

# Société pour la gestion du personnel

## S E P

Section neuchâteloise

Procès-verbal No 250

Séance du 3 octobre 1995, à l'hôtel Le Beaufort à Neuchâtel, à 17 h 30

**Présents** : 35

### **Thème** : INTRODUCTION DE LA LAMal en 1996

M. Widmer présente l'orateur de la soirée : M Jean-Louis Grau, agent régional de la Caisse maladie Chrétienne Sociale Suisse, Neuchâtel qui, en sa qualité de spécialiste, (il assume également la présidence de la Fédération neuchâteloise des caisses maladie) développera les différentes facettes de la LAMal.

### **Quelle est la nouvelle venue ?**

En son article 1er, la LAMal se définit comme une assurance-maladie sociale. Elle se distingue ainsi clairement de l'assurance dite privée qui elle relève de la LCA (Loi sur le contrat d'assurances). Elle comprend l'assurance obligatoire des soins (frais médicaux et pharmaceutiques), une assurance-accidents pour les personnes qui ne sont pas soumises à la LAA (Loi fédérale sur l'assurance-accidents), et également une assurance maternité. Elle entrera en vigueur en janvier 1996 en remplacement d'une vieille dame née le 13 juin 1911: La LAMA qui était une loi d'encouragement à l'assurance et une législation de subventionnement et dont le régime était facultatif tout en déléguant aux communes et cantons la possibilité d'instaurer l'obligation d'assurance sur leur territoire. C'est du reste en vertu de cette délégation que le Grand Conseil neuchâtelois adoptait le 26 juin 1979 la LAMO (entrée en vigueur le 1er janvier 1981), la loi cantonale sur l'assurance-maladie qui la rendait obligatoire dans le canton de Neuchâtel, qui a été le premier canton suisse à appliquer cette mesure. C'est dire, conclut le conférencier, que nous avons environ 15 ans d'expérience dans le canton sur l'obligation d'assurance.

### **Le principe de solidarité**

Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer. L'introduction de ce principe consacre la solidarité entre assurés. Actuellement, note l'orateur, le quasi 100 pour cent de la population est assuré donc l'intérêt de l'assurance obligatoire est ailleurs : dans le véritable libre passage entre assurances. En effet, ainsi, comme un jeune de quinze ans, un centenaire (ce qui le rajeunira) pourra changer de caisse s'il n'est pas content de la sienne sans perdre ses droits d'assuré

puisque'il n'y aura plus de groupes d'âge. Ainsi le principe de la solidarité sera-t-il réalisé entre riches et pauvres, jeunes et vieux, malades et bien-portants, donc aussi entre jeunes, riches et bien-portants et vieux, pauvres et malades, faut-il le préciser !

## **Des assureurs**

*Obligation d'assurer* : Un assureur ne peut pas, dans son rayon d'activité, faire obstacle à un malade grave qui voudrait s'assurer. La personne tenue de s'assurer choisit librement son assureur. Il y a évidemment une ou deux exceptions à l'obligation de s'assurer, ce sont, entre autres, les agents de la Confédération. Les frontaliers et leur famille sont soumis à l'assurance obligatoire, mais sur requête de leur part, ainsi que les travailleurs détachés à l'étranger et leur famille.

*Changement d'assureur* : Il ne pourra se faire que lorsque les primes et les participations seront payées, un peu à l'instar de la pratique du barreau.

*Autorisation d'assurer* : Contrairement à la LAMA qui ne permettait la pratique de l'assurance-maladie qu'aux caisses maladie, la LAMal autorisera les compagnies d'assurances privées, qui bénéficieront de l'autorisation adéquate, à pratiquer l'assurance-maladie selon la LAMal.

Les assureurs pratiquent l'assurance de soins et l'indemnité journalière selon la LAMal alors que les assurances complémentaires (hospitalisation privée, etc.) seront régies selon la LCA.

## **La prime**

La prime, ce n'est pas de la frime. Elle sera unique, par canton et par assurance. C'est le grand chambardement. Chaque assurance pourra avoir par canton trois régions distinctes. Les assurés de moins de 18 ans payeront une cotisation inférieure. Pour les assurés de plus de 18 ans, mais de moins de 25 ans, encore en formation, l'assureur peut également fixer une prime inférieure à celle des adultes.

## **Le catalogue des prestations**

Il n'y a pas de grosses surprises, affirme M. Grau.

*Soins à domicile* : La loi les inclut. Cela ne touche pas Neuchâtel parce que ce canton avait anticipé sur la Confédération, et avait déjà une bonne législation en matière de soins à domicile. Même meilleure que celle qu'on va avoir parce que le canton de Neuchâtel obligeait les caisses maladie à payer les prestations aux aides familiales. Celles-ci ne seront plus autorisées à pratiquer par la LAMal au sens de l'assurance-maladie. *Nouveau* : Outre les médecins, les pharmaciens, les chiropraticiens, etc. pourront travailler pour l'assurance-maladie, les infirmières à domicile. Coût de l'amélioration env. 120 Mios de francs.

*Prévention* : Sous gestion commune des assureurs et des cantons, une institution aura pour tâche de stimuler, de coordonner, d'évaluer des mesures destinées à prévenir les maladies. La prévention est une innovation dans le domaine de l'assurance-maladie. Huit examens pour enfants en âge préscolaire, un test VIH, diverses vaccinations pour enfants et adolescents jusqu'à 16 ans, rappel de vaccins contre la diphtérie et le tétanos pour adultes tous les 10 ans ou vaccination antitétanique après blessure. Coût env. 110 Mios de francs.

*Soins dentaires* : Aussi améliorés lorsqu'ils seront occasionnés par une maladie grave.

*Frais de transport* : L'orateur avoue avoir espéré plus parce que c'est un grand problème au sein des caisses. Il sera alloué 50% des frais occasionnés par transport médicalement indiqué et effectué par un moyen qui correspond aux exigences médicales du cas. Le montant maximum est de Fr 500.-- par année civile.

*Frais de sauvetage* : Même déception dans la mesure où il sera alloué 50% des coûts en Suisse, au maximum 5 000 francs par année civile. Coût annuel env. 50 Mios de francs.

*Prestations de maternité* : Légère amélioration. L'assurance-maladie prend en charge 7 examens pour une grossesse normale et un contrôle entre le sixième et la dixième semaine après l'accouchement (jusqu'à présent : quatre examens). En cas de grossesse à risque, les examens répétés, les ultrasonographies seront prises en charge. L'amniocentèse sera payée pour les femmes ayant dépassé 35 ans. Un montant de 100.-- francs sera alloué pour la préparation à l'accouchement. Et des conseils en matière d'allaitement seront remboursés à raison de 3 séances au maximum.

*L'indemnité journalière* : Elle est facultative pour l'assuré. Un candidat peut s'assurer dès 15 ans et ne doit pas avoir 65 ans. Il doit être domicilié en Suisse et y exercer une activité lucrative. *Nouveau* : Elle est obligatoire pour l'assureur, c'est-à-dire qu'il est tenu d'assurer tout ayant droit même s'il est malade.

*Prime accidents* : Contrairement à la pratique actuelle, il y aura possibilité de suspendre la couverture des accidents quand il y a la LAA et naturellement réduction des primes en conséquence, mais ce ne sera pas une réduction considérable (env. 10%). Dès que la couverture LAA cesse totalement ou partiellement les accidents seront couverts par les assureurs selon la LAMal. *Nouveau* : Les employeurs ou l'assurance-chômage doivent informer par écrit l'assuré avant la fin de la couverture LAA. Ensuite, il appartient à celui-ci de s'annoncer à l'assurance-maladie.

## **Les franchises à option**

Elles seront toujours valables contre réduction adéquate des primes. La franchise de base reste à 150.-- francs. Les autres seront de 300.--, 600.-- et 1 200.--, mais il y aura une dernière-née à 1 500.-- francs. Pour les enfants ce sont des franchises de 150.--, 300.--, et 375.-- francs.

## **Arriéré des cotisations**

Il faudra entamer la procédure de poursuites jusqu'à l'acte de défaut de biens et là, faire l'annonce au service compétent d'aide sociale. Dès ce moment-là, il y aura suspension des prestations. *Nouveau* : Le canton de Neuchâtel où jusqu'à maintenant, à cause de la loi obligatoire, les prestations continuaient à être versées même en cas de non-paiement des primes, verra ce mode de faire supprimé. Toutefois lorsque l'assuré paiera ses primes arriérées et les intérêts, les prestations devront lui être remboursées.

## **Les bénéficiaires**

Jusqu'à maintenant, à Neuchâtel, nous avons des bénéficiaires à 100, 75, 50, 25 pour cent. Pour 1995, le canton versera 22 Mios de prestations aux assurés à revenu modeste, ce qui re-

présente à peu près le 16 % de la population. Dans le futur, ce sera 58 Mios de subventions qui seront distribués : 49 Mios par la Confédération, 8.4 Mios par le canton. Le 30 % de la population, quasiment le double, sera subsidié. Il n'y aura plus avec la nouvelle loi de bénéficiaires à 100, mais à 90 % parce que les politiques veulent que les gens prennent conscience du coût de la santé. Les classes de 75, 50, 25 pour cent resteront, mais il y aura en plus une classe de bénéficiaires à 10 pour cent. Sur la base de la déclaration d'impôt, il y a automatisme des subsides. Par contre, dans d'autres cantons, il faut que le citoyen demande à bénéficier d'un subside. Le canton de Neuchâtel a ce qu'on appelle la classification permanente, c'est-à-dire la possibilité (en cas de chômage, naissance au milieu de l'année) d'avoir droit au subside à la date de la survenance de l'événement, alors que la loi fédérale prévoit plutôt des changements d'assurance au 1er janvier. On s'est battu dans le canton pour garder ce principe de la classification permanente et on y est parvenu.

## **Les réserves**

Elles seront toujours autorisées pour les maladies existantes au moment de l'admission ou pour les maladies antérieures si, selon l'expérience, une rechute est possible. La durée de la réserve est de cinq ans, mais l'assuré peut fournir la preuve médicale, avant l'échéance, que celle-ci n'est plus justifiée. La communication d'une réserve doit être faite par écrit à l'assuré. Le début et la fin ainsi que le type de maladie qu'elle concerne doivent être précisés. Une réserve peut être apposée lors des opérations d'assurance suivantes: admission, augmentation du montant assuré et réduction d'un délai d'attente. L'assureur ne peut pas mettre de réserve lorsqu'un assuré à changer d'assureur parce que ses rapports de travail ou la fin de ceux-ci l'exigent, s'il sort du rayon d'activité de son assureur antérieur ou si celui-ci ne pratique plus l'assurance-maladie sociale. Le nouvel assureur peut maintenir en vigueur des réserves instaurées par l'ancien assureur jusqu'à l'échéance du délai fixé initialement.

## **Résiliation**

L'assuré peut moyennant un préavis de trois mois changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile. Le préavis de résiliation est ramené à un mois en cas d'augmentation des primes.

## **Recours**

La procédure sera un peu compliquée. En ce qui concerne la LAMal pour les frais médicaux de base et l'indemnité journalière, ce sera auprès du Tribunal cantonal des assurances, voire du Tribunal fédéral à Lucerne, alors que pour les assurances complémentaires ce sera, selon la LCA, donc procédure civile, soit le Tribunal fédéral à Lausanne.

## **Les contrats collectifs**

Selon le législateur, ces contrats ont joué un rôle important dans la désolidarisation entre les assurés parce qu'ils regroupaient les personnes actives, relativement jeunes (en tout cas moins de 65 ou 62 ans), et souvent des hommes parce que ceux-ci travaillent. « J'allais dire plus que les femmes », ajoute avec une pointe d'humour le conférencier, et d'ajouter « Ce n'est pas ce que je voulais dire » (rire féminin de soulagement), comprenez, je veux dire qu'il y a plus d'hommes qui travaillent que de femmes apparemment. » C'est bien connu, y compris ceux qui travaillent de travers.

*Contrats collectifs à prix préférentiels* : Sont abolis, toutefois les contrats collectifs subsisteront. L'assurance frais médicaux et pharmaceutiques aura la même prime que l'assurance individuelle, mais toutes les assurances complémentaires, les compléments, qui ne sont pas payés par l'assurance de base (médecine douce par exemple ou l'hospitalisation privée) là, les assureurs offriront encore des avantages sérieux aux preneurs de contrats collectifs.

L'assureur peut aussi indemniser le preneur du contrat pour rémunérer les frais administratifs, mais l'indemnisation ne pourra pas être répercutée sur les primes des assurés collectifs.

Les assurances collectives peuvent être conclues par les employeurs pour leurs travailleurs par des organisations d'employeurs ou des associations professionnelles pour leurs membres et les travailleurs de leurs membres ou par des organisations de travailleurs pour leurs membres. C'est le département fédéral de l'intérieur qui autorisera les assureurs à pratiquer. Pour pratiquer l'assurance-maladie sociale il faut garantir l'égalité de traitement des assurés, et n'affecter qu'à des buts d'assurance-maladie sociale les ressources provenant de celle-ci.

*Transfert* : Un assuré peut être transféré d'assurance collective en assurance individuelle.

## **De l'hôpital**

*Planification hospitalière* : Les cantons auront l'obligation de surveiller qu'il n'y ait pas trop d'hôpitaux, de lits, de services. Cette règle s'étend aussi aux cliniques privées, et homes médicalisés et privés. Rappel est fait aussi de la votation neuchâteloise sur la restructuration hospitalière.

*Prestations ambulatoires* : Comme par le passé, l'assureur les prend en charge selon les tarifs applicables au lieu de résidence ou de travail. En cas de traitement hospitalier ou semi-hospitalier, l'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton où réside l'assuré sauf en cas de nécessité médicale. Si une personne est en déplacement dans un autre canton et tombe subitement malade, elle aura droit d'aller chez le médecin et d'être rétribuée au prix du canton dans lequel elle sera. Egalement en ce qui concerne l'hospitalisation, s'il y a une nécessité médicale parce qu'il y a urgence ou parce que nos hôpitaux cantonaux ne sont pas équipés pour telle ou telle intervention, le canton aura l'obligation de payer la différence entre le prix du canton et le tarif hors canton.

## **Des conventions**

Contrairement à ce qui existe maintenant, la convention conclue par une fédération des caisses maladie n'engagera plus tous ses membres. Chaque membre devra donner son accord. Il est prévisible que les grands groupes de caisses iront maintenant faire pression directement sur les hôpitaux, sur les médecins, pour essayer d'obtenir pour leur groupe des prestations meilleur marché. Ceci est autorisé par la loi. Ce qui n'est plus toléré par contre c'est la conclusion de contrats séparés, et l'obligation d'adhérer aux accords existants. C'est-à-dire qu'il y a interdiction de concurrence.

*Clauses d'exclusivité* : Telles qu'elles existaient sont désormais interdites dans les conventions. Ces conventions tarifaires sont enfin soumises à l'approbation cantonale qui devra surveiller entre autres quelles soient conformes à la loi, à l'équité, mais aussi économiques.

*Conventions tarifaires avec les hôpitaux* : Les caisses maladie n'auront pas l'obligation de payer plus que le 50% des frais imputables dit la loi, c'est-à-dire les frais médicaux, par oppo-

sition aux investissements, à la formation, etc. Actuellement, dans le canton de Neuchâtel, les caisses maladie payent le 47% des frais médicaux, cela implique qu'il y aura une augmentation pour les assurés.

*Autorité de surveillance* : Les caisses maladie auront à tâche de surveiller que les frais d'exploitation résultant d'une surcapacité hospitalière ne leur soient pas facturés. Les hôpitaux devront avoir une comptabilité analytique (ce qui est déjà le cas dans le canton de Neuchâtel) et également des statistiques élaborées. Les gouvernements cantonaux ainsi que la Confédération devront faire procéder à des comparaisons entre les établissements de façon à pouvoir dire tel établissement n'est plus dans la norme et ne doit plus en conséquence être subventionné. Une institution commune aura pour tâche de payer les prestations si un assureur n'est plus en mesure de le faire et devient insolvable.

*Homes médicalisés* : S'agissant des homes médicalisés, les caisses maladie devront prendre les frais dans les mêmes mesures que pour les soins à domicile : frais médicaux et infirmiers sous forme éventuellement d'un forfait ce qui est déjà le cas dans le canton de Neuchâtel où les caisses maladie payent aux homes médicalisés 35.-- francs par jour.

*Prestations médicales* : La loi dit qu'elles doivent se limiter à ce qui est exigé par l'intérêt de la survie, par le but du traitement et les fournisseurs peuvent être tenus à restitution. Tout avantage direct ou indirect doit être répercuté par le fournisseur de prestations sur le débiteur de la rémunération ce qui signifie qu'un médecin qui obtiendrait d'un laboratoire 10, 15, 20 ou 30 pour cent devra rabaisser son prix et en faire bénéficier l'assuré.

## **Facturation**

Sauf conventions contraires entre fournisseurs de prestations et assureurs, l'assuré sera débiteur de la rémunération des prestations. Donc le système du tiers garant qui était déjà consacré dans la LAMA. Les fournisseurs et assureurs peuvent convenir en revanche d'un système autre qui est le système du tiers payant, tel que conclu actuellement avec les pharmaciens, les hôpitaux. *Nouveau* : Quel que soit le système de facturation, l'assuré recevra du fournisseur une facture claire, cas échéant une copie de la facture détaillée et compréhensible. Le législateur veut par là de la transparence. Les fournisseurs de prestations et les assureurs bénéficieront d'une grande liberté pour convenir de tarifs applicables : au temps consacré, à la prestation (c'est le cas des médecins), au forfait, etc.

Riches, vieux, jeunes, bien-portants, hommes et femmes, ont applaudi l'orateur de la soirée en se disant, après ce qu'il leur a été communiqué, qu'à Neuchâtel il fait quand même bon vivre.

L'heure habituelle, 19 h 30, leva la séance.

Pour le surplus se référer à la loi et aux ordonnances.

Jacques Maurice Chenux

Neuchâtel, le 31 octobre 1995.