 au plus tard jusqu'au 1^{er} janvier 2006.

³ Les assureurs informent chaque assuré, au plus tard au moment de la communication des nouvelles primes pour l'année 2004 selon l'art. 7, al. 2, de la loi, sur les nouveaux taux maximaux pour les réductions de primes des assurances avec franchise à option ainsi que sur les modalités d'un changement de franchise.

III

¹ La présente modification entre en vigueur à l'exception de l'al. 2 le 1^{er} janvier 2004.

² La modification de l'art. 94 al. 2 et 3, de l'art. 97 al. 2 et 3 ainsi que de l'art. 100 al. 3 et 4 entre en vigueur le 1^{er} octobre 2003.

... 2003

Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération, Pascal Couchepin

La chancelière de la Confédération, Annemarie Huber-Hotz