

Initiative parlementaire
Loi fédérale sur les prestations complémentaires
à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité.
Modification

Rapport de la Commission du Conseil des Etats

du 26 mai 1983

Messieurs les Présidents, Mesdames et Messieurs,

La commission qui avait pour tâche d'examiner l'objet 83.028 (AVS/AI pour les épouses de Suisses à l'étranger) s'est heurtée, au cours de ses travaux, à un problème d'une acuité particulière, touchant l'application de la loi fédérale du 19 mars 1965 sur les prestations complémentaires à l'AVS et AI (LPC).

Aussi soumet-elle à votre approbation une initiative parlementaire tendant à modifier ladite loi.

Conformément à l'article 21^{octies} de la loi sur les rapports entre les conseils, nous portons le projet de loi et le rapport explicatif de la commission à la connaissance de tous les membres du conseil et les transmettons au Conseil fédéral pour avis.

Proposition

La commission vous propose de donner suite à l'initiative et d'adopter le projet de loi ci-joint.

Annexes

- 1 Texte de l'initiative
- 2 Rapport explicatif de la commission

26 mai 1983

Au nom de la commission:
La présidente, Lieberherr

**Loi fédérale
sur les prestations complémentaires
à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité
(LPC)**

Modification du

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,

vu une initiative parlementaire;

vu le rapport de la commission du Conseil des Etats du 26 mai 1983¹⁾;

vu l'avis du Conseil fédéral du 13 juin 1983²⁾,

arrête:

I

La loi fédérale du 19 mars 1965³⁾ sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LPC) est modifiée comme il suit:

Art. 3, al. 4^{bis}, 2^e phrase

^{4bis} ... Le Conseil fédéral déterminera les frais de médecin, de dentiste, de médicaments, de soins et de moyens auxiliaires, ainsi que les cotisations à l'assurance-maladie, qui sont déductibles.

II

¹ La présente loi est soumise au référendum facultatif.

² Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur.

28432

¹⁾ FF 1983 III 394

²⁾ FF 1983 III 400

³⁾ RS 831.30

Rapport explicatif de la commission

1 La situation initiale

11

L'article 3, alinéa 4^{bis}, de la loi fédérale du 19 mars 1965 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LPC, RS 831.30) a actuellement la teneur suivante:

Pour ce qui est des frais mentionnés au 4^e alinéa, lettre e, une franchise de 200 francs par an est à la charge des personnes dont la fortune nette atteint ou dépasse les montants prévus à l'article 3, 1^{er} alinéa, lettre b. Le Conseil fédéral déterminera les médicaments, les moyens auxiliaires et les appareils nécessaires pour les soins ou les traitements dont les coûts sont déductibles; il précisera dans quelles conditions une déduction des coûts est admissible et dans quels cas un moyen auxiliaire ou un appareil nécessaire pour les soins ou les traitements sera remis à titre de prêt.

12

La délégation de compétence prévue par la deuxième phrase de cette disposition devrait être étendue de manière à donner au Conseil fédéral la possibilité de décider, en particulier, dans quelle mesure les primes d'assurance-maladie peuvent être prises en compte dans le régime des prestations complémentaires (PC). Voici pourquoi:

13

A l'origine, la LPC, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1966, prévoyait que ces primes, ajoutées à d'autres primes d'assurance, pouvaient être déduites du revenu déterminant en matière de PC seulement dans une mesure réduite, soit jusqu'à 300 francs par an pour les personnes seules et jusqu'à 500 francs par an pour les couples. Par suite de la révision de la LPC entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1971 (RO 1971 32), les primes d'assurance-maladie ont été assimilées aux cotisations AVS/AI/APG, c'est-à-dire que leur montant n'est, en principe, plus limité (art. 3, 4^e al., let. d, LPC). La suppression de la limite, c'est-à-dire la déduction autorisée «d'une manière illimitée», avait pour seul but – ainsi que cela est dit expressément dans le message du Conseil fédéral du 28 janvier 1970 (FF 1970 I 154) – de tenir compte des fortes hausses des primes et faciliter l'adhésion de tous les assurés – aussi à ceux qui sont âgés ou invalides – à une assurance-maladie. Il n'était pas question, dans ce message, d'une prise en charge des primes pour le traitement dans la division privée ou semi-privée d'un établissement hospitalier. Cela ressort d'ailleurs clairement aussi du fait que les frais supplémentaires résultant de cette modification étaient estimés à environ 1 million de francs par an (FF 1970 I 160), l'effectif des bénéficiaires de PC affiliés à l'assurance-maladie étant alors de plus de 100 000.

On constata au milieu des années septante, lors des contrôles effectués dans plusieurs cantons par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), que de plus en plus de bénéficiaires de PC – et non plus seulement dans quelques cas isolés – faisaient valoir, à l'égard du régime des PC, des primes relativement élevées d'assurance-maladie pour les soins dans les divisions privées ou semi-privées. Comme, selon l'article 8 de l'ordonnance du DFI du 20 janvier 1971 relative à la déduction de frais de maladie et de dépenses faites pour des moyens auxiliaires en matière de prestations complémentaires (OMPC) et selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (TFA), les PC ne portent en compte, en principe, que les frais de la salle commune, lorsqu'il s'agit de bénéficiaires de PC non affiliés à l'assurance-maladie, l'OFAS a estimé que conformément au principe de l'égalité de traitement, il ne fallait prendre en compte pour les PC, aussi dans le cas des bénéficiaires de PC affiliés à l'assurance-maladie, que les primes à payer pour un traitement en salle commune. Toutefois, à défaut d'une délégation de compétence expressément formulée à propos de la déduction des primes d'assurance-maladie à l'article 3, alinéa 4^{bis}, LPC, on ne pouvait introduire une réglementation dans ce sens par voie d'ordonnance. L'OFAS a donc essayé de combler cette lacune dans ses instructions administratives. Il a déclaré que les primes d'assurance-maladie pouvaient être déduites pour les soins médicaux seulement dans la mesure où l'assurance sert à couvrir les frais de la salle commune. Cette règle n'a pas été contestée pendant des années. Ce n'est que tout récemment que le TFA a eu l'occasion de se prononcer à ce sujet. Dans trois arrêts qu'il a rendus en février 1983, il a déclaré lesdites instructions contraires au droit fédéral. Selon ces arrêts, les primes d'assurance-maladie pour le traitement en *division privée* ou *semi-privée* peuvent, elles aussi, être déduites *entièrement*. A l'appui de ces décisions, le TFA a allégué en substance que l'article 3, 4^e alinéa, lettre d, LPC, prévoit la déduction illimitée des primes d'assurance-maladie du revenu déterminant. Une autre interprétation fondée sur l'esprit et le but de la loi ne serait justifiée, selon la pratique, que s'il fallait élucider un texte peu clair, ce qui n'est pas le cas ici. En outre, le message du Conseil fédéral du 28 janvier 1970 indique – toujours selon le TFA – que les primes d'assurance-maladie doivent désormais être admises sans restrictions pour la déduction.

2 Considérations juridiques

21

Comme on l'a déjà dit à la section 13, la suppression de la limitation imposée à la déduction des primes d'assurance-maladie n'avait aucun rapport, lors de la révision de la LPC au 1^{er} janvier 1971, avec la question du traitement en division privée ou semi-privée d'un établissement hospitalier; en effet, à cette époque, cette question ne se posait même pas, étant sans importance pratique. Elle n'est devenue actuelle que dans la seconde moitié

des années septante. Certes, le TFA a souligné avec raison que le législateur avait voulu alors expressément autoriser une déduction illimitée des primes. Cependant, si la question de la déduction des primes avait été actuelle déjà à cette époque pour le traitement dans la division privée ou semi-privée d'un hôpital, elle aurait certainement été tranchée dans le sens des instructions administratives publiées depuis lors. Selon l'article 11 des dispositions transitoires de la constitution (cst.), le but des PC, en tant qu'élément du *premier pilier*, est de couvrir, avec les rentes de l'AVS et de l'AI, les *besoins vitaux dans une mesure appropriée*. Or, il est incompatible avec le principe de la couverture des besoins vitaux de financer des primes d'assurance pour le traitement dans la division privée ou semi-privée d'un hôpital. Un tel but – «maintenir de façon appropriée le niveau de vie antérieur» – appartient, selon l'article 34^{quater} cst., au domaine du deuxième pilier et non pas au premier. Bien entendu, le bénéficiaire de PC a toujours la possibilité d'étendre la protection d'assurance dont il désire bénéficier; mais il devra payer lui-même le supplément de primes qui en résultera.

22

La jurisprudence du TFA crée une inégalité de traitement: Le bénéficiaire de PC affilié à l'assurance-maladie obtient, par la prise en compte de ses primes à ladite assurance, le financement de son traitement en division privée ou semi-privée d'un hôpital, tandis que celui qui n'y est pas affilié ne bénéficie que du remboursement de ses dépenses en division commune.

23

Signalons en outre que l'assurance-accidents obligatoire, l'AI et aussi, dans une large mesure, l'assurance militaire ne prennent en charge que les frais du traitement en division commune. L'opinion publique ne comprendrait guère que l'on s'écarte de ce principe pour les PC, qui sont financées entièrement par les pouvoirs publics.

3 Les conséquences financières

Compte tenu de la situation financière de la Confédération et des cantons, la question des frais supplémentaires joue, elle aussi, un rôle non négligeable (en 1982, les dépenses pour les PC se sont élevées au total à 543,7 mio. de fr.; une part de 279 mio. de fr. a été supportée par la Confédération, le reste, soit 264,7 mio. de fr., par les cantons). Comme l'a montré une enquête auprès d'un organe d'exécution cantonal qui a paru représentatif, il faudrait prévoir d'ores et déjà, conformément à la jurisprudence du TFA, des dépenses supplémentaires de 15 à 20 millions par an pour toute la Suisse. Etant donné qu'après la publication de cette jurisprudence, un grand nombre des quelque 100 000 bénéficiaires de PC assurés contre la maladie étendraient certainement leur assurance-maladie – autant que cela

leur sera encore possible – aux frais des pouvoirs publics, et que, de plus, les rentiers de l'AVS/AI qui ne touchent pas encore de PC à cause de la déduction limitée de leurs primes à l'assurance-maladie en obtiendraient désormais, il faudrait s'attendre, déjà à moyen terme, à une forte hausse du montant indiqué ci-dessus.

4 Remarque finale

La nouvelle teneur de la deuxième phrase de l'article 3, alinéa 4^{bis}, LPC, telle qu'elle est proposée, vise à créer la base légale pour le *maintien des règles actuelles sans aucune réduction des prestations*.

28432

**Initiative parlementaire Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-
vieillesse, survivants et invalidité. Modification Rapport de la Commission du Conseil des
Etats du 26 mai 1983**

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1983
Année	
Anno	
Band	3
Volume	
Volume	
Heft	33
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	83.221
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	23.08.1983
Date	
Data	
Seite	394-399
Page	
Pagina	
Ref. No	10 103 788

Das Dokument wurde durch das Schweizerische Bundesarchiv digitalisiert.

Le document a été digitalisé par les Archives Fédérales Suisses.

Il documento è stato digitalizzato dell'Archivio federale svizzero.