

## **Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)**

Modifications prévues pour le ...

Commentaire et contenu des modifications

Berne, XX 2011

## **Contenu**

<b>1</b>	<b>Introduction</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Révision en général</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Commentaire article par article</b>	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>Entrée en vigueur</b>	<b>8</b>

## 1 Introduction

Depuis le 1<sup>er</sup> mai 2010, les règlements (CEE) n° 1408/71 et n° 574/72 ont été remplacés par le règlement (CE) n° 883/2004<sup>1</sup> et son règlement d'application (CE) n° 987/2009<sup>2</sup> dans les 27 Etats membres de l'Union européenne (UE).

Les nouveaux règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009 ne sont pas encore applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'UE. Cependant, la coordination multilatérale des systèmes nationaux de sécurité sociale ne peut réellement fonctionner que si toutes les parties appliquent les mêmes règles. C'est pourquoi la Suisse reprend ces règlements dans le cadre d'une 3<sup>e</sup> actualisation de l'annexe II de l'Accord sur la libre circulation des personnes conclu entre la Suisse et l'UE. Le 27 octobre 2010, le Conseil fédéral a approuvé cette modification. Après avoir reçu un préavis positif de la Commission parlementaire et des gouvernements cantonaux consultés, il a autorisé, par décision du 23 mars 2011, le chef de la délégation suisse au sein du Comité mixte de l'Accord sur la libre circulation des personnes à adopter cette modification, en vue de l'entrée en vigueur des nouvelles règles au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Dès que la procédure d'approbation aura abouti du côté de l'UE, où une réserve émise par la Grande-Bretagne est encore pendante, le Comité mixte pourra rendre sa décision.

La reprise des nouveaux règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009 dans le cadre de l'Accord AELE, conclu entre la Suisse et les trois autres Etats membres de l'AELE (Islande, Liechtenstein et Norvège), aura lieu ultérieurement.

Les nouveaux règlements UE entraînent les principales innovations suivantes dans le domaine de l'assurance-maladie sociale :

- Le principe selon lequel une personne n'est soumise qu'à la législation d'un seul Etat ne connaît désormais plus d'exception.
- Les bénéficiaires de prestations pécuniaires de courte durée (p. ex. indemnités journalières de l'assurance-accident) sont considérés comme des personnes continuant d'exercer une activité lucrative et restent ainsi soumis au droit de l'Etat qui verse les prestations en espèces.
- La durée du premier détachement passe de 12 à 24 mois.
- La personne qui exerce une activité salariée dans deux ou plusieurs Etats ne reste soumise à la législation son Etat de résidence que si elle y exerce une partie substantielle de son activité.
- Les droits d'option existants dans l'assurance-maladie restent inchangés sous le nouveau droit. Après la reprise du nouveau droit de coordination de l'UE, la Suisse envisage toutefois de fixer avec les Etats concernés des règles contraignantes relatives à l'exercice du droit d'option. Ces accords seront communiqués en temps voulu aux services suisses concernés.
- Actuellement, seuls les frontaliers et les personnes assurées en Suisse qui résident dans certains pays de l'UE ont la possibilité de choisir de suivre un traitement dans leur pays de résidence et en Suisse. Compte tenu des inscriptions demandées par la Suisse, toutes les personnes assurées en Suisse et domiciliées dans un Etat de l'UE/AELE

<sup>1</sup> Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, JO L 116 du 30.4.2004, p. 1; modifié par le règlement (CE) n° 988/2009, JO L 284 du 30.10.2009, p. 43

<sup>2</sup> Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, JO L 284 du 30.10.2009, p. 1

(frontaliers et membres de leur famille, rentiers et membres de leur famille, membres de la famille de détenteurs de permis de séjour, bénéficiaires d'une prestation de l'assurance-chômage suisse et membres de leur famille) ont désormais le droit de choisir leur lieu de traitement, c.-à-d. qu'ils peuvent, au choix, suivre un traitement dans leur pays de domicile ou en Suisse.

- En règle générale, les remboursements entre l'institution d'entraide et l'institution compétente ne s'effectuent plus que sur la base des dépenses effectives. Les Etats suivants continuent de rembourser les frais relatifs aux rentiers et aux membres de leur famille ainsi qu'aux membres de la famille des détenteurs de permis de séjour sur la base de montants forfaitaires : l'Espagne, la Finlande, la Grande-Bretagne, l'Irlande, l'Italie, Malte, les Pays-Bas, le Portugal et la Suède.
- Après une période transitoire de deux ans suivant l'entrée en vigueur des nouveaux règlements UE, l'échange électronique des données devrait remplacer l'échange de formulaires sur papier. Les actuels formulaires E sur papier feront place à l'échange de formulaires électroniques, appelés SED (Structured Electronic Document). Les SED ont un contenu similaire à celui des actuels formulaires E. Par ailleurs, de nouveaux documents mobiles (Portable Documents) seront introduits.

Compte tenu de certaines de ces nouveautés, une révision de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) est nécessaire. Dans ce contexte, l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCO<sub>R</sub>) doit être révisée simultanément, mais elle fait l'objet d'une révision séparée.

## 2 Révision en général

S'agissant de l'assurance-maladie, l'OAMal contient quelques dispositions spéciales, concernant d'une part les personnes assurées en Suisse qui résident dans un Etat de l'UE/AELE, et d'autre part les personnes assurées dans un Etat de l'UE/AELE qui se font soigner en Suisse. Certaines de ces dispositions doivent être adaptées en fonction du nouveau droit de coordination, p. ex. parce que les remboursements entre l'institution d'entraide et l'institution compétente s'effectuent sur la base des dépenses effectives et non plus sur la base de montants forfaitaires. En outre, nous profitons de la présente révision pour adapter, si nécessaire, ces dispositions spéciales en fonction de certains changements de circonstances, p. ex. l'art. 37 OAMal relatif à la prise en charge des coûts pour les personnes résidant à l'étranger.

## 3 Commentaire article par article

La présente révision nous donne aussi l'occasion de remplacer l'expression "Communauté européenne" par "Union européenne" dans les articles suivants, sans toutefois les modifier quant au fond : **art. 1, al. 2, let. d / art. 2, al. 1, let. e et al. 6 / art. 10, al. 1<sup>bis</sup> / art. 15a, al. 1, let. a / art. 37, al. 1, let. b / titre précédant l'art. 92a / art. 92b, al. 1 / art. 101a, titre et al. 1 / art. 103, al. 6 et art. 106a, titre et al. 2.**

### Art. 19, al. 2 et 3 Exécution des engagements internationaux

**al. 2, let. a :** La tâche actuelle de l'institution commune, décrite à l'art. 19, al. 2, let. a, OAMal, subsiste, bien que légèrement modifiée. En effet, comme par le passé, les assureurs-maladie suisses ont toujours besoin de connaître les coûts moyens de la santé, engendrés par les assurés domiciliés dans l'UE/AELE, et ce afin de pouvoir calculer les primes de ces derniers. Ces

données peuvent être obtenues, soit auprès de l'organe compétent de l'UE, soit auprès des Etats concernés.

**al. 2, let. b :** L'actuelle let. b peut être abrogée pour la raison suivante : désormais, les remboursements des frais relatifs aux rentiers et aux membres de leur famille ainsi qu'aux membres de la famille des détenteurs de permis de séjour, qui résident en Suisse et sont assurés dans un Etat de l'UE/AELE, s'effectuent sur la base des dépenses effectives et non plus sur la base de montants forfaitaires. C'est pourquoi l'institution commune ne doit plus calculer les coûts moyens annuels pour les prestations de soins de l'assurance-maladie suisse.

La nouvelle let. b correspond à l'ancienne let. c. Seule change la date pour la présentation du rapport à l'attention de l'OFSP, anciennement fixée au 30 avril et repoussée au 31 mai, étant donné que l'institution commune ne peut livrer les données en question que dans le courant du mois de mai. Au surplus, le terme "Communauté européenne" est remplacé par "Union européenne".

**al. 3 :** Cet alinéa doit uniquement être adapté en fonction des modifications apportées à l'al. 2. Dans la première phrase, le renvoi porte sur l'al. 2, let. b au lieu de la let. c. Dans la dernière phrase, le renvoi à la let. b doit être biffé, puisque l'ancienne let. b n'existe plus.

Le nouveau droit de coordination avec l'UE n'entraîne pour l'institution commune aucune nouvelle tâche devant figurer à l'art. 19 OAMal.

### **Art. 37                   Prise en charge des coûts pour les personnes résidant à l'étranger**

L'art. 37 OAMal règle la prise en charge des coûts pour les traitements hospitaliers en Suisse des personnes domiciliées dans un Etat de l'UE/AELE. S'agissant de la compétence, les assureurs-maladie et le canton entrent en ligne de compte. Il faut faire la distinction entre les personnes assurées en Suisse et les personnes qui sont assurées de par la loi dans leur pays de domicile.

**al. 1, let. a :** Cette disposition concerne les personnes assurées en Suisse et domiciliées dans un Etat de l'UE/AELE. Il s'agit d'un petit groupe de personnes qui, en 2010, comprenait environ 29'000 assurés, dont 23'000 frontaliers et membres de leur famille ainsi que 5'000 rentiers et membres de leur famille.

Jusqu'à présent, lorsque ces personnes étaient hospitalisées en Suisse, les coûts étaient facturés en plein (tarif hors canton, sans participation cantonale) et pris en charge par les assureurs-maladie suisses. Dorénavant, la question de savoir si les tarifs pour les traitements hospitaliers doivent couvrir les coûts ou être financés par les impôts doit se poser de manière différenciée.

Avec le nouveau système de financement hospitalier, qui entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012, les traitements hospitaliers sont financés en fonction des prestations, sous forme de forfaits par cas, qui dépendent du diagnostic médical et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Pour les assurés domiciliés en Suisse, les forfaits par cas sont financés proportionnellement par le canton (par le biais des impôts) et les assureurs-maladie. La part du canton doit se monter au moins à 55 % et celle des assureurs-maladie à 45 %. Ainsi, les frais des traitements hospitaliers continuent d'être pris en charge, non seulement par les assureurs-maladie, mais aussi par les cantons.

Se fondant sur l'interdiction de toute forme de discrimination, un principe important du droit européen de coordination en matière de sécurité sociale, la Commission de l'UE a déjà contesté à plusieurs reprises, la dernière fois le 17 juin 2009, tant le niveau élevé des primes applicables aux personnes assurées en Suisse et domiciliées dans un Etat de l'UE/AELE que l'application des tarifs hors canton pour les traitements hospitaliers de ce groupe de personnes,

surtout les frontaliers. Selon ce principe, les assurés domiciliés dans un Etat de l'UE/AELE ne doivent pas être discriminés par rapport aux assurés domiciliés en Suisse.

La définition fiscale du terme "frontaliers" englobe les personnes qui travaillent en Suisse et qui, après leur travail, retournent chaque jour (régulièrement) à leur domicile en Allemagne, en France, en Italie, en Autriche ou au Liechtenstein. Les salaires de ces travailleurs sont imposés de manière fort différente en fonction du canton où ils travaillent et du pays où ils résident. Cela dépend de l'accord de double imposition qui leur est applicable. Soit le canton du lieu d'emploi prélève l'impôt et restitue une indemnité au pays de domicile, soit l'inverse. Puisque les cantons tirent des recettes fiscales de tous les frontaliers, ils peuvent aussi participer au financement de leurs traitements hospitaliers en Suisse, comme pour les assurés domiciliés en Suisse. L'interdiction de toute forme de discrimination, reprise au titre du droit de coordination de l'UE, exige donc que les frontaliers et les membres de leur famille soient traités de la même manière que les assurés domiciliés en Suisse, lorsqu'il s'agit de prendre en charge les coûts de leurs traitements hospitaliers. De plus, des sondages ont révélé que les cantons versent déjà la participation cantonale pour quelques personnes vivant à l'étranger, p.ex. pour les travailleurs détachés qui se font soigner en Suisse. Il convient également de relever que les frontaliers peuvent choisir de suivre un traitement en Suisse et dans leur pays de domicile et que, de ce fait, ils n'effectuent pas toujours en Suisse les traitements hospitaliers pour lesquels les cantons auraient désormais l'obligation de verser leur participation.

Les autres personnes assurées en Suisse qui vivent dans un Etat de l'UE/AELE ne paient pas d'impôts en Suisse. C'est pourquoi les cantons ne doivent pas participer à la prise en charge des coûts, lorsque ces assurés sont hospitalisés en Suisse. Un traitement différencié lors de la prise en charge des coûts des traitements hospitaliers se justifie par rapport aux frontaliers et aux assurés domiciliés en Suisse. Ainsi, pour ces autres personnes, l'assureur-maladie doit aussi couvrir la participation cantonale qui serait financée par le biais des impôts. Cette différence ne constitue donc pas une violation du principe de non-discrimination.

Il ressort également du droit européen de coordination des assurances sociales que les frontaliers et les membres de leur famille sont avantagés par rapport aux autres assurés. L'art. 9, al. 2 de l'annexe I de l'Accord sur la libre circulation des personnes indique expressément que le travailleur salarié et les membres de sa famille bénéficient, dans le pays d'emploi, des mêmes avantages fiscaux et sociaux que les travailleurs salariés nationaux et les membres de leur famille. Cet avantage se traduit aussi par la possibilité de choisir le lieu de traitement, droit conféré aux frontaliers et aux membres de leur famille par le règlement (CE) n° 883/2004. Par contre, les rentiers et les membres de leur famille n'ont en principe pas le droit de choisir leur lieu de traitement. A l'instar des touristes, ils n'ont droit qu'aux prestations médicales nécessaires en dehors de l'Etat compétent. C'est uniquement si l'Etat compétent, comme la Suisse, figure à l'annexe IV du règlement (CE) n° 883/2004, que les rentiers et les membres de leur famille ont aussi la possibilité de choisir leur lieu de traitement.

Désormais, il faut donc faire la différence entre, d'une part, les frontaliers et les membres de leur famille, et d'autre part, les rentiers et les membres de leur famille, les membres de la famille des détenteurs de permis de séjour ainsi que les bénéficiaires d'une prestation de l'assurance-chômage suisse et les membres de leur famille. Il semble juste que les cantons prennent en charge la part cantonale en cas d'hospitalisation de frontaliers et de membres de leur famille, comme ils le font pour les assurés suisses. S'agissant des autres assurés, qui ne paient pas d'impôts en Suisse, l'assureur-maladie compétent doit couvrir les coûts intégralement.

**al. 1, let. b :** Cet alinéa concerne les personnes domiciliées dans un Etat de l'UE/AELE et assurées de par la loi dans leur pays de domicile. Cette disposition demeure inchangée. Comme indiqué sous chiffre 3 au 1<sup>er</sup> paragraphe, seule l'expression "Communauté européenne" a été remplacée par "Union européenne".

La règle ancrée à l'actuel al. 1, let. c, peut être abrogée, car les conventions spéciales relatives au choix du lieu de traitement, conclues avec les Etats mentionnés, n'ont pas été reconduites. En effet, toutes les personnes assurées en Suisse et domiciliées dans un Etat de l'UE/AELE ont désormais le droit de choisir leur lieu de traitement. Elles tombent toutes sous le coup de la let. a.

**al. 2 :** Ce nouvel alinéa indique quel est le canton qui doit verser, pour les frontaliers, la part cantonale prévue à l'art. 49a, al. 1 à 3, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Il s'agit du canton dans lequel le frontalier travaille, et qui perçoit les recettes fiscales.

### **Art. 92b, al. 1, 3 et 4 Calcul des primes**

**al. 1 :** Comme indiqué sous chiffre 3 au 1<sup>er</sup> paragraphe, seule l'expression "Communauté européenne" a été remplacée par "Union européenne".

**al. 3 :** Dans la plupart des pays, les forfaits sont abolis. Les pays suivants continuent de prélever des forfaits pour les rentiers et les membres de leur famille ainsi que pour les membres de la famille des détenteurs de permis de séjour : Espagne, Finlande, Grande-Bretagne, Irlande, Italie, Malte, Pays-Bas, Portugal et Suède. Désormais, les forfaits couvrent uniquement les coûts des traitements dans le pays de domicile. C'est pourquoi il n'est plus nécessaire de faire la différence entre les assurés pour lesquels un remboursement des prestations sur la base de montants forfaitaires était prévu et ceux pour lesquels le remboursement s'effectuait sur la base des coûts effectifs. Dorénavant, les assureurs doivent tenir compte des coûts suivants pour la fixation des primes de tous les assurés résidant dans un Etat de l'UE/AELE :

**let. a :** les coûts pour les traitements dans le pays de domicile, qu'il s'agisse de coûts effectifs ou de montants forfaitaires ;

**let. b :** les coûts effectifs pour les traitements en Suisse et dans un Etat de l'UE/AELE (sauf dans le pays de domicile) et pour les traitements dans un pays tiers ;

**let. c :** un supplément pour la constitution de réserves et de provisions, ainsi que pour la couverture des frais d'administration, comme c'était le cas jusqu'ici. Compte tenu de la révision simultanée de l'art. 4, al. 2 et 2bis de l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCOR), selon laquelle tous les assurés résidant à l'étranger ne sont plus pris en considération dans les effectifs déterminants pour la compensation des risques, la redevance de risque est supprimée.

**al. 4 :** Ce nouvel alinéa régleme le remboursement sur la base des montants forfaitaires au sens de l'al. 3, let. a. Par analogie avec ce qui était prévu dans l'ancien art. 92b, al. 3, let. a, ch. 2, OAMal, il faut tenir compte de l'évolution des coûts entre l'année pour laquelle les derniers montants forfaitaires disponibles ont été établis et l'année pour laquelle les primes sont prélevées.

### **Art. 92c Comptabilité**

En raison de la suppression des forfaits, les assureurs-maladie ne doivent plus désormais tenir qu'une comptabilité séparée par Etat membre de l'Union européenne, ainsi que pour l'Islande et la Norvège. Chaque pays doit être comptabilisé séparément.

**Art. 101a Formes particulières d'assurance pour les assurés résidant dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège**

**titre et al. 1 :** Comme indiqué sous chiffre 3 au 1<sup>er</sup> paragraphe, seule l'expression "Communauté européenne" a été remplacée par "Union européenne".

L'actuel **alinéa 2** est abrogé. Jusqu'à présent, aucun assureur n'a proposé une assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations aux frontaliers et aux membres de leur famille. De plus, comme toutes les personnes assurées en Suisse et domiciliées dans un Etat de l'UE/AELE peuvent désormais choisir de suivre un traitement dans leur pays de domicile et en Suisse, il ne serait pas justifié d'accorder aux seuls frontaliers et aux membres de leur famille la possibilité de choisir cette forme particulière d'assurance.

**Art. 103, al. 6 et 7 Franchise et quote-part**

**al. 6 :** Comme indiqué sous chiffre 3 au 1<sup>er</sup> paragraphe, seule l'expression "Communauté européenne" a été remplacée par "Union européenne".

**al. 7 :** Puisque toutes les personnes assurées en Suisse et domiciliées dans un Etat de l'UE/AELE peuvent désormais choisir de suivre un traitement dans leur pays de domicile et en Suisse, elles doivent, comme les assurés suisses, s'acquitter de l'intégralité de la participation aux coûts pour les traitements en Suisse, conformément à l'art. 103, al. 1 à 4, OAMal. Les forfaits prévus à l'art. 103, al. 6, OAMal sont applicables aux personnes domiciliées dans un Etat de l'UE/AELE et assurées de par la loi dans leur pays de domicile, et qui ont droit à l'entraide internationale de prestations pour les traitements en Suisse.

**Dispositions transitoires de la modification du ...**

**al. 1 :** Comme déjà mentionné, la reprise des nouveaux règlements (CE) n<sup>os</sup> 883/2004 et 987/2009 dans le cadre de l'Accord AELE, conclu entre la Suisse et les trois autres Etats membres de l'AELE (Islande, Liechtenstein et Norvège), aura lieu ultérieurement. C'est pourquoi, il convient de préciser dans une disposition transitoire que les dispositions révisées ne seront applicables à l'Islande, au Liechtenstein et à la Norvège qu'à partir de l'entrée en vigueur de la modification de l'annexe K de l'Accord AELE. Dans l'intervalle, la réglementation actuelle reste applicable dans les relations avec les Etats de l'AELE et les assurés concernés.

**al. 2 :** D'autres dispositions transitoires pourront éventuellement s'avérer nécessaires en fonction de la date d'entrée en vigueur de l'annexe II de l'Accord sur la libre circulation des personnes.

**4 Entrée en vigueur**

Etant donné que la plupart des adaptations proposées découlent de la modification de l'annexe II de l'Accord sur la libre circulation des personnes, la présente révision entrera en vigueur en même temps que cette modification.