

Votation du 9 février 2003 : le « référendum Assura »

Depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'assurance maladie, en 1996, un différend oppose les cantons et les assureurs en ce qui concerne la prise en charge des frais des patients en divisions semi-privée et privée des hôpitaux. En novembre 2001, le Tribunal fédéral des assurances a décidé que les cantons devaient participer aux frais des personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire. Les cantons estiment cependant que la prise en charge de l'intégralité des coûts est inacceptable pour des raisons budgétaires et en raison des conséquences que cela entraînerait pour les contribuables. La loi fédérale urgente prévoit une mise en œuvre progressive du nouveau système (LF sur l'adaptation des participations cantonales). La loi sera soumise au vote le 9 février 2003 à la suite d'une demande de référendum déposée par l'assurance maladie Assura. Indépendamment de l'issue du référendum, des réformes en profondeur du système de santé sont nécessaires pour maîtriser la forte croissance des dépenses.

Dossier : Assurance maladie O4 e2

Quelles subventions cantonales pour les personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire ?

Loi fédérale urgente sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton

Brigitte Lengwiler

A l'avenir, les cantons devront également participer aux coûts des prestations obligatoirement prises en charge par l'assurance maladie de base pour les assurés au bénéfice d'une couverture complémentaire. Le Tribunal fédéral des assurances en a décidé ainsi le 30 novembre 2001. Soumise au vote en février, la loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance maladie met en œuvre cette décision, mais les assurés au bénéfice d'une couverture complémentaire profiteront progressivement des subventions cantonales. Par égard pour les finances cantonales et les contribuables, la loi n'oblige pas les cantons à prendre en charge la totalité des coûts. La prise en charge de l'intégralité des coûts augmenterait les dépenses des cantons de 700 mio. fr., un poids excessif pour les budgets cantonaux.

La loi proposée est un compromis qui tient compte de la situation des cantons. D'après la décision du tribunal, ce dispositif de financement spécial serait applicable à partir de l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance maladie, soit début 1996. Cependant, jusqu'ici, les cantons ont versé des subventions uniquement aux personnes possédant une assurance de base et hospitalisées en division commune. Le Conseil fédéral et le Parlement ont approuvé la loi fédérale urgente, mais la compagnie d'assurance Assura a déposé une demande de référendum.

Le texte adopté par les Chambres fédérales est entré en vigueur rétroactivement le 1^{er} janvier 2002. Si le projet de loi est refusé, la loi sera abrogée le 21 juin 2003.

Financement des hôpitaux : la jungle

Les prestations des hôpitaux sont financées par diverses sources. Depuis l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance maladie en 1996, l'assurance obligatoire des soins (assurance de base) est tenue de prendre en charge jusqu'à 50% au maximum des frais d'exploitation de la division commune des

hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Les charges d'exploitation restantes sont couvertes par le canton et la commune. Le litige opposant les cantons et les assurances concerne l'obligation des cantons de participer aux coûts de traitement des patients en divisions semi-privée et privée dans les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Actuellement, environ un quart de la population possède une assurance complémentaire hospitalisation en division semi-privée ou privée (cf. graphique p. 5).

La décision judiciaire de novembre 2001 entraîne une augmentation des charges pour les cantons et un allègement pour les assurances complémentaires. Le compromis proposé constitue une solution transitoire complétée par l'accord conclu entre la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) et les assurés pour 2001. Concrètement, les cantons devront faire face aux coûts supplémentaires suivants :

Estimation des coûts supplémentaires pour les cantons :

	en mio.fr.	en % du tarif de la division commune
2001	250	
2002	300	60%
2003	400	80%
2004	500	100%

Les avantages de la loi

Le projet de loi instaure la sécurité juridique nécessaire en attendant la révision de l'assurance maladie. Comme la réglementation prévoit une mise en œuvre progressive de la décision du Tribunal fédéral des assurances, elle prend en

considération la situation financière des cantons. La décision évite aux cantons de se trouver confrontés immédiatement à une augmentation des charges de près de 700 mio.fr. De plus, elle règle clairement l'obligation de paiement des cantons et, parallèlement, garantit un allègement rapide des assurances complémentaires.

Des problèmes subsistent

La loi ne supprime pas le désavantage concurrentiel subi par les hôpitaux privés. Elle les discrimine dans la mesure où la solution transitoire ne prend en considération que les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. En effet, les subventions cantonales sont versées exclusivement aux hôpitaux publics et subventionnés par les pouvoirs publics. L'extension du remboursement des prestations de l'assurance de base pour les hôpitaux privés coûterait 200 à 300 mio.fr. de plus aux cantons. Il en ressort que les hôpitaux publics et subventionnés par les pouvoirs publics continueront de bénéficier d'un traitement distinct de celui des hôpitaux privés. L'élaboration d'une solution équitable sur le plan de la concurrence et la mise sur un pied d'égalité des hôpitaux privés et des hôpitaux publics seront traitées dans le cadre de la seconde révision de la LAMal. A l'échelle de la Suisse, les cliniques privées fournissent un quart environ des prestations hospitalières.

La question de l'application de la loi aux hôpitaux privés a également causé des remous au Conseil national ; cette extension a néanmoins été refusée au motif que le traitement égal des hôpitaux privés serait introduit lors de la révision de la LAMal actuellement en cours. La conseillère fédérale Ruth Dreifuss estimait que la loi et la restriction de son application aux hôpitaux publics et subventionnés par les pouvoirs publics prépare le terrain pour une restructuration en profondeur du mode de financement des hôpitaux. La loi devrait faciliter la transition pour les cantons.

Par ailleurs, les factures des hôpitaux posent encore un problème : elles manquent cruellement de transparence et les prestations ne sont pas ventilées selon qu'elles relèvent de l'assurance de base ou d'une éventuelle assurance complémentaire.

Assura estime qu'avec la décision de compromis adoptée, les cantons continueraient à esquisser le traitement égal de tous les assurés. Les caisses-maladie et en particulier les assurés en semi-privé et en privé se verraient dans l'obligation de prendre en charge des coûts que les cantons auraient dû assumer. Les personnes qui ont conclu des assurances

complémentaires seraient contraintes de payer des coûts hospitaliers qu'ils financent déjà par le biais de leurs impôts. Assura qualifie cette inégalité de traitement entre assurés couverts par l'assurance de base et assurés ayant contracté des assurances complémentaires d'inacceptable et de « tour de passe-passe législative ». Dans ces conditions, estime l'assurance, les assurés seront de plus en plus nombreux à renoncer à leurs complémentaires, de sorte que les divisions communes des hôpitaux seront davantage sollicitées et devront être développées. Assura compte 310 000 membres. Les cliniques privées ont également pris part à la récolte des signatures. Leur survie dépend d'un traitement équitable des assurés.

Les partisans de la décision

Le Conseil fédéral est favorable à la loi qu'il qualifie de compromis et de solution transitoire raisonnable dans l'intérêt des assurés au bénéfice de complémentaires. Le Parlement a approuvé la loi fédérale sans opposition.

La CDS apporte son soutien à la loi fédérale urgente sur le financement des hôpitaux. Elle estime qu'il s'agit d'un compromis politique difficilement acquis qu'il ne faut pas sacrifier à l'intérêt d'un seul assureur. Le lancement du référendum a irrité la CDS. La loi garantit à son sens le passage en douceur et sans douleur à la réglementation du financement des hôpitaux dans la nouvelle LAMal. Si la loi fédérale était rejetée, les contribuables verraient leurs impôts augmenter massivement et l'on assisterait à un chaos au niveau de l'exécution.

Santésuisse soutient elle aussi la loi fédérale urgente. La solution mise en place pour appliquer l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances apparaît applicable pour toutes les parties. Elle permettrait de le mettre en œuvre rapidement et de manière uniforme dans toute la Suisse. Les assurés ayant contracté des assurances en cas d'hospitalisation en semi-privé et en privé bénéficieraient immédiatement d'un allègement sensible. La loi fédérale urgente permettrait d'éviter des querelles sur le bon niveau de la participation relevant de l'assurance de base. Enfin, la loi rendrait aussi possible un passage sans heurts à la deuxième révision de la LAMal qui réglera le financement des traitements hospitaliers.

Les étapes d'une réglementation controversée :

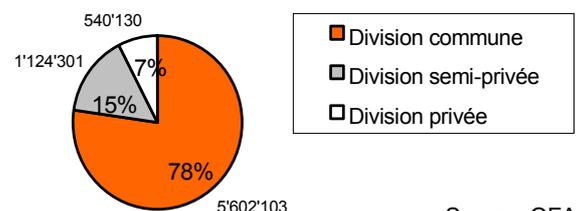
- > 1996 : la nouvelle loi sur l'assurance maladie entre en vigueur. En vertu de cette loi, l'assurance maladie obligatoire doit prendre à sa charge au maximum 50% des frais d'exploitation de la division commune des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Les autres coûts d'exploitation sont supportés par le canton ou la commune. Dans le cas des assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire, l'assurance couvre les charges hospitalières supplémentaires inhérentes au séjour d'un assuré en division semi-privée ou privée, à la prise en charge par le médecin chef ou au libre choix du médecin. Après l'entrée en vigueur de la LAMal s'est posée la question de l'interprétation de la contribution obligatoire des cantons aux assurés ayant contracté une assurance complémentaire.
- > 1997 : le Tribunal fédéral des assurances décide qu'en cas d'hospitalisation justifiée par des raisons médicales en dehors du canton de domicile, les cantons doivent payer leur contribution et ce quelle que soit la division d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics.
- > 1998 : moratoire négocié entre la CDS (Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires) et le Concordat des assureurs-maladie suisse (aujourd'hui : santésuisse). Selon cet arrangement, les assureurs renoncent aux contributions des cantons, au plus tard jusqu'au 31.12.2000.
- > Septembre 2000 : adoption du message sur la deuxième révision partielle de la LAMal. Les assurés ne sont pas prêts à prolonger le moratoire au-delà de l'échéance fixée.
- > 30.11.2001 : décision du TFA selon laquelle même en cas de séjour hospitalier dans le canton de domicile de l'assuré, les cantons doivent participer aux coûts de traitement hospitalier des patients en division privée ou semi-privée d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Conséquence : augmentation des charges des cantons et allègement des frais pris en charge par l'assurance complémentaire. Les coûts supplémentaires pour les cantons sont estimés à 700 millions de francs au moins. Vu l'importance de la charge supplémentaire pour les cantons, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats propose une variante allégée de participation au financement à titre de réglementation transitoire jusqu'à l'entrée en vigueur de la révision de la LAMal.

Les conséquences du rejet de la 2^e révision de la LAMal

De simples transferts de charges de la Confédération aux cantons ou des cantons aux assurances-maladie ou inversement ne suffisent pas. La nouvelle réglementation du financement des hôpitaux constitue un volet important de la deuxième révision de la LAMal. Le Conseil national a rejeté l'ensemble du projet lors de la session d'hiver, parce que la révision ne prend pas suffisamment en compte des éléments propres à réduire les coûts. Le remaniement du projet ainsi rendu nécessaire ouvrira de nouvelles perspectives dans le sens d'une réforme du système de santé axée sur la baisse des coûts, pour autant que l'initiative-santé du PS, vraisemblablement soumise au peuple en mai et prévoyant des primes dépendantes du revenu ou des pour cent de TVA supplémentaires, soit rejetée.

Dans son Concept des dépenses, economiesuisse a formulé une série de propositions concrètes en vue d'une véritable réforme du système de santé : extension du système de bonus, augmentation et échelonnement de la participation de l'assuré et de la franchise de base plutôt qu'une augmentation généralisée des primes, désenchevêtrement des charges incombant à la Confédération et aux cantons en matière de réduction des primes, mode de financement uniforme de toutes les prestations obligatoires, changement de système dans le sens d'un financement moniste des hôpitaux, suppression de l'obligation de contracter, promotion d'instruments visant à résorber les surcapacités par le regroupement ou la fusion d'hôpitaux.

Assurés d'après la classe d'hôpital, 1999



Source: OFAS