

Commentaires

de l'Ordonnance du DFI relative aux primes moyennes 2021 de l'assurance obligatoire des soins pour le calcul des prestations complémentaires

Situation initiale

Aux termes de l'art. 10, al. 3, let. d, LPC, un montant annuel pour l'assurance obligatoire des soins est pris en compte dans le calcul des prestations complémentaires au chapitre des dépenses reconnues. Selon la réforme des PC qui a été adoptée le 22 mars 2019 et entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2021, la prime effective est prise en compte dans le calcul des prestations complémentaires. Toutefois si la prime effective est supérieure à la prime moyenne cantonale, respectivement régionale, pour l'assurance obligatoire des soins (y compris la couverture accidents), le montant maximal pris en compte est le montant de cette prime moyenne. Par conséquent, la présente ordonnance est également nécessaire avec les nouvelles dispositions de la réforme des PC.

L'art. 61, al. 2, LAMal, autorise l'assureur à échelonner les montants des primes s'il est prouvé que les coûts diffèrent selon les cantons et les régions. Le lieu de résidence de l'assuré est déterminant. Selon la 3^e phrase de la disposition, l'office fédéral de la santé publique (OFSP) délimite les régions uniformément pour tous les assureurs. Dès le 1^{er} janvier 2004, on recense 11 cantons avec plus d'une région de primes:

- 6 cantons à deux régions de primes: BL, FR, SH, TI, VD, VS
- 5 cantons à trois régions de primes: BE, GR, LU, SG, ZH

Aux termes de l'art. 54a, al. 3, OPC-AVS/AI, le département fixe les montants forfaitaires annuels pour l'assurance obligatoire des soins pour l'année suivante, au sens de l'art. 10, al. 3, let. d, LPC, au plus tard à fin octobre de l'année courante.

Contenu de l'ordonnance du Département

L'ordonnance du Département fixe les montants forfaitaires déterminants pour l'assurance obligatoire des soins. Les primes moyennes sont calculées selon les cantons et les classes d'âge et, pour les cantons avec plus d'une région de primes, les régions. Les primes se fondent sur une franchise minimum de 300 francs pour les adultes et les jeunes adultes et de zéro franc pour les enfants. Elles sont calculées de la manière suivante: les primes selon les cantons, les régions et les classes d'âge sont pondérées par le nombre d'assurés correspondant. Cela permet d'établir une prime moyenne par canton et par classe d'âge.

L'OFSP a modifié en 2018 la méthode de calcul des primes qu'il publie. Les primes basses à moyennes ne se fondent plus sur la franchise minimale, mais sur les franchises choisies ainsi que sur des modèles. Pour les prestations complémentaires, les primes selon cette méthode de calcul ne sont pas adaptées. En effet, les coûts d'assurance maladie doivent être pris en charge par les PC, ceux-ci faisant partie des dépenses reconnues. Si une franchise plus élevée que la franchise minimale était prise en compte, les coûts de maladie non couverts devraient tout de même être pris en charge par le biais des frais de maladie et d'invalidité à la charge des cantons. Les bénéficiaires de PC devant souvent plus faire appel aux prestations de santé que le reste de la population, un tel modèle n'aurait pas de sens. Il est donc important que les bénéficiaires de PC puissent souscrire une assurance maladie avec la franchise minimale et que cela soit pris en compte dans le calcul du montant de l'assurance maladie obligatoire en vertu de l'art. 10, al. 3, let. d, LPC. C'est la raison pour laquelle l'OFSP continue de calculer les primes moyennes pour l'OFAS, en tenant compte de la franchise minimale.

Le montant de la prime moyenne mensuelle a été arrondi par l'OFAS au franc entier, et le montant ainsi établi reconverti en montant annuel dans la mesure où le calcul de la prestation complémentaire annuelle tient compte, au chapitre des dépenses reconnues, du montant forfaitaire annuel, et non mensuel, pour l'assurance obligatoire des soins.

Commentaires des différents articles

Art. 1 (Détermination des régions de primes)

Les régions de primes fixées par l'OFSP en vertu de l'art. 61, al. 2^{bis}, LAMal, sont également déterminantes pour les primes moyennes dans le cadre des prestations complémentaires. Les cantons n'ont aucune possibilité de procéder à d'autres répartitions et ne sauraient davantage, lorsqu'il s'agit de cantons à plus d'une région de primes, opter pour les primes de la région la plus chère.

Art. 2 (Calcul de la prime moyenne)

Etant donné que l'OFSP a modifié la méthode de calcul des primes qu'il publie, il est nécessaire, à des fins de transparence, de régler dans l'ordonnance les éléments essentiels au calcul de la prime moyenne des bénéficiaires de PC. Pour les adultes et les jeunes adultes, la franchise minimale de 300 francs est déterminante alors que pour les enfants, la franchise est nulle. Cela n'implique aucune modification par rapport à ce qui prévaut aujourd'hui. Pour les bénéficiaires PC, qui souvent doivent plus faire appel aux prestations de santé que le reste de la population, il est important qu'ils puissent conclure une assurance-maladie avec la franchise minimale. Beaucoup de cantons ne remboursent qu'une franchise de 300 francs par le biais des frais médicaux.

Art. 3 à 5 (Cantons à 3, 2 ou 1 région[s] de primes)

Ces articles fixent, pour chaque canton, les montants des primes moyennes. Sont considérées comme adultes, les personnes qui ont plus de 25 ans, et comme jeunes adultes, celles qui ont 18 ans révolus mais n'ont pas encore accompli leur 25^e année, et comme enfants, les personnes qui n'ont pas encore accompli leur 18^e année (cf. art. 61, al. 3, LAMal).

Art. 6 (Entrée en vigueur et durée de validité)

Cet article régleme la durée de validité de l'ordonnance, à savoir une année.

Conséquences financières

Les primes moyennes cantonales et régionales n'ont pas d'incidence sur la part fédérale (cf. art. 54a, al. 1, OPC-AVS/AI).