

La révision de la loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents et ses effets pour les assurés

Autor(en): **Bridel, Danielle**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Revue syndicale suisse : organe de l'Union syndicale suisse**

Band (Jahr): **58 (1966)**

Heft 1

PDF erstellt am: **08.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-385389>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

REVUE SYNDICALE SUISSE

ORGANE MENSUEL DE L'UNION SYNDICALE SUISSE

Supplément trimestriel: «TRAVAIL ET SÉCURITÉ SOCIALE»

58^e année

Janvier

N° 1

La revision de la loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents et ses effets pour les assurés

Par *Danielle Bridel*

I. Introduction

La loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents a été modifiée en date du 13 mars 1964. Les nouvelles dispositions sont entrées en vigueur, en ce qui concerne les subventions avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 1964, et de manière générale le 1^{er} janvier 1965; toutefois, comme les caisses-maladie reconnues avaient un délai expirant le 1^{er} janvier 1966 pour adapter leurs statuts à la nouvelle loi, c'est maintenant seulement que la revision commence à déployer ses pleins effets.

Lors de la revision, rien n'a été modifié au système même de l'assurance-maladie suisse: celle-ci continue à être facultative sur le plan fédéral (les cantons et les communes ayant la compétence de la rendre obligatoire), à être une assurance ouverte à tous (c'est-à-dire non réservée aux seuls salariés), à être une assurance individuelle (l'assurance du père de famille n'entraînant pas automatiquement celle des membres de sa famille), enfin à être une assurance gérée par des organismes qui sont pour la plupart privés et auxquels la loi reconnaît expressément la liberté de s'organiser à leur gré à défaut de disposition légale contraire. La loi elle-même reste une loi cadre ne fixant que des prestations minimales.

II. Points essentiels sur lesquels la revision a porté

La revision a porté essentiellement sur les points suivants: 1° admission facilitée; 2° extension des dispositions sur le libre passage; 3° extension des prestations aussi bien en cas de maladie qu'en cas de maternité; 4° modification des dispositions sur les relations entre médecins et caisses; 5° financement; 6° contentieux.

1. Admission facilitée

Désormais, aucun candidat ne pourra plus se voir refuser l'admission dans une caisse-maladie pour raisons de santé ou de grossesse. Certes, les caisses-maladie pourront mettre sous réserve les maladies existant au moment de l'admission ou des maladies antérieures si, selon l'expérience, une rechute est possible, mais ces réserves n'auront effet que pendant cinq années au plus. Précisons, cependant, que les caisses, si elles doivent obligatoirement assurer les candidats pour les soins médico-pharmaceutiques et pour l'indemnité journalière minimale de 2 fr. lorsqu'elles pratiquent les deux assurances de base, restent libres de refuser des prestations plus élevées, celles-ci étant des prestations facultatives.

2. Libre passage

Aux anciens motifs de libre passage (changement de domicile, de profession ou d'employeur, perte de la reconnaissance par la caisse ou dissolution) sont venus s'ajouter l'accomplissement de l'âge maximal prévu par les statuts lorsqu'il s'agit d'une caisse qui n'assure que les mineurs; pour l'assurance des membres de la famille dans les caisses d'entreprise, de profession ou d'association professionnelle, la sortie de la caisse par l'assuré ou le début d'une activité lucrative, la sortie de la communauté familiale ou l'accomplissement de l'âge maximal prévu par les statuts pour les mineurs; enfin, la sortie de l'assurance collective lorsque l'assuré ne réside pas dans le rayon d'activité de la caisse ou ne fait pas partie de l'entreprise, de la profession ou de l'association professionnelle à laquelle la caisse limite son activité.

Le droit au libre passage est subordonné à une affiliation d'au moins six mois (et non plus d'une année) sans une interruption de plus de trois mois; dans les caisses d'entreprise ou d'association professionnelle, il n'existe que jusqu'à l'âge de 55 ans, l'intéressé plus âgé ayant le droit de demeurer dans la caisse en étant assuré pour les mêmes prestations que jusqu'alors, dans les limites de la surassurance. Lorsque l'assuré a fait partie d'une caisse d'entreprise ou d'association professionnelle pendant cinq ans et qu'il est malade au moment où il aurait droit au libre passage, la caisse doit le garder jusqu'à la fin de la maladie; il en est de même (sans condition d'affiliation de cinq ans) pour les femmes qui sont enceintes ou bénéficient des prestations pour maternité au moment où elles auraient droit au libre passage.

3. Extension des prestations

Les caisses doivent obligatoirement verser des prestations en cas de tuberculose et elles sont tenues de couvrir les frais de traitement

des infirmités congénitales s'ils ne sont pas pris en charge par l'assurance-invalidité.

Les modifications apportées aux prestations dans les différentes branches d'assurance sont les suivantes:

a) *Assurance des soins médico-pharmaceutiques*: Les caisses devront désormais prendre en charge, en cas de traitement ambulatoire, non seulement les frais de médecin et de médicaments, mais aussi les frais de traitements des chiropraticiens autorisés par les cantons à exercer en vertu d'un certificat de capacité reconnu par la Confédération, les frais des traitements scientifiquement reconnus (physiothérapie et quelques soins infirmiers), appliqués, sur prescription du médecin, par le personnel paramédical, et les frais des analyses figurant dans une liste officielle. En cas de traitement hospitalier, l'assurance couvrira les mêmes frais qu'en cas de traitement ambulatoire et versera une contribution aux autres frais de soins d'au moins 6 fr. par jour; les caisses ne sont pas tenues de prendre en charge les frais de pension. En cas de cure balnéaire, une contribution forfaitaire de 10 fr. par jour au moins couvrira les frais médico-pharmaceutiques.

La durée des prestations est illimitée en cas de traitement ambulatoire et d'au moins 720 jours dans 900 jours consécutifs en cas de traitement hospitalier. Cependant, les bénéficiaires de rentes ou d'allocations pour impotents de l'assurance-invalidité, de même que les mineurs ayant déjà séjourné à l'hôpital pendant 360 jours consécutifs, ne se verront pas imputer leurs jours d'hospitalisation sur la durée de 720/900 jours.

b) *Assurance d'une indemnité journalière*: Le minimum de l'indemnité a été porté de 1 à 2 fr. et la durée minimum est de 720 jours dans 900 jours consécutifs. Une disposition novatrice est celle qui impose aux caisses l'obligation d'ouvrir aux femmes exerçant une activité lucrative les mêmes classes d'indemnité journalière qu'aux hommes.

c) *Prestations en cas de tuberculose*: Les contributions minimales aux frais de cure sont de 8 fr. pour les enfants et de 12 fr. pour les adultes. Quant à la durée minimale, elle est de 1800 jours dans sept années consécutives. Pour le reste, les changements ne sont guère importants.

d) *Prestations en cas de maternité*: Désormais, les femmes ayant été membres de caisses-maladie durant au moins 270 jours sans une interruption de plus de trois mois recevront, en cas d'accouchement après une grossesse d'au moins vingt-huit semaines, en sus des prestations médico-pharmaceutiques:

- en cas d'accouchement à domicile, des prestations pour l'assistance à la naissance par la sage-femme et par le médecin;
- en cas d'accouchement dans un établissement hospitalier, une contribution d'au moins 40 fr. à la taxe d'accouchement;
- une contribution d'au moins 3 fr. par jour aux soins de l'enfant tant que celui-ci séjourne avec sa mère en établissement hospitalier ou, si l'enfant doit être traité pour une maladie dans les dix semaines suivant l'accouchement, une contribution d'au moins 6 fr. aux frais de traitement et de soins de l'enfant.
- La caisse devra prendre également en charge les frais de quatre examens de contrôle pendant la grossesse et d'un examen dans les dix semaines qui suivent l'accouchement. Enfin, si l'assurée allaite son enfant pendant dix semaines, elle recevra une indemnité d'allaitement d'au moins 50 fr.

En ce qui concerne l'indemnité journalière versée en cas de maternité aux femmes assurées pour une indemnité journalière en cas de maladie, il est prévu expressément que l'indemnité ne peut être réduite avant la fin de la durée du droit aux prestations en cas de maternité si la femme a travaillé jusqu'à quatre semaines avant l'accouchement.

La durée des prestations a été portée à dix semaines, dont en tout cas six après l'accouchement, l'assurée pouvant décider comment elle entend répartir les quatre semaines restantes entre la période qui précède et celle qui suit l'accouchement.

4. Relations entre médecins et caisses

Dans les limites de cet article, nous ne traiterons que des questions qui concernent directement les assurés.

La loi prévoit la création d'une classe d'assurés dans une situation très aisée (à déterminer par les cantons) pour laquelle, à moins de convention contraire, les médecins sont libres d'appliquer le tarif qui leur convient. Les caisses doivent à cette catégorie d'assurés des prestations pour frais médicaux calculées d'après le tarif applicable aux autres assurés, ou, si ceux-ci sont répartis en deux classes, d'après le tarif applicable à la classe supérieure.

Les tarifs médicaux seront fixés librement (c'est-à-dire sans référence à un tarif médical cantonal) par conventions passées entre caisses et médecins, ces conventions pouvant prévoir une répartition des assurés, selon leur revenu et leur fortune, en deux classes auxquelles s'appliquent deux tarifs différents. Les conventions sont soumises à l'approbation du gouvernement cantonal et recours peut être formé contre la décision de celui-ci auprès du Conseil fédéral.

En l'absence de convention, s'appliquent tout d'abord pendant un an un ou des tarifs cadres qui ne sont que le ou les tarifs conventionnels antérieurs avec des taxes minimales inférieures et des taxes maximales supérieures entre lesquelles le médecin peut faire varier ses honoraires selon la difficulté de l'acte médical. A l'expiration d'une année, le gouvernement cantonal peut édicter un nouveau tarif cadre sans référence au tarif conventionnel antérieur; il ne peut maintenir la classification conventionnelle que si les deux parties sont d'accord.

Les caisses-maladie sont tenues de prendre en charge les frais médicaux conformément au tarif déterminant, de sorte qu'en l'absence de convention, si la loi est respectée, l'assuré a la garantie d'être couvert aussi complètement que dans un régime conventionnel. Cependant, c'est lui qui est débiteur des honoraires; avant de s'acquitter envers le médecin, il a, toutefois, toute latitude de demander à la caisse de lui verser ce qu'elle lui doit.

En l'absence de convention, les médecins peuvent adresser à un organisme désigné par le canton une déclaration selon laquelle ils refusent de soigner les assurés conformément à la loi. Au cas où, en particulier du fait du grand nombre de ces déclarations, le traitement, conforme à la loi, des assurés à ressources modestes ne serait plus garanti, le gouvernement cantonal devrait prendre des mesures, limitées dans le temps, pour remédier à cet état de choses. En pareille occurrence, il devrait fixer les limites déterminant la classe des assurés à ressources modestes et prévoir un tarif de remboursement (tarif obligatoire pour les caisses et non pour les médecins) applicable en cas de traitement des assurés qui ne font partie ni de la classe des assurés à ressources modestes ni de celle des assurés dans une situation très aisée.

Puisque, sauf convention contraire, c'est l'assuré qui est débiteur des honoraires, la loi prévoit que le médecin est tenu de lui fournir tous les renseignements qui lui sont nécessaires pour faire valoir son droit envers la caisse, les indications d'ordre médical pouvant n'être fournies qu'au médecin-conseil. D'autre part, l'assuré peut aussi saisir lui-même le tribunal arbitral cantonal prévu pour régler les conflits entre médecins et caisses; il peut d'ailleurs demander à la caisse qu'elle le représente au procès.

5. *Financement*

a) La loi pose divers nouveaux principes en ce qui concerne les versements des assurés.

Quant aux cotisations – qui, on le sait, varient de caisse à caisse – la loi indique les motifs pour lesquels elles peuvent être échelonnées, soit l'âge d'entrée, les frais dus aux conditions locales et le sexe; à ce propos, elle prévoit une restriction: les cotisations des femmes

ne peuvent, en effet, dépasser celles des hommes de plus de 10 %. Les cotisations peuvent aussi être échelonnées, à certaines conditions, pour faciliter l'assurance des familles ainsi que celle des mineurs ou en faveur de certains groupes de personnes. Autre principe très important: lorsque les assurés (non dans une situation très aisée) sont répartis en deux classes, les cotisations *doivent* être différentes selon la classe, les prestations étant différentes.

La participation aux frais, qui pouvait être jusqu'ici de 25 % au plus, a été remplacée par une participation de 10 % en moyenne, à laquelle vient s'ajouter, pour les adultes, par cas de traitement ambulatoire, une franchise d'un montant de 15 fr. (montant pouvant être porté à 25 fr. au maximum pour la classe conventionnelle supérieure et à 150 fr. pour les assurés dans une situation très aisée). Par ce moyen, le législateur a voulu que l'assuré supporte une part proportionnellement plus grande des frais en cas de maladie de courte durée, ce qui devrait faire diminuer les recours à la caisse pour des malaises sans importance et laisser ainsi plus de ressources à disposition pour les cas graves. Aucune participation aux frais ni aucune franchise ne sont dues en cas d'hospitalisation, de cure balnéaire, de tuberculose et de maternité.

b) Les subsides fédéraux pour l'assurance des soins médico-pharmaceutiques sont désormais calculés en pour-cent de la moyenne des frais médico-pharmaceutiques pour l'ensemble du pays; ils sont égaux à 10 % de cette moyenne pour les hommes, à 35 % pour les femmes et à 30 % pour les enfants, la moyenne étant déterminée pour chaque groupe séparément.

Pour les prestations en cas de maternité, le subside s'élève à 40 % de la moyenne suisse des frais d'accouchement.

40 % des dépenses effectives des caisses au titre des prestations médico-pharmaceutiques en cas de tuberculose sont pris en charge par la Confédération.

Enfin, la Confédération couvre 75 % des dépenses effectives des caisses en cas d'hospitalisation des assurés rentiers de l'assurance-invalidité ou bénéficiaires d'une allocation pour impotents et, s'il s'agit de mineurs, d'assurés ayant déjà séjourné pendant 360 jours consécutifs à l'hôpital.

Pour l'assurance d'une indemnité journalière, la Confédération verse 2 fr. par assuré, 50 fr. par accouchement et prend en charge 36 % des indemnités allouées en cas de tuberculose.

L'indemnité d'allaitement de 50 fr. est remboursée par la Confédération aux caisses.

Dans les régions de montagne, la Confédération alloue aux caisses, par personne assurée pour les soins médico-pharmaceutiques et par an, un subside égal au plus au tiers de la moyenne suisse des frais médicaux et pharmaceutiques de l'année précédente. En outre,

elle verse un quart des indemnités annuelles payées aux médecins, à condition que les cantons paient un subside au moins de même montant.

6. Contentieux

Il est particulièrement important pour les assurés de savoir que, désormais, lorsqu'ils ne pourront accepter une décision de la caisse, il leur sera loisible de demander à celle-ci de la leur communiquer en la forme prescrite par la loi, c'est-à-dire avec indication des motifs, des voies de recours et du délai de recours. Ils auront alors la possibilité de former recours, contre cette décision, dans les trente jours auprès du Tribunal cantonal des assurances, la procédure devant ce tribunal étant simple, rapide et gratuite: un simple exposé des faits et des motifs invoqués suffit comme « acte de recours ». L'assuré, aussi bien que la caisse et le Conseil fédéral, pourront former recours auprès du Tribunal fédéral des assurances contre les jugements des tribunaux cantonaux des assurances.

Ainsi, une voie de recours judiciaire, gratuite, est maintenant ouverte à tous les membres des caisses-maladie, qui pourront en faire usage s'ils se sentent lésés.

III. Conclusions

En ajoutant que la loi a réglé l'assurance collective, genre d'assurance très répandu, mais qui n'avait jamais jusqu'ici été l'objet de dispositions législatives, on aura signalé les innovations les plus importantes et vraisemblablement fait comprendre que le législateur a révisé la loi d'une façon fort étendue. Sur les quarante articles de la LAMA qui traitaient de l'assurance-maladie, il en a modifié vingt-quatre et il a ajouté treize nouveaux articles. On verra au cours de ces prochains mois les effets de ces transformations.