

**Loi fédérale du 18 Mars 1994 sur l'assurance-maladie
(LAMal)
Mesures pour endiguer l'évolution des coûts**

Modifications prévues pour le 1er janvier 2010

Teneur des modifications et commentaire

1 **Partie générale**

1.1 **Contexte**

Les annonces des assureurs-maladie sur l'évolution de leurs finances rend prévisible, pour 2010, une hausse considérable des primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10). Deux raisons expliquent ce phénomène : d'une part, la hausse des coûts en 2008 a été plus élevée que celle prévue par les assureurs lors de la communication des primes et, d'autre part, en 2009 également, les dépenses assumées par les assureurs devraient excéder les recettes provenant des primes. Ces facteurs ont entraîné des pertes, ayant pour conséquence une diminution d'environ 4 pour-cent le taux de réserve en 2008. Cette tendance se poursuivra en 2009. En outre, les marchés financiers ont subi des pertes inattendues. De fait, le taux de réserve devrait être de l'ordre 9 % à la fin 2009, se situant 2,5 % sous le taux de réserve minimal. En raison de primes trop basses par rapport à l'évolution des coûts en 2008 et en 2009, il existe un besoin de rattrapage. Or, celui-ci occasionne à lui seul une augmentation des primes de 7 % environ.

Au regard de l'évolution de ces dernières années, il faut également s'attendre à l'avenir à une hausse annuelle des coûts de 4 à 4,5 %. En partant d'une augmentation attendue de cet ordre-là et compte tenu du fait que, avec des primes en hausse, il faut aussi accroître les réserves afin de maintenir le même taux, les recettes des assureurs doivent augmenter de près de 12 % en 2010. Or, pour obtenir des recettes supplémentaires de 12 % sur les primes, il faut augmenter ces dernières de 13 % environ, puisque les assurés choisissent souvent, en cas de hausse, des modèles d'assurance meilleur marché. Ainsi, pour atteindre d'ici la fin 2010 le taux de réserve minimal de 11,5 % fixé par la loi, il est nécessaire d'augmenter les primes de l'ordre de 15 %. Par ailleurs, la situation varie selon l'assureur et le canton.

A la lumière de la situation économique actuelle, le Conseil fédéral estime que la baisse du pouvoir d'achat qui en découle pour la population n'est pas supportable. A la condition d'un apaisement graduel de la crise financière internationale et d'une reprise progressive de l'économie mondiale, les experts du Département fédéral de l'économie tablent sur une croissance à nouveau légèrement positive pour l'économie suisse en 2010. Cependant, il faut encore s'attendre à une dégradation du marché du travail l'année prochaine. Partant, le Conseil fédéral estime urgent d'agir prioritairement sur les futures augmentations des coûts de l'AOS, sur lesquelles les assureurs se basent pour calculer les primes. C'est pourquoi ces mesures sont proposées sous la forme d'une loi fédérale urgente limitée à trois ans.

1.2 **Projets de révision en cours**

En 2004, le Conseil fédéral a notamment proposé de réviser la LAMal dans les domaines de la liberté de contracter, de la participation aux coûts et du *managed care* (FF 2004 4085, 4135 et 5283). Les projets font déjà l'objet des débats parlementaires. Le Conseil fédéral n'envisage pas de préjuger de ces débats en proposant de prendre des mesures urgentes. Il est nécessaire de prendre plutôt des mesures ponctuelles en vue de maîtriser, dans un bref délai, les coûts dans certains secteurs.

1.3 Objectifs politiques

L'évolution des coûts peut être endiguée si l'on agit sur l'offre et la demande ainsi que sur les prix. Comme les Chambres fédérales ont décidé, en révisant la LAMal dans le secteur du financement hospitalier, des mesures visant à maîtriser aussi bien l'offre (planification hospitalière) que le prix (forfaits liés aux prestations), le présent projet ne prévoit aucune mesure en vue de réglementer davantage le domaine hospitalier. Les mesures proposées par le Conseil fédéral visent plutôt à agir ponctuellement et à court terme sur l'offre, la demande et les prix dans les secteurs ambulatoire et ambulatoire des hôpitaux.

2 Grandes lignes du projet

2.1 Données des assureurs-maladie

Afin de permettre un contrôle continu de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie et de pouvoir réagir rapidement en cas de hausse imprévue des coûts dans des domaines particuliers de prestations, la transmission des données par les assureurs-maladie doit être ramenée à un rythme mensuel. Une telle modification de la fréquence du monitoring des coûts nécessite, d'une part, une modification de l'art. 21, al. 4, LAMal et, d'autre part, une modification des dispositions d'application contenues dans l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102), en particulier de l'art. 28, al. 3, lequel définit le type de données que les assureurs-maladie doivent fournir à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour le monitoring de l'évolution des coûts dans l'assurance-maladie (adoption d'un nouvel art. 28, al. 3^{bis}, OAMal).

2.2 Tarifs

Dans son message du 26 mai 2004 relatif à la révision partielle de la LAMal portant sur la liberté de contracter, le Conseil fédéral a proposé l'introduction de cet instrument incitant à la concurrence dans le secteur ambulatoire. Le Conseil des Etats ayant décidé de ne pas entrer en matière lors de la session d'hiver 2008 et la réglementation actuelle concernant la clause du besoin pour les fournisseurs de prestations dans le secteur ambulatoire arrivant à échéance le 31 décembre 2009 (art. 55a LAMal), il manque les instruments nécessaires afin de piloter l'offre dans le secteur ambulatoire. Le seul instrument qui permette un certain pilotage des coûts dans le domaine ambulatoire est une convention concernant le contrôle et le pilotage des prestations et des prix dans le domaine TARMED (CPP nationale). Celle-ci a été conclue entre santésuisse et les sociétés cantonales de médecins et approuvée le 22 février 2006 par le Conseil fédéral. Elle s'applique en principe aux médecins indépendants dispensant des soins ambulatoires et prévoit un pilotage des coûts par le biais de la valeur du point tarifaire. Cependant, comme l'adhésion à la convention est facultative, cet instrument ne déploie que peu d'effets sur l'ensemble des coûts du secteur ambulatoire. Partant, il est nécessaire d'introduire un instrument en vue de maîtriser les coûts et qui ait un effet immédiat sur les tarifs, respectivement sur les valeurs du point tarifaire (« prix »). Aussi le projet propose-t-il de donner une compétence au Conseil fédéral pour baisser de manière ciblée les valeurs du point tarifaire convenus ou fixés, ou encore les tarifs forfaitaires et au temps consacré, dans les cantons connaissant une hausse des coûts supérieure à la moyenne dans le secteur ambulatoire. Il s'agit d'une compétence subsidiaire du Conseil fédéral, qui ne peut être exercée hors d'une situation d'urgence et sans tenir compte des

compétences cantonales. Ces dernières années, nombre de cantons ont connu une évolution des coûts supérieure à la moyenne dans certains secteurs du domaine ambulatoire et ambulatoire des hôpitaux (cf. annexe). Par contre, la différenciation des valeurs du point tarifaire pour les généralistes et les spécialistes ou l'harmonisation intracantonale de la valeur du point sont du ressort des partenaires tarifaires.

2.3 Pilotage de l'offre dans le secteur ambulatoire hospitalier

Les coûts des prestations à charge de l'AOS dans le secteur ambulatoire hospitalier augmentent de manière supérieure à la moyenne depuis des années (cf. annexe). Par conséquent, il est nécessaire de prendre des mesures non seulement en matière de tarifs, mais aussi d'offres. Un pilotage cantonal du secteur ambulatoire hospitalier permet d'agir d'autorité sur l'offre ambulatoire des hôpitaux. Aussi est-il possible d'empêcher des développements et des extensions de l'offre qui ne répondraient pas aux besoins. En outre, cela permet de garantir la coordination avec le secteur hospitalier.

2.4 Triage par téléphone

Ces dernières années, de nouveaux services par téléphone ou sur Internet ont été développés en vue de procéder à un triage et d'orienter l'assuré vers l'offre appropriée. L'acceptation de ces services de conseil par téléphone ne cesse de croître en Suisse. Ils améliorent l'accès aux soins. Malgré le manque de preuves scientifiques, on suppose que les services téléphoniques peuvent contribuer à maîtriser les coûts. Le Conseil fédéral prévoit de rendre cette prestation obligatoire pour tous les assureurs, notamment en vue de compenser l'introduction de la contribution de consultation. Bien que le triage par téléphone doive être effectuée par des professionnels de la santé, elle ne constitue pas une prestation LAMal, et les coûts de ce service sont considérés comme des frais administratifs des assureurs. Les services par téléphone feront partie de l'offre standard de tous les assureurs et ne pourront plus être proposés comme une forme particulière d'assurance liée à un rabais sur la prime.

2.5 Contribution de consultation

Dans le but de renforcer encore plus la responsabilité personnelle des assurés et ainsi de contenir la demande en prestations médicales, le Conseil fédéral propose d'introduire, en plus de la franchise et de la quote-part de 10 %, un nouvel élément de participation aux coûts : la contribution de consultation. Cette participation aux coûts du traitement est assumée par l'assuré lui-même et décharge de manière correspondante la communauté des assurés.

La contribution doit être versée par les assurés pour toutes les consultations effectuées sous forme ambulatoire chez le généraliste, le spécialiste ou dans un établissement hospitalier. Cet instrument a déjà été introduit il y a un certain temps en Allemagne (*Praxisgebühr*) et en France (taxe de consultation). Ce montant vise à influencer le comportement des assurés en les obligeant à s'interroger sur la nécessité de faire appel à un médecin dans les cas bénins (cas dits « bagatelle ») et à les inciter à utiliser, dans la mesure du possible, des moyens plus économiques (p.

ex. automédication). Le fait de devoir déboursé un certain montant en espèces directement auprès du fournisseur de prestations consulté aura aussi un effet psychologique certain par son incidence financière immédiate.

Le Conseil fédéral propose que la contribution de consultation soit fixée dans la loi à 30 francs, montant suffisamment élevé pour dissuader les assurés de se rendre chez le médecin pour une consultation qui n'est pas vraiment indispensable et néanmoins pas excessif au point d'empêcher les assurés d'effectuer un traitement ambulatoire qu'ils estiment nécessaire. Une limitation est cependant prévue afin que la charge ne soit pas disproportionnée pour les assurés qui doivent se rendre à cause de maladies chroniques régulièrement chez un médecin en ce sens que la contribution ne demeure à la charge de l'assuré que pour les six premières consultations en ambulatoire par année civile. Ainsi, la charge supplémentaire pour l'assuré ne dépassera pas 180 francs par an. Les six premières contributions sont à la charge des assurés et seront prélevées en plus de la participation aux coûts actuelle (franchise et quote-part). Le fournisseur de prestations doit prélever la contribution de consultation pour toute consultation ambulatoire ; cette somme ne lui est pas remboursée en cas d'omission. L'assureur est toutefois tenu de prendre en considération les contributions de consultation payées par l'assuré à partir de la septième consultation dans le décompte de la participation aux coûts de ce dernier (franchise et quote-part). En contrepartie, afin de ne pas alourdir exagérément les coûts à la charge des assurés qui ont régulièrement besoin de soins, le montant maximal de la quote-part au sens de l'art. 64, al. 2, let. b, LAMal, qui est actuellement de 700 francs pour les adultes, est réduit à 600 francs. L'art. 103, al. 2, OAMal, est modifié en conséquence.

Pour des raisons de cohérence avec le système en vigueur de la participation aux coûts, les consultations pour les prestations spécifiques de maternité et les consultations pour les prestations de prévention effectuées dans le cadre de programmes nationaux et cantonaux, déjà exonérées de la franchise, sont exonérées de la contribution de consultation. Pour les mêmes raisons, le Conseil fédéral propose que les enfants (jusqu'à 18 ans révolus) soient totalement exemptés de la contribution de consultation. L'introduction de ce nouvel instrument devrait permettre de réaliser certaines économies sur les prestations actuellement prises en charge par l'assurance obligatoire des soins. Par ce moyen, la demande en prestations de soins qui ne sont pas indispensables devrait en tout cas diminuer.

2.6 Durée du rapport d'assurance

L'assuré qui opte pour une forme d'assurance avec une franchise élevée assume une plus grande responsabilité personnelle. Pour cette raison, l'assureur peut lui proposer des primes réduites. Dans son message du 15 septembre 2004 relatif à la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie dans le domaine du *managed care* (FF 2004 5257), le Conseil fédéral a déjà proposé que l'assureur puisse avoir la possibilité de lier l'assuré à relativement long terme, avec son accord, au choix d'une forme particulière d'assurance, ceci en vue d'éviter que ladite personne, en cas de maladie, renonce à assumer cette plus grande part de responsabilité personnelle en retournant dans l'assurance ordinaire. Pour donner plus de poids à cet aspect, il faut non pas proposer cette possibilité comme option, mais l'imposer comme durée contractuelle ordinaire en l'inscrivant dans la loi.

Art. 13, al. 2, let. g (nouveau)

Cet article contraint les assureurs à mettre en place un service de conseil médical par téléphone pour améliorer l'accès aux soins des assurés. Les services de conseils et les consultations par téléphone sont largement répandus et bien acceptés dans les pays scandinaves ainsi que dans le système national de santé britannique (NHS). Selon les auteurs d'une enquête de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), des études britanniques et suisses montrent que les services de conseil téléphoniques sont judicieux et répondent à un besoin, certes aujourd'hui encore modeste mais en progression, des assurés et des patients (Peter Berchtold et Kurt Hess : *Pertinence des modèles de managed care, analyse de la littérature européenne en tenant compte de la situation en Suisse : effets du pilotage du système des soins sur la qualité et les coûts*, Neuchâtel, 2007). Ces études ne prouvent pas, sur la base d'une évidence scientifique, que ce type de services améliore la façon, l'importance et les incidences sur les coûts liées au recours à des prestations médicales. L'enquête de l'Obsan mentionne toutefois que les auteurs de deux études britanniques d'envergure ont observé, pendant la période de l'étude, beaucoup moins de visites médicales, d'hospitalisations et de transferts aux urgences en dehors des heures de visite que lors de la période de contrôle (Lattimer, 1998). Dans l'analyse des coûts qu'ils ont effectuée par la suite, ces auteurs ont calculé que la réduction des coûts engendrée par un recours moindre aux prestations est plus importante que les frais supplémentaires générés par l'exploitation d'un service de conseil par téléphone (Lattimer, 2000). Comme le triage téléphonique constitue un premier relais, gratuit, pour les assurés, le Conseil fédéral a l'intention de l'introduire comme mesure d'accompagnement à la mise en place de la contribution de consultation. Ce faisant, les services par téléphone proposés actuellement par certains assureurs dans le cadre d'une forme particulière d'assurance seraient abandonnés.

Art. 21

Actuellement, pour réaliser le monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie, l'OFSP se fonde sur le relevé des données agrégées des factures de prestations de soins issues du pool de données de santé suisse. Le contenu de ce pool est actualisé sur une base volontaire chaque mois par les assureurs qui y participent. Chaque trimestre, l'OFSP obtient le relevé de ces données et produit, sur cette base, les chiffres destinés au monitoring. Les calculs partent des coûts bruts par assuré à la charge de l'assurance obligatoire des soins, c'est-à-dire des montants effectivement facturés, avant déduction de la participation aux coûts versée par l'assuré. L'attribution des coûts à un trimestre est déterminée par la date de paiement des prestations par l'assureur. Il n'existe pas à l'heure actuelle de base légale pour que l'OFSP puisse effectuer un relevé en cours d'année auprès des assureurs. La modification de loi permettra à celui-ci d'obtenir chaque mois les données nécessaires pour suivre l'évolution des coûts.

Art. 39, al. 1^{bis} (nouveau)

Cet article prévoit explicitement que les cantons règlent, à côté du secteur hospitalier, également le secteur ambulatoire des hôpitaux dans les mandats de prestation. Contrairement au secteur hospitalier, les cantons peuvent se contenter d'autoriser l'activité dans le secteur ambulatoire en définissant le contenu et l'étendue de celle-ci. Ils ne sont pas tenus d'effectuer une véritable planification. La mise en œuvre par les cantons devrait toutefois prendre du temps et les effets ne se feront guère sentir avant 2011. Le signal donné par cette mesure ne doit cependant pas être sous-estimé.

Art. 55b (nouveau)

Selon l'art. 55 LAMal, les autorités compétentes en matière d'approbation ont déjà, actuellement, la possibilité de geler les tarifs dans des conditions bien précises. Or, l'application de cet article est une tâche lourde et de longue haleine, en particulier à cause de la répartition des compétences. Ainsi, l'attribution au Conseil fédéral de la compétence en matière de baisse du tarif, respectivement de la valeur du point tarifaire, constitue une mesure supplémentaire et rapide. Seraient touchés par une baisse de ce genre les fournisseurs de prestations concernés par une ou plusieurs conventions ou décisions tarifaires, à savoir notamment le corps médical ou le secteur ambulatoire des hôpitaux d'un canton.

Pour pouvoir juger si la hausse des coûts est considérée comme supérieure à la moyenne dans un canton, on compare l'évolution moyenne des coûts dans le secteur concerné de ce canton par rapport à la moyenne des cinq dernières années. Les données sur l'évolution moyenne des coûts dans les autres cantons pour l'année de comparaison, ainsi que les données sur l'évolution des coûts des différents domaines dans le canton (p. ex., physiothérapie et prestations médicales) sont également utilisées. Lors de cette évaluation, les circonstances particulières des différents secteurs (p. ex., changement de méthode de traitement ou transfert des traitements du secteur stationnaire au secteur ambulatoire) ainsi que des variations significatives de l'évolution des prix et des salaires doivent être pris en compte. Le niveau cantonal des coûts doit être invoqué en premier lieu pour juger du caractère économiquement supportable de la hausse des primes dans un canton : dans les cantons « peu chers », ayant un niveau des coûts relativement bas, les hausses de primes devraient être moins problématiques que dans les cantons dits « chers ». Cette manière de procéder permet de lier les tarifs à l'évolution des volumes. La baisse du tarif ou de la valeur du point tarifaire ne se fait donc pas en appliquant une formule fixée à l'avance. Si un secteur montre une hausse des coûts supérieure à la moyenne, le Conseil fédéral décidera s'il procède, et dans quelle proportion, à une baisse du tarif ou de la valeur du point tarifaire en tenant compte des circonstances. Il dispose pour ce faire d'une certaine marge de manœuvre, la baisse des tarifs étant limitée à 10 %. En procédant de la sorte, il n'est pas nécessaire de réaliser une évaluation, problématique en termes de faisabilité et de dépense de temps, des différences cantonales concernant la morbidité et la répartition par tranche d'âge, c'est-à-dire intégrant des facteurs qui influent sur le niveau des coûts de chaque canton et sur lesquels ces derniers n'ont aucune prise. Le Conseil fédéral ne fera usage de la compétence qui lui est attribuée pour diminuer les tarifs que de manière subsidiaire, dans le cas où les partenaires tarifaires ne prendraient pas d'eux-mêmes les mesures nécessaires. Avant la décision, les cantons doivent être consultés.

Art. 62, al. 2^{ter} (nouveau)

Les assurés qui choisissent une forme d'assurance avec une franchise élevée devront assumer une plus grande responsabilité en la conservant non plus pendant un an, mais pendant une durée minimale de deux ans. En effet, il s'agit par cette mesure d'encourager les assurés à fonder leur choix en considération des avantages et des inconvénients du modèle d'assurance choisi et pas seulement pour des raisons d'opportunité personnelle au moment de conclure un contrat d'assurance. En dérogation à l'art. 7, al. 2, LAMal, une augmentation des primes ne constitue en outre pas un motif pour une résiliation anticipée du contrat.

Art. 64, al. 5^{bis} (nouveau)

La contribution de consultation, que le Conseil fédéral propose de fixer à 30 francs, doit être versée à chaque consultation effectuée sous forme ambulatoire auprès des fournisseurs de prestations suivants : généraliste, spécialiste et établissement hospitalier, indépendamment de savoir si un ou plusieurs fournisseurs de prestations seront consultés. Le patient doit verser cette contribution au fournisseur de prestations en espèces à chaque consultation. Le paiement par carte de débit ou de crédit est interdit afin de ne pas atténuer l'effet psychologique voulu. L'assuré ne doit assumer lui-même la contribution de consultation que six fois au plus par année civile. Pour le calcul de la franchise et de la quote-part, la contribution est déduite de la facture des six premières consultations.

L'assuré doit également s'acquitter de cette contribution à partir de la septième consultation et pour les consultations suivantes, mais elle lui sera remboursée. La contribution est alors imputée sur la franchise et lorsque celle-ci est atteinte, l'assureur, après calcul de l'éventuelle quote-part à charge de l'assuré, la lui rembourse. Comme il a déjà versé un « acompte » sur les coûts du traitement, le montant de la contribution doit être décompté de la facture du fournisseur de prestations dans le système du tiers payant. Dans le système du tiers garant, la somme que l'assuré doit encore payer au fournisseur de prestations est réduite en conséquence.

Art. 64, al. 4 et 6, let. d

Pour des raisons de cohérence avec le système actuel de la participation aux coûts, diverses exceptions sont prévues pour la perception de la contribution de consultation. En effet, lorsque la franchise n'est pas perçue, il n'est guère justifié de percevoir la contribution de consultation. Ainsi, les prestations spécifiques de maternité (art. 64, al. 7, LAMal) et les prestations de prévention effectuées dans le cadre de programmes organisés au niveau national ou cantonal (art. 64, al. 6, let. d, LAMal) sont aussi exonérées de la contribution à la consultation. Les consultations pour les prestations de prévention effectuées dans le cadre de programmes organisés au niveau national ou cantonal concernent en particulier la vaccination contre le papillomavirus (HPV), la mammographie de dépistage et la vaccination contre l'influenza, en cas de menace de pandémie d'influenza ou lors d'une pandémie d'influenza.

Dispositions transitoires

Les assureurs doivent proposer le service de conseil par téléphone mentionné à l'art. 13, al. 2, let. g, au plus tard un an après l'entrée en vigueur de la présente modification de loi. Les assureurs qui offrent déjà un service de conseil par téléphone par le biais d'une forme particulière d'assurance pourront le maintenir dans la même forme jusqu'à fin 2010, année transitoire. Il s'agit notamment de tenir compte des diverses servitudes administratives (changement de noms, de contrat par exemple) que devront assumer les assureurs et de permettre à ceux qui le proposent aujourd'hui ou qui souhaitent le proposer en 2010 d'appliquer leur plan d'entreprise pour 2010.

4 Lien de la proposition avec d'autres modifications de loi en discussion

Les propositions soumises dans le présent message ne préjugent pas des débats parlementaires sur la révision de la LAMal dans les domaines de la participation aux coûts, du *managed care* et de la liberté de contracter. Dans le cadre de la révision de la LAMal relative à la participation aux coûts, la contribution de consultation pourra être inscrite de manière durable dans la loi sous la forme proposée ou sous une forme modifiée ; elle pourra également être supprimée. Il en est de même pour la disposition concernant la durée minimale du rapport d'assurance pour les franchises élevées et de l'obligation pour les assureurs de proposer un service de conseil par téléphone. Dans le cadre du développement du *managed care*, inscrire de manière durable la possibilité pour le Conseil fédéral d'effectuer des baisses de la valeur du point tarifaire constituerait, à la rigueur, une option pour certains secteurs.

5 Conséquences

5.1 Conséquences sur les ressources financières et humaines

Les mesures proposées touchent le secteur ambulatoire, le secteur ambulatoire hospitalier et les assurés. L'introduction d'une contribution de consultation pour les assurés constitue une incitation pour endiguer l'évolution des coûts, représentant une charge financière légèrement plus élevée pour les assurés et les patients. La baisse de tarif et la planification de l'offre dans les secteurs ambulatoire et ambulatoire hospitalier permettront à l'AOS de réaliser des économies, que les fournisseurs de prestations concernés pourraient toutefois partiellement compenser en élargissant le volume des prestations.

5.1.1 Conséquences économiques pour la Confédération

Les économies réalisées dans l'AOS, de même que les provisions et la politique en matière de réserves des assureurs, se répercuteront sur les primes et, partant, sur les finances de la Confédération. Les mesures destinées à maîtriser les coûts auront une incidence favorable sur le volume des subsides fédéraux nécessaires à la réduction des primes.

5.1.2 Conséquences en matière de personnel pour la Confédération

Jusqu'ici, l'OFSP ne relevait les données statistiques auprès des assureurs qu'une fois par an dans le cadre de sa tâche de surveillance de la situation financière. Le passage à un rythme mensuel pour suivre en continu l'évolution des coûts par fournisseur de prestations (monitorage) nécessite une dotation supplémentaire en personnel. On peut ainsi évaluer que, pour remplir les tâches supplémentaires liées au monitoring à une fréquence mensuelle, il faut quatre collaborateurs de plus, spécifiquement affectés à ces tâches. En plus du relevé, de la validation, de l'analyse, de l'évaluation et de la publication des données à un rythme mensuel, il est également nécessaire de suivre le développement dans les cantons, chez les assureurs et chez les fournisseurs de prestations afin de pouvoir fournir une interprétation appropriée de l'évolution des données concernant les factures.

5.1.3 Conséquences économiques pour les cantons et les communes

Selon l'art. 65 LAMal, les cantons accordent des réductions de primes aux assurés de condition économique modeste. Pour les bas et moyens revenus, ils réduisent en outre de 50 % au moins les primes des enfants et des jeunes adultes en formation. Les cantons sont responsables de l'organisation de la réduction des primes. A la lumière notamment des perspectives économiques mentionnées au ch. 1.1, les cantons ont aussi un intérêt à la mise en place de mesures de maîtrise des coûts et à des primes les plus basses possibles. Cette réflexion est valable pour les communes qui, en vertu des réglementations cantonales, assument les primes des bénéficiaires de l'aide sociale.

5.2 Conséquences économiques pour l'assurance-maladie

En 2007, les prestations de l'AOS dans le secteur ambulatoire ont représenté 6'415 millions de francs, soit 30 % de l'ensemble des dépenses, et celles pour le secteur ambulatoire hospitalier 2'825 millions, soit 13 % des dépenses globales. Les mesures proposées influenceront sur ce secteur de l'assurance obligatoire des soins. Les mesures proposées devraient permettre d'économiser au total 500 millions de francs par an.

5.3 Conséquences économiques

Indépendamment de l'ordre de grandeur financier prévu par les mesures proposées, celles visant à empêcher les primes d'exploser permettent de contrer la perte du pouvoir d'achat de la population. Et, comme indiqué en introduction, une visée de ce genre revêt, dans le contexte économique actuel, une importance particulière.

6 Programme de la législature

Le projet n'est mentionné ni dans le message sur le programme de la législature 2007 à 2011 (FF 2008 639) ni dans l'arrêté fédéral du 18 septembre 2008 sur le programme de la législature 2007 à 2011 (FF 2008 7745).

7 Relation avec le droit européen

7.1 Le droit de la Communauté européenne

Dans l'optique de la garantie de la libre circulation des personnes, le droit communautaire en matière de sécurité sociale ne prévoit pas l'harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Dans le cadre des principes de coordination (p. ex., non-discrimination, prise en compte des périodes d'assurance, prestations transfrontalières), prévus par le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), les Etats membres conservent la faculté de déterminer librement la conception concrète de leur système de sécurité sociale. Depuis le 1^{er} juin 2002, date de l'entrée en vigueur de l'Accord sur la libre circulation des personnes conclu avec la CE et ses Etats membres (RS 0.142.112.681), ces principes de coordination sont également applicables à la Suisse.

7.2 Les instruments du Conseil de l'Europe

Le Code européen de sécurité sociale du 16 avril 1964 a été ratifié par la Suisse le 16 septembre 1977 (RO 1978 1491). Le Code européen de sécurité sociale, est complété par un Protocole qui fixe des normes supérieures. La Suisse n'a pas ratifié le Protocole au Code. Le Code européen de sécurité sociale (révisé) du 6 novembre 1990 constitue aussi un accord distinct du Code européen de sécurité sociale qu'il n'abroge pas. Aux termes de l'art. 10, par. 2, du Code européen de sécurité sociale du Conseil de l'Europe, le bénéficiaire (ou son « soutien de famille ») peut être tenu de participer aux frais des soins médicaux reçus en cas d'état morbide, mais les règles relatives à cette participation doivent être établies de telle sorte qu'elle n'entraîne pas une charge trop lourde. Le Code révisé prévoit une disposition analogue (art. 10, par. 2). La notion de charge trop lourde n'est définie ni dans le Code européen de sécurité sociale ni dans le Code révisé, laissant ainsi une marge d'appréciation à l'organe de contrôle. Quant au Protocole au Code, il dispose que la participation de l'assuré aux coûts des soins médicaux reçus en cas d'état morbide ne saurait dépasser 25 %. Le Protocole prévoit en outre que lorsque la participation est fixée à une somme uniforme pour chaque cas de traitement ou chaque prescription de fournitures pharmaceutiques, le total des paiements effectués par toutes les personnes protégées ne doit pas dépasser 25 % du coût total des soins en question au cours d'une période donnée.

7.3 Compatibilité du projet avec le droit européen

Le projet de révision prévoit d'introduire une contribution de consultation de 30 francs pour chaque consultation ambulatoire. Étant donné que ce montant n'est à la charge de l'assuré que pour les six premières fois par année civile, on peut considérer qu'elle n'entraîne pas pour l'assuré de charge trop lourde au sens du Code et du Protocole. Le projet est donc conforme au droit européen (droit de la Communauté européenne et droit du Conseil de l'Europe) repris par la Suisse.

S'agissant des autres domaines traités dans le présent projet de révision (tarifs, gestion de l'offre ambulatoire en milieu hospitalier), le droit européen n'établit pas de normes en la matière. Les Etats demeurent libres de déterminer ces aspects comme ils l'entendent.

8 Aspects juridiques

8.1 Constitutionnalité

Le projet se fonde sur l'art. 117 de la Constitution fédérale.

8.2 Forme de l'acte à adopter

Les dispositions proposées doivent être édictées sous la forme d'une loi fédérale urgente limitée dans le temps. Aux termes de l'art. 165, al. 1, de la Constitution fédérale, une loi fédérale peut être déclarée urgente lorsque son entrée en vigueur ne souffre aucun retard. L'urgence est motivée par le fait qu'une augmentation considérable des primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS) est prévisible pour 2010 et qu'aucune nouvelle mesure visant à réduire les coûts ne sera disponible d'ici là.

La prise de mesures urgentes s'impose, car on s'attend à une hausse moyenne des primes de l'ordre de 15 % pour 2010. Par conséquent, l'entrée en vigueur des présentes modifications de loi ne souffre aucun retard et obéit aux conditions mentionnées à l'art. 165, al. 1, de la Constitution fédérale (RS 101). Ne pas en reconnaître le caractère urgent entraînerait par voie de conséquence une diminution considérable du pouvoir d'achat de larges franges de la population. Les plus touchées seraient les catégories de personnes et de ménages dont les revenus se situent tout juste au-dessus du seuil ouvrant droit à la réduction de primes, à savoir les classes moyennes.

8.3 Délégation de compétences législatives

L'article 96 LAMal délègue au Conseil fédéral les compétences de réglementation nécessaires en matière de pratique de l'assurance-maladie sociale (pouvoir d'édicter les dispositions d'exécution). Le présent projet autorise en outre le Conseil fédéral à arrêter des dispositions dans les domaines suivants :

Perception de la contribution à la consultation (art. 64, al. 5^{bis}).

Prestations brutes¹ en francs par assuré (2008)

| Canton | Fournisseurs de prestations | | | | | | | | Total | |
|--------|-----------------------------|------------------------|-------------|-------------|-------------------------------|-------------------|--------|--------------|-------|--------|
| | Médecins | Médicaments | Hôpitaux | | Etablissements médico-sociaux | Physiothérapeutes | SPITEX | Laboratoires | | Autres |
| | (sans médic.) | (médecins, pharmacies) | ambulatoire | hospitalier | | | | | | |
| ZH | 783 | 575 | 425 | 635 | 242 | 72 | 53 | 63 | 97 | 2945 |
| BE | 628 | 595 | 479 | 884 | 300 | 65 | 80 | 60 | 103 | 3195 |
| LU | 529 | 479 | 430 | 574 | 245 | 60 | 40 | 52 | 96 | 2505 |
| UR | 499 | 443 | 423 | 583 | 251 | 41 | 49 | 47 | 69 | 2405 |
| SZ | 618 | 485 | 381 | 548 | 219 | 65 | 37 | 55 | 92 | 2499 |
| OW | 497 | 461 | 459 | 532 | 183 | 67 | 44 | 51 | 92 | 2385 |
| NW | 490 | 439 | 391 | 512 | 159 | 68 | 50 | 53 | 100 | 2262 |
| GL | 542 | 503 | 417 | 582 | 252 | 83 | 38 | 44 | 88 | 2548 |
| ZG | 608 | 453 | 364 | 583 | 209 | 65 | 30 | 61 | 91 | 2465 |
| FR | 635 | 585 | 406 | 644 | 235 | 55 | 44 | 65 | 99 | 2769 |
| SO | 656 | 614 | 472 | 739 | 162 | 70 | 74 | 61 | 92 | 2941 |
| BS | 804 | 823 | 649 | 1044 | 272 | 104 | 97 | 69 | 110 | 3972 |
| BL | 795 | 621 | 504 | 767 | 151 | 94 | 59 | 73 | 100 | 3165 |
| SH | 611 | 639 | 431 | 636 | 229 | 86 | 45 | 43 | 95 | 2815 |

| Canton | Fournisseurs de prestations | | | | | | | | | Total |
|---------|-----------------------------|------------------------|-------------|-------------|-------------------------------|-------------------|--------|--------------|--------|-------|
| | Médecins | Médicaments | Hôpitaux | | Etablissements médico-sociaux | Physiothérapeutes | SPITEX | Laboratoires | Autres | |
| | (sans médic.) | (médecins, pharmacies) | ambulatoire | hospitalier | | | | | | |
| AR | 526 | 436 | 386 | 561 | 219 | 51 | 37 | 36 | 77 | 2329 |
| AI | 460 | 391 | 337 | 574 | 129 | 42 | 45 | 35 | 81 | 2095 |
| SG | 582 | 489 | 354 | 576 | 199 | 64 | 39 | 42 | 89 | 2435 |
| GR | 534 | 531 | 385 | 631 | 227 | 63 | 57 | 50 | 112 | 2591 |
| AG | 591 | 585 | 447 | 693 | 156 | 69 | 37 | 47 | 90 | 2715 |
| TG | 531 | 447 | 434 | 713 | 198 | 78 | 41 | 40 | 94 | 2574 |
| TI | 694 | 697 | 443 | 858 | 293 | 77 | 59 | 96 | 109 | 3324 |
| VD | 746 | 715 | 652 | 626 | 205 | 70 | 106 | 92 | 106 | 3319 |
| VS | 591 | 625 | 404 | 621 | 184 | 61 | 47 | 62 | 101 | 2695 |
| NE | 605 | 735 | 437 | 631 | 343 | 56 | 93 | 93 | 118 | 3111 |
| GE | 1043 | 807 | 583 | 770 | 221 | 101 | 87 | 157 | 114 | 3881 |
| JU | 529 | 667 | 494 | 705 | 258 | 58 | 101 | 52 | 77 | 2940 |
| Schweiz | 679 | 603 | 465 | 696 | 229 | 71 | 62 | 68 | 99 | 2973 |

¹ Y c. la participation aux coûts

Source : Monitoring AMal.

Prestations brutes¹ par assuré (2008, variation en pour-cent par rapport à l'année précédente)

| Canton | Fournisseurs de prestations | | | | | | | Total | |
|--------|-----------------------------|--|-------------|-------------|----------------------------------|-------------------|--------|-------|--------------|
| | Médecins (sans médic.) | Médicaments (médecins, pharmacies) | Hôpitaux | | Etablissements médico-sociaux | Physiothérapeutes | SPITEX | | Laboratoires |
| | | | ambulatoire | hospitalier | | | | | |
| ZH | 3.2 | 4.8 | 13.4 | 3.2 | 0.6 | 3.1 | 5.9 | 10.1 | 4.9 |
| BE | 4.3 | 4.3 | 9.3 | -0.6 | 5.6 | 2.8 | 6.4 | 9.5 | 3.7 |
| LU | 2.0 | 3.7 | 14.0 | -1.5 | 2.1 | 0.3 | 1.9 | 16.6 | 3.6 |
| UR | 0.2 | -0.1 | 10.0 | -3.5 | 8.6 | -0.1 | -2.1 | 9.9 | 1.4 |
| SZ | 2.3 | 4.4 | 14.0 | -2.4 | 3.9 | 3.0 | 8.6 | 10.7 | 3.5 |
| OW | 6.2 | 7.4 | 10.5 | -2.4 | -2.9 | -6.8 | -1.5 | 15.2 | 4.3 |
| NW | 3.6 | 3.8 | 7.3 | -2.0 | -0.6 | -2.4 | 23.2 | 7.6 | 2.6 |
| GL | 2.6 | 5.9 | 11.1 | 9.5 | 7.8 | 7.5 | 1.6 | 7.9 | 5.9 |
| ZG | 3.4 | 6.0 | 8.9 | -2.4 | 3.0 | 2.4 | 3.5 | 6.8 | 3.1 |
| FR | 4.1 | 3.8 | 11.9 | 0.8 | 0.8 | 4.7 | 5.2 | 10.1 | 2.9 |
| SO | 5.9 | 6.7 | 14.2 | 3.7 | 4.9 | 3.5 | 8.8 | 9.1 | 5.2 |
| BS | 6.2 | 5.2 | 10.4 | 6.6 | -2.9 | 5.4 | 8.8 | 7.3 | 6.0 |
| BL | 6.1 | 5.8 | 11.4 | 3.3 | 10.8 | 6.5 | 10.0 | 10.3 | 6.3 |

| Canton | Fournisseurs de prestations | | | | | | | | Total |
|---------|-----------------------------|--|-------------|-------------|----------------|-------------------|--------|--------------|-------|
| | Médecins (sans médic.) | Médicaments (médecins, pharmacies) | Hôpitaux | | Etablissements | | SPITEX | Laboratoires | |
| | | | ambulatoire | hospitalier | médico-sociaux | Physiothérapeutes | | | |
| | | | | | | | | | |
| SH | 4.3 | 5.9 | 6.1 | 1.2 | -1.1 | 3.0 | 3.0 | 4.0 | 3.5 |
| AR | 6.3 | 7.1 | 4.9 | 2.1 | 7.4 | 6.2 | 1.2 | 2.8 | 5.0 |
| AI | 4.5 | 7.2 | 10.5 | 25.8 | 16.2 | 10.0 | 12.3 | 7.7 | 12.6 |
| SG | 3.2 | 3.4 | 4.9 | 0.3 | 5.3 | 3.4 | 4.7 | 6.5 | 3.0 |
| GR | 2.6 | 3.0 | 5.1 | 1.5 | 7.3 | 4.6 | 5.4 | 10.1 | 3.0 |
| AG | 5.2 | 5.0 | 14.6 | 2.0 | 5.7 | 3.4 | 5.6 | 6.6 | 5.5 |
| TG | 3.8 | 6.2 | 10.7 | 2.5 | 5.4 | 7.0 | 7.8 | 8.0 | 5.3 |
| TI | 1.0 | -3.1 | 3.7 | -3.2 | 5.6 | -12.3 | -3.7 | -5.3 | -1.1 |
| VD | 6.0 | 2.6 | 8.7 | 2.7 | -3.6 | 3.5 | 5.4 | 8.5 | 2.4 |
| VS | 7.1 | 6.4 | 11.6 | -0.9 | 4.2 | 5.1 | 4.6 | 19.8 | 4.1 |
| NE | 7.4 | 5.2 | 22.8 | -3.7 | -1.0 | 2.7 | 4.1 | 4.0 | 4.1 |
| GE | 5.1 | 3.6 | 7.0 | 7.7 | 7.5 | 3.0 | 6.6 | 10.3 | 4.8 |
| JU | 6.7 | 1.6 | 5.8 | 1.8 | 1.7 | 4.1 | 1.8 | 2.4 | 2.7 |
| Schweiz | 4.3 | 4.1 | 10.4 | 1.5 | 3.0 | 2.6 | 5.5 | 8.5 | 3.9 |

¹ Y c. la participation aux coûts

Source : Monitoring AMal.

Prestations brutes¹ par assuré (1999–2007)

| Année | Prestations | | | | | | | | | Total | |
|-------------------|--|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------|----------------|---|------------------------|-------|--------|
| | Traitement médical (ambulatoire) | Médicaments (médecin, pharm.) | Soins hospitaliers ambulatoire | Soins hospitaliers hospitalier | Etablissements médico-sociaux | SPITEX | Physiothérapie | Analyses de laboratoire (y c. médecins) | Moyens et appareils | | Autres |
| En francs, par an | | | | | | | | | | | |
| 1999 | 518 | 400 | 204 | 497 | 161 | 32 | 60 | 57 | 17 | 65 | 2011 |
| 2000 | 529 | 446 | 229 | 509 | 167 | 35 | 61 | 61 | 25 | 68 | 2131 |
| 2001 | 549 | 481 | 264 | 520 | 172 | 37 | 66 | 63 | 24 | 68 | 2244 |
| 2002 | 559 | 515 | 269 | 515 | 190 | 39 | 69 | 66 | 28 | 77 | 2328 |
| 2003 | 566 | 536 | 290 | 558 | 200 | 43 | 67 | 65 | 29 | 77 | 2431 |
| 2004 | 593 | 562 | 297 | 619 | 213 | 49 | 68 | 80 | 35 | 75 | 2592 |
| 2005 | 609 | 577 | 359 | 646 | 213 | 52 | 72 | 89 | 40 | 78 | 2736 |
| 2006 | 619 | 575 | 354 | 654 | 218 | 56 | 72 | 84 | 45 | 79 | 2755 |
| 2007 | 642 | 585 | 375 | 682 | 226 | 61 | 73 | 84 | 50 | 86 | 2863 |

| Année | Prestations | | | | | | | | | | Total |
|---|---------------|----------------------|--------------------|-------------|----------------------------------|--------|----------------|----------------------------|------------------------|--------|-------|
| | Traitement | Médicaments | Soins hospitaliers | | Etablissements médico-sociaux | SPITEX | Physiothérapie | Analyses de laboratoire | Moyens et appareils | Autres | |
| | médical | | ambulatoire | hospitalier | | | | | | | |
| | (ambulatoire) | (médecin, pharm.) | | | (y c. médecins) | | | | | | |
| Variation par rapport à l'année précédente (en pour-cent) | | | | | | | | | | | |
| 1999 | 0.1 | 6.4 | 13.6 | 0.8 | 6.8 | 4.7 | 4.3 | 3.8 | 19.4 | 6.0 | 3.9 |
| 2000 | 2.3 | 11.7 | 12.3 | 2.4 | 3.9 | 7.7 | 2.3 | 7.1 | 44.0 | 3.6 | 5.9 |
| 2001 | 3.8 | 7.9 | 15.0 | 2.2 | 3.0 | 6.3 | 6.9 | 4.0 | -4.3 | -0.1 | 5.3 |
| 2002 | 1.8 | 7.1 | 1.8 | -1.0 | 10.0 | 6.7 | 4.8 | 4.3 | 16.6 | 14.5 | 3.7 |
| 2003 | 1.2 | 4.0 | 8.2 | 8.3 | 5.7 | 9.9 | -3.3 | -1.4 | 5.3 | -1.0 | 4.5 |
| 2004 | 4.8 | 4.9 | 2.2 | 11.0 | 6.3 | 13.9 | 2.7 | 22.9 | 21.0 | -1.5 | 6.6 |
| 2005 | 2.7 | 2.8 | 21.0 | 4.4 | 0.2 | 5.6 | 4.5 | 11.7 | 13.8 | 4.0 | 5.6 |
| 2006 | 1.7 | -0.4 | -1.5 | 1.3 | 1.9 | 6.7 | 0.9 | -6.5 | 12.2 | 0.3 | 0.7 |
| 2007 | 3.6 | 1.7 | 6.0 | 4.2 | 4.1 | 8.6 | 1.9 | 0.4 | 10.2 | 9.8 | 3.9 |
| Variation moyenne annuelle de 1999 à 2007 (en pour-cent) | | | | | | | | | | | |
| 99-07 | 2.7 | 4.9 | 7.9 | 4.0 | 4.4 | 8.1 | 2.5 | 5.0 | 14.2 | 3.6 | 4.5 |

¹ Y c. la participation aux coûts

Source : Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2007.