

**Modification de la loi fédérale
sur l'assurance-maladie –
Adaptation de dispositions ayant une
portée internationale**

**Synthèse des résultats de la consultation
(rapport)**

Berne, avril 2015

Table des matières

| | | |
|--------|---|----|
| A | Introduction..... | 4 |
| 1. | Etat des lieux..... | 4 |
| 2. | Objet de l'adaptation..... | 4 |
| 2.1. | Coopération transfrontalière (art. 34, al. 2 et 3, LAMal) | 5 |
| 2.2. | Prise en charge des frais de traitement hospitalier en Suisse de personnes qui résident dans un Etat de l'UE/AELE et sont assurées en Suisse (assurés UE ; art. 49a LAMal) | 5 |
| 2.3. | Conséquences du non-paiement des primes et des participations aux coûts par les assurés qui résident dans un Etat de l'UE/AELE (art. 64a, al. 9, 2 ^e phrase, LAMal) | 5 |
| 2.4. | Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des coûts des traitements ambulatoires pour toutes les personnes assurées en Suisse (art. 41, al. 1 et 2, LAMal) | 5 |
| 3. | Principaux résultats | 6 |
| 3.1. | Coopération transfrontalière (art. 34, al. 2 et 3, LAMal) | 6 |
| 3.1.1. | Pour | 6 |
| 3.1.2. | Contre | 7 |
| 3.2. | Prise en charge des frais de traitement hospitalier en Suisse de personnes qui résident dans un Etat de l'UE/AELE et sont assurées en Suisse (art. 49a LAMal) | 8 |
| 3.2.1. | Pour | 8 |
| 3.2.2. | Contre | 9 |
| 3.3. | Conséquences du non-paiement des primes et des participations aux coûts par des assurés qui résident dans un Etat de l'UE/AELE (art. 64a, al. 9, 2 ^e phrase, LAMal) .. | 10 |
| 3.3.1 | Pour | 10 |
| 3.3.2. | Contre | 10 |
| 3.4. | Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des coûts des traitements ambulatoires pour toutes les personnes assurées en Suisse (art. 41, al. 1 et 2, LAMal) | 11 |
| 3.4.1. | Pour | 11 |
| 3.4.2. | Contre | 12 |
| B. | Détails des résultats | 13 |
| 1. | Généralités | 13 |
| 1.1. | Cantons et Conférences cantonales | 13 |
| 1.2. | Partis politiques, organisations faïtières de l'économie, des communes, des villes et des régions, associations de consommateurs..... | 13 |
| 1.3. | Fournisseurs de prestations et organisations de la santé publique..... | 14 |
| 1.4. | Assureurs et associations d'assureurs | 14 |
| 2. | Dispositions particulières..... | 15 |
| 2.1. | Coopération transfrontalière (art. 34, al. 2 et 3, LAMal) | 15 |
| 2.1.1. | Pour | 15 |

| | |
|--|----|
| 2.1.2. Contre | 19 |
| 2.2. Prise en charge des frais de traitement hospitalier en Suisse de personnes qui résident dans un Etat de l'UE/AELE et sont assurées en Suisse (art. 49a LAMal) | 24 |
| 2.2.1. Pour | 24 |
| 2.2.2. Contre | 26 |
| 2.3. Conséquences du non-paiement des primes et des participations aux coûts par les assurés qui résident dans un Etat de l'UE/AELE (art. 64a, al. 9, 2 ^e phrase, LAMal) .. | 28 |
| 2.3.1. Pour | 28 |
| 2.3.2. Contre | 30 |
| 2.4. Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des coûts pour des traitements ambulatoires (art. 41, al. 1 et 2, LAMAL) | 31 |
| 2.4.1. Pour | 31 |
| 2.4.2. Contre | 35 |
| | |
| Annexe 1 : Liste des participants à la consultation | 36 |

A Introduction

1. Etat des lieux

Le 15 octobre 2014, le Conseil fédéral a ouvert la procédure de consultation concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10, adaptation de dispositions ayant une portée internationale). Celle-ci s'est terminée le 15 février 2015.

Les cantons, les partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale, les organisations faîtières nationales des communes, des villes et des régions de montagne, les associations faîtières suisses de l'économie, les organisations de protection des consommateurs, les associations de fournisseurs de prestations, les organisations de patients, les assureurs ainsi que d'autres organisations spécialisées intéressées ont été invités à s'exprimer sur le projet proposé. Celui-ci est publié sur le site internet de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) : <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/14968/index.html?lang=fr>.

L'OFSP a reçu au total 66 réponses. Tous les cantons ont pris part à la procédure de consultation. La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a remis une prise de position. Quelques cantons se sont toutefois simplement ralliés à la prise de position de la CDS. Cinq partis sur les douze consultés ont répondu (PBD, PDC, PLR, UDC et PS). L'Association patronale suisse de la branche dentaire (ASD), le Centre Patronal, la Fédération des Entreprises Romandes (FER), l'Union suisse des arts et métiers (USAM), l'Union syndicale suisse (USS), la Fédération romande des consommateurs (FRC), la Communauté d'intérêts eHealth et Les laboratoires médicaux de Suisse (FAMH) se sont également exprimés. Du côté des fournisseurs de prestations, les organisations suivantes ont donné leur avis : la Fédération des médecins suisses (FMH), H+ Les Hôpitaux de Suisse, la Konferenz Kantonale Krankenhausverbände K3, medswiss.net, l'OMCT (Ordre des médecins du canton du Tessin), l'Association suisse de physiothérapie (Physioswiss), l'Association suisse des chiropraticiens ChiroSuisse (ASC), Association des pharmaciens cantonaux (APC), l'Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux (ASMI), l'Association professionnelle suisse des techniciennes et techniciens en analyses biomédicales (labmed Suisse), l'Association suisse des infirmiers et infirmières (ASI), The Swiss Leading Hospitals, VAKA Der aargauische Gesundheitspartner, l'Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (ASMAC) et l'Association des cliniques de réadaptation de pointe en Suisse (SWISS REHA). Du côté des assureurs, CSS Assurance et Helsana Assurances SA ont pris position. Par ailleurs, les associations d'assureurs Curafutura, santésuisse et l'Association suisse d'assurances ASA se sont exprimées. L'Institution commune LAMal et la Division assurance militaire de la CNA ont également donné leur avis. Les autres prises de position proviennent d'autres milieux et associations intéressés.

2. Objet de l'adaptation

Le projet de révision de la LAMal comporte les quatre domaines suivants et concerne principalement des dispositions ayant une portée internationale.

2.1. Coopération transfrontalière (art. 34, al. 2 et 3, LAMal)

Conformément à l'article 36a de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102), des projets pilotes de durée limitée peuvent être menés depuis 2006 pour la prise en charge de prestations fournies à l'étranger dans des zones frontalières, à des conditions clairement définies. Les projets existants dans les régions de Bâle/Lörrach et de Saint-Gall/Principauté de Liechtenstein ont fait leurs preuves. Avec la révision de loi (art. 34, al. 2 et 3, LAMal), le Conseil fédéral propose de pérenniser ce type de collaboration dans toutes les régions frontalières.

2.2. Prise en charge des frais de traitement hospitalier en Suisse de personnes qui résident dans un Etat de l'UE/AELE et sont assurées en Suisse (assurés UE ; art. 49a LAMal)

Les nouvelles dispositions prévues à l'article 49a LAMal font obligation aux cantons d'assumer collectivement la part cantonale, en cas de traitement hospitalier en Suisse, pour les assurés UE ayant un lien actuel avec la Suisse (p. ex., frontaliers et membres de leur famille) de la même façon que pour les assurés résidant en Suisse. Pour les assurés UE qui n'ont pas de lien actuel avec la Suisse (rentiers et membres de leurs familles, p. ex.), les cantons sont tenus d'assumer collectivement cette part, proportionnellement à leur population résidante.

2.3. Conséquences du non-paiement des primes et des participations aux coûts par les assurés qui résident dans un Etat de l'UE/AELE (art. 64a, al. 9, 2^e phrase, LAMal)

Le Conseil fédéral a par ailleurs proposé de compléter l'article 64a, alinéa 9, LAMal, créant ainsi une base légale suffisante pour la réglementation différenciée existant déjà à l'article 105m OAMal. Celle-ci règle les conséquences auxquelles s'exposent les assurés UE en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts.

2.4. Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des coûts des traitements ambulatoires pour toutes les personnes assurées en Suisse (art. 41, al. 1 et 2, LAMal)

Le Conseil fédéral a encore proposé une adaptation de l'article 41, alinéas 1 et 2, LAMal. Les deux motions adoptées par le Parlement 12.4224 et 12.4098 « LAMal. Abrogation d'une disposition inadéquate et inéquitable » sont ainsi mises en œuvre. L'article 41, alinéas 1 et 2, LAMal est adapté de sorte que les assurés puissent, comme jusqu'ici, choisir librement parmi les fournisseurs de prestations admis pour les traitements ambulatoires et que les coûts soient désormais pris en charge par les assureurs-maladie dans tous les cas selon le tarif en vigueur applicable par le fournisseur correspondant. Une disposition analogue à l'article 17 de la loi fédérale sur l'assurance militaire (LAM) sera également adaptée à la suite de cette proposition.

3. Principaux résultats

La plupart des participants à la consultation se sont limités à donner leur avis sur les quatre points concrets de la révision. Les principaux résultats présentent donc les avis positifs et négatifs exprimés sur ces quatre points.

3.1. Coopération transfrontalière (art. 34, al. 2 et 3, LAMal)

3.1.1. Pour

La CDS ainsi que les cantons **AG, AR, BE, BL, BS, GE, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SH, SO, TG, TI, UR, ZG** et **ZH** plaident pour que la fourniture des prestations transfrontalières dans le cadre actuel soit définitivement inscrite dans la loi.

La CDS se posait encore différentes questions en ce qui concerne l'organisation concrète d'une telle réglementation légale. C'est pourquoi un échange de questions et de réponses a au préalable eu lieu entre la CDS et l'OFSP. L'OFSP a confirmé qu'aucune collaboration transfrontalière ne pourrait être conclue sans la volonté d'un canton frontalier, étant donné qu'une convention, soumise à l'approbation du Conseil fédéral, devrait avoir été conclue entre les fournisseurs de prestations, les assureurs et le canton frontalier. L'article prescrit également que les prestations ne seront de toute façon accessibles qu'aux assurés qui habitent dans le canton concerné et sont assurés auprès d'un assureur partenaire ; une convention sur la collaboration transfrontalière n'exerce donc aucun effet sur les assurés d'un autre canton. La CDS a signalé que les cantons ne sont aujourd'hui pas tenus de verser de contribution financière (part cantonale) pour les traitements hospitaliers à l'étranger. Cela serait également le cas pour une collaboration transfrontalière. Selon les renseignements fournis par l'OFSP, une telle obligation ne pourrait pas être fixée au niveau de l'ordonnance. De même, les prestations issues d'une coopération avec des prestataires étrangers ne doivent pas figurer sur les listes hospitalières cantonales, car elles ne sont accessibles qu'à un groupe cible limité du canton frontalier. De plus, un canton doit dans tous les cas mettre à disposition sur son territoire une offre de prestations adaptée aux besoins, parce que – et ce point doit être explicitement précisé dans l'ordonnance – les assurés ne peuvent en aucun cas être obligés de se faire traiter à l'étranger. L'examen du respect des critères EAE (efficacité, adéquation et caractère économique des prestations) par les fournisseurs de prestations étrangers relève, selon l'OFSP, des parties contractantes, c'est-à-dire des assureurs et des cantons.

La CDS et la majorité des cantons attendent donc que les éléments essentiels des dispositions d'exécution prévues par le Conseil fédéral, qui s'alignent sur l'actuel article 36a OAMal, soient déjà formulés dans le message adressé au Parlement, afin que la sécurité sur les aspects les plus importants d'une mise en œuvre puisse être créée dès le processus parlementaire. La CDS et la majorité des cantons donnent leur approbation si ces conditions sont respectées. Quelques cantons posent néanmoins des questions supplémentaires.

Les partis approuvent majoritairement la modification de loi. Le **PBD** souligne que l'assouplissement du principe de territorialité augmente la sécurité des soins et renforce la liberté de choix des assurés. Dans le même temps, il rejette l'idée d'une obligation de soins à l'étranger. Le **PLR** se félicite de l'assouplissement du principe de territorialité à des conditions clairement définies. Cela relancerait en règle générale la concurrence régulée dans le système de santé, ce qui aurait des effets positifs sur les prix et inciterait davantage à proposer des prestations d'un niveau de qualité élevé. L'**UDC** insiste sur le fait que les mesures ont la capacité de renforcer la concurrence. Les frais administratifs pour les assureurs devraient cependant être nettement réduits par rapport à la phase pilote.

La **communauté d'intérêts eHealth** considère comme fondamental que les dispositions soient adaptées dans la perspective de l'introduction de la loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP) et que les questions soulevées soient résolues au préalable. La **Konferenz kantonale Krankenhausverbände** approuve en principe la révision, mais souligne le risque de distorsions de la concurrence en raison d'une densité normative inégale et de soins de qualité différente. Des conventions-cadre doivent permettre d'harmoniser les conditions en matière de concurrence.

Curafutura approuve l'assouplissement du principe de territorialité, notamment au regard de la libre circulation des assurés et de la concurrence. **Santésuisse** souscrit également à la création d'une base légale définitive. Le recours à des prestations à l'étranger a lieu dans un cadre très étroit en ce qui concerne tant le cercle des fournisseurs de prestations étrangers que les preneurs d'assurance concernés (faible étendue du projet sans grande pression sur les prix des fournisseurs de prestations ni grandes économies sur les coûts). L'**ASA** apprécie également l'assouplissement de ce principe en considération de la libre circulation des assurés et de la concurrence.

La **FRC** approuve le projet dans les mêmes conditions.

3.1.2. Contre

Quelques cantons renoncent à se prononcer sur ce point. **AI, VD et VS** sont en partie favorables à un examen de l'ouverture transfrontalière, mais demandent des éclaircissements supplémentaires, étant plutôt sceptiques quant à la révision proposée. Ils pensent que les effets d'une telle disposition ne sont pas encore éclaircis de manière satisfaisante.

La grande majorité des organisations de fournisseurs de prestations s'oppose à la disposition proposée, arguant que la qualité des fournisseurs de prestations à l'étranger est moins bonne. Un petit nombre approuve la disposition à condition que les fournisseurs de prestations étrangers satisfassent aux mêmes conditions que les fournisseurs suisses. Ces organisations n'approuvent donc pas la révision telle que proposée. Le **FMH** souligne que l'utilité pour les assurés et la baisse des prix n'ont pas pu être démontrées. Toutes les prescriptions et les critères des cantons doivent impérativement s'appliquer aussi aux fournisseurs de prestations étrangers. Par ailleurs, le projet laisse en suspens bon nombre de questions d'application (p. ex., 1. Qu'est-ce qui est considéré comme région limitrophe étrangère ? 2. Les fournisseurs de prestations étrangers sont-ils tenus de respecter les mêmes critères (EAE, etc.) ? 3. Quel juge est compétent ?). **H+ Les Hôpitaux de Suisse** font valoir que les fournisseurs de prestations étrangers devraient s'en tenir aux mêmes conditions et aux mêmes normes de qualité qu'en Suisse (législation suisse, conditions cantonales et conventions avec les partenaires sociaux). De plus, les points essentiels doivent être réglés dans la loi et pas seulement au niveau de l'ordonnance. **Medswiss.net, l'Association suisse de physiothérapie, l'Association suisse des chiropraticiens, l'Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux (ASMI), l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI), The Swiss Leading Hospitals, VAKA der Aargauische Gesundheitspartner, l'Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (ASMAC) ainsi que les laboratoires médicaux de Suisse (FAMH)** rejettent le projet.

Le **PS** n'est pas foncièrement défavorable à la coopération transfrontalière si elle apporte une plus-value qualitative dans l'offre de soins. Il semble toutefois que les projets pilotes n'aient pas encouragé davantage la coopération institutionnelle dans les régions transfrontalières et qu'ils n'aient pas contribué à une réduction substantielle des coûts. D'autre part, le **PS** n'est pas favorable à l'idée que l'on puisse réduire nos capacités en matière de planification des

soins, en partant du principe que la prise en charge pourra se faire hors de nos frontières. Cela pourrait inciter les assureurs ou les prestataires assignants à obliger les patients suisses à se faire traiter à l'étranger. De plus, la modification prévue reviendrait à confier des compétences à la Confédération en matière de planification hospitalière pour les prestations dispensées à l'étranger. Le PS estime que la planification doit rester entre les mains des cantons, surtout si l'on compte les obliger à prendre en charge financièrement une partie des traitements selon le modèle du nouveau financement hospitalier.

L'USS rejette la révision. Elle fait valoir qu'il n'y a eu aucun effet positif sur les coûts. L'utilité pour les patients n'a pas pu être démontrée. La compétence en matière de planification et de pilotage doit rester entre les mains des cantons pour éviter une extension incontrôlable des volumes de prestations.

Le Centre Patronal et **l'USAM** rejettent également la révision. Le niveau des salaires en Suisse est nettement plus élevé qu'à l'étranger et les conditions générales ainsi que les conditions de politique sanitaire diffèrent parfois nettement de celles des pays voisins. Tous les prestataires de soins devraient pouvoir se présenter avec les mêmes atouts.

3.2. Prise en charge des frais de traitement hospitalier en Suisse de personnes qui résident dans un Etat de l'UE/AELE et sont assurées en Suisse (art. 49a LAMal)

3.2.1. Pour

Seuls deux cantons (**GE** et **NE**) soutiennent ce point de la révision, en raison de l'interdiction de discrimination et de l'allègement de la charge des hôpitaux.

Les partis approuvent en majorité la modification de loi. Le **PBD** souligne que, jusqu'ici, les assurés UE ont payé des primes plus élevées car les coûts étaient exclusivement pris en charge par l'assurance, sans participation cantonale. Mais, s'agissant d'éventuelles différences tarifaires liées au libre choix de l'hôpital, il faut s'assurer que les rentiers suisses soient traités de la même manière que les rentiers qui résident dans un Etat de l'UE/AELE. Le **PDC** est d'accord avec le projet. Le **PLR** souligne que le changement de système est conforme avec la clé de financement actuelle (selon le nouveau financement hospitalier) dans la LAMal pour les traitements hospitaliers stationnaires. Il empêche la discrimination des citoyens de l'UE, que cette dernière critique. **L'ASD** insiste sur le fait que l'affiliation à l'assurance-maladie suisse devrait être la condition *sine qua non* dans tous les cas, donc aussi pour les catégories de patients mentionnées à l'article 49a, alinéa 2, lettre b, LAMal.

Les fournisseurs de prestations qui se sont exprimés à ce sujet sont en majorité en faveur de la nouvelle disposition. **H+ Les hôpitaux de Suisse** insistent sur le fait qu'il est important que les tarifs des hôpitaux, entre autres, soient intégralement remboursés et que les éventuels déficits ne soient pas à leur charge. **Medswiss.net**, **l'ASMI** et **the Swiss Leading Hospitals** soulignent que l'affiliation à l'assurance-maladie suisse doit rester dans tous les cas la condition *sine qua non*. **L'ASMAC** soutient la prise en charge par les cantons pour les frontaliers de la même manière que pour les assurés qui résident en Suisse.

Les associations d'assureurs **Curafutura**, **santésuisse** et **l'ASA** sont favorables à ce point de la révision (par référence à l'interdiction de discrimination). Santéuisse fait deux propositions de modification. La discrimination des rentiers suisses par rapport à ceux de l'UE doit être supprimée. Par ailleurs, il faut encore régler la question de savoir quels tarifs doivent être pris en charge par les assureurs lors de traitements hospitaliers de frontaliers en Suisse.

L'**Institution commune LAMal** limite sa prise de position aux modifications qui la concernent directement. Elle est d'accord pour assumer les nouvelles tâches proposées. Elle objecte néanmoins que certains points doivent être réglés déjà au niveau de la loi (p. ex., le financement et la protection des données).

3.2.2. Contre

Tous les **cantons** (sauf **GE** et **NE**) et la **CDS** sont opposés à la disposition proposée. La CDS et les cantons doutent que l'interdiction de discrimination issue de l'Accord sur la libre circulation (ALCP) soit affectée par la réglementation actuelle, car les coûts des traitements sont entièrement couverts par l'assurance-maladie. L'exécution de la nouvelle disposition serait problématique et coûteuse du point de vue administratif. Le projet entraîne un transfert de coûts d'environ 11,5 millions de francs de l'assurance obligatoire des soins (AOS) aux cantons. Or ces derniers n'ont aucune compétence en matière de soins pour les personnes qui résident à l'étranger. De ce fait, il ne résulte aucune obligation de cofinancement par les cantons.

L'**UDC** souligne qu'elle rejette la prise en charge des coûts d'hospitalisation en Suisse pour les assurés UE pour des raisons de fond car une partie des coûts aujourd'hui financée par les augmentations de primes – donc sous la responsabilité individuelle – serait répercutée sur la communauté. Il y aurait de plus une inégalité de traitement en défaveur des contribuables suisses.

Pour le **PS**, qui avait combattu la modification de la LAMal relative au financement hospitalier, la révision prévue constitue de facto une extension de ce modèle de financement aux frontaliers UE/AELE. Les assureurs ont pu faire de gros bénéfices dans les assurances complémentaires grâce à l'introduction de ce nouveau mode de financement, ce que le PS déplore. Toutefois, il n'est pas juste de discriminer les assurés UE/AELE de la sorte. Il ne rejette pas, mais n'approuve pas non plus les dispositions relatives à la prise en charge des frais de traitement hospitalier en Suisse par les cantons et les assureurs.

Le Centre Patronal considère que la discrimination invoquée est juridiquement discutable et que l'obligation de cofinancement n'est pas établie. Il n'est pas convaincu qu'il faille impérativement que les cantons assument 55 % des coûts pour qu'il n'y ait pas de discrimination du point de vue des assurés concernés. Il attend des précisions sur ce point. Il partage l'avis du canton de Vaud s'agissant des impacts financiers et ses doutes quant à l'obligation de cofinancement. Il relève également le problème des séjours hospitaliers hors canton. S'agissant de l'ambulatoire, il estime aussi que la modification apportée ne doit pas avoir d'incidence sur les autres parts de financement, en particulier le financement résiduel.

L'**USAM** s'oppose aux adaptations proposées.

La **FMH** indique que la révision est rejetée notamment par les sociétés de médecins des cantons frontaliers.

3.3. Conséquences du non-paiement des primes et des participations aux coûts par des assurés qui résident dans un Etat de l'UE/AELE (art. 64a, al. 9, 2^e phrase, LAMal)

3.3.1 Pour

La **CDS** souligne que ce point de la révision est plutôt de nature formelle, car seule la base légale actuellement lacunaire (art. 64a, al. 9, LAMal en vigueur) pour la réglementation adoptée au niveau des ordonnances et déjà mise en œuvre (art. 105m OAMal) doit être créée. Le Comité directeur de la CDS approuve l'adaptation proposée.

Les cantons **AI, AR, BL, GL, GR, JU, NE, OW, SH, SO, TG, VD, VS** et **ZH** soutiennent la révision prévue de la même manière que la CDS. **BS** approuve la création d'une base légale formelle à l'article 64a, alinéa 9, LAMal pour régler de manière différenciée l'article 105m OAMal. Il souhaite toutefois le limiter pour, qu'à l'avenir, l'Etat de résidence assume une garantie implicite et limitée par analogie à celle que les cantons assument pour leurs résidents.

Les partis **PBD, PDC, PLR** et **UDC** approuvent la modification de loi. Le **PBD** souligne qu'il faut impérativement mettre en place la possibilité d'une suspension des prestations.

L'ASD attire l'attention sur le fait que le risque du croire ne peut pas rester lié à l'hôpital. L'hôpital doit accorder d'autant plus de valeur à la garantie préalable de prise en charge des coûts.

L'USAM et le **Centre Patronal** approuvent.

Dans leur grande majorité, les organisations de fournisseurs de prestations soutiennent ce point de la révision. La **FMH** souligne que la création d'une base légale dans ce domaine est soutenue à une grande majorité. Néanmoins, une société de médecins d'un canton frontalier au moins rejette cette proposition. Dans tous les cas, il faut s'assurer que les hôpitaux ne répondent pas d'éventuelles créances arriérées. **Medswiss.net, l'ASMI, The Swiss Leading Hospitals** et **l'ASMAC** approuvent ce projet. Quelques-unes de ces organisations soulignent qu'il faut accorder de l'importance à la garantie préalable de prise en charge des coûts.

Curafutura, santésuisse et **l'ASA** approuvent cette modification de loi.

Les **assureurs-maladie CSS** et **Helsana** soutiennent ce point de la révision. Ils soulignent cependant les difficultés d'application de l'ordonnance (art. 105m, al. 1, let. b, OAMal) auprès des mauvais payeurs en Allemagne et en Autriche. Dans ce domaine, il est possible de profiter de prestations sans s'acquitter des primes. Ils proposent une suspension des prestations et l'inscription sur une liste auprès de l'Institution commune LAMal. Ils présentent une proposition de loi pour compléter la disposition correspondante.

3.3.2. Contre

Les cantons **AG, GE, LU, SZ, UR, TI** et **ZG** sont opposés à la disposition. Ils voudraient que l'article 105m OAMal soit révisé pour que les prestations soient suspendues en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts par les assurés UE. De plus, ils sont contre la disposition de l'article 105m, alinéa 1, lettre a, OAMal, selon lequel les cantons doivent, dans certains cas, assumer 85 % des actes de défaut de biens. Cette disposition prévoit en outre trois catégories de personnes, qui ne seraient pas traitées sur un pied

d'égalité. Une réglementation simple, claire, unique et uniforme devrait être mise en place pour tous les assurés qui entrent dans le champ d'application de l'article 64a, alinéa 9, LAMal.

3.4. Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des coûts des traitements ambulatoires pour toutes les personnes assurées en Suisse (art. 41, al. 1 et 2, LAMal)

3.4.1. Pour

La **CDS** signale que conformément à l'article 41, alinéa 1, LAMal en vigueur, l'assureur doit prendre en charge pour un traitement ambulatoire les coûts jusqu'à concurrence du tarif valable sur le lieu de résidence ou de travail de la personne assurée. Selon le projet proposé, le tarif applicable au fournisseur de prestations choisi devra désormais être chaque fois appliqué ; la facturation basée sur des valeurs de point cantonales différentes est ainsi vouée disparaître.

Cette modification concerne les prestations au niveau intercantonal. La solution existante entraîne une charge administrative inutile pour les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie. Dans une telle modification de la loi, il faut néanmoins s'assurer que celle-ci ne cause aucun préjudice pour d'autres systèmes de financement (financement hospitalier, financement résiduel des soins).

Le message concernant le projet de loi devrait clairement préciser que la révision de l'article 41, alinéa 1, LAMal n'affecte pas le financement résiduel cantonal pour les prestations de soins, car il est uniquement question dans cette disposition d'une prise en charge des coûts par les « assureurs » et non par les cantons. Etant donné que selon l'article 25a LAMal, l'assureur doit verser une contribution aux prestations de soins uniforme sur le plan suisse, il n'en résulte aucune différence concernant le financement des soins entre l'actuel et le futur article 41, alinéa 1. Il existe de plus des domaines ambulatoires (p. ex., cliniques de jour pour la psychiatrie) où la prise en charge des coûts doit se référer aux « assureurs » et non à d'éventuelles contributions cantonales.

Le Comité directeur de la CDS approuve l'adaptation proposée à la condition que seule l'obligation de financement des assureurs soit concernée et qu'il apparaisse clairement dans le message que les contributions des cantons ne sont pas concernées par cette réglementation.

Pratiquement tous les **cantons** qui ont communiqué leur avis sur ce point se sont exprimés dans un sens analogue. Quelques cantons l'approuvent sans réserve et d'autres mentionnent les deux conditions suivantes : 1. Il faut tenir compte du fait que tous les résidents de régions de soins supracantonales ont le même accès à tous les fournisseurs de prestations ambulatoires de la région et inclure de manière appropriée des futures stratégies et décisions concernant l'organisation des tarifs de toutes les parties concernées. 2. Il faut établir clairement que la modification de loi proposée pour les prestations ambulatoires ne cause aucun préjudice à d'autres systèmes de financement (financement hospitalier et financement résiduel des soins, notamment).

Le canton **NW** s'exprime de manière similaire à la CDS, mais ajoute que l'article 79a, lettre a, LAMal (en corrélation avec l'article 72 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales ; LPGA) doit être complété. Le droit de recours au sens de l'article 72 LPGA doit être applicable par analogie également au canton de résidence pour les contributions que celui-ci a prises en charge conformément aux articles 25a, 41 et 49a LAMal.

Les **partis** qui ont donné leur avis sur ce point de révision approuvent la modification. **L'USAM, le Centre Patronal et la FRC** l'approuvent. **L'ASD** ne soutient que l'alinéa 1 (pour la réserve concernant l'al. 2, cf. ci-après 3.4.2. Contre).

Les organisations de fournisseurs de prestations (**FMH, H+ Les hôpitaux de Suisse, The Swiss Leading Hospitals, l'ASMI, ChiroSuisse et l'ASMAC** approuvent cette disposition. La **FMH** complète en signalant qu'elle approuve également la révision de la loi fédérale sur l'assurance militaire (LAM). Mais certaines émettent cependant une réserve sur l'alinéa 2 (cf. ci-après 3.4.2. Contre).

Curafutura soutient la proposition. **Santésuisse** se félicite que les coûts des traitements ambulatoires seront désormais pris en charge selon le tarif applicable au fournisseur de prestations choisi par l'assuré. **Santésuisse** fait également des propositions concrètes d'amélioration du texte de loi. **L'ASA** l'approuve également.

3.4.2. Contre

Quelques organisations (comme **l'ASD, Medwiss.net, The Swiss Leading Hospitals et l'ASMI**) émettent une réserve concernant l'article 41, alinéa 2, LAMal. La proposition du libre choix entre les hôpitaux répertoriés par les retraités qui résident dans un Etat de l'UE/AELE et les membres de leur famille crée une inégalité de droits par rapport aux patients suisses. En effet, ceux-ci n'ont le libre choix qu'entre les hôpitaux répertoriés de leur canton de résidence ou du canton où se situe l'hôpital sans subir d'inconvénients financiers. Par conséquent, ces organisations seraient plutôt favorables à ce que les effets possibles de la réglementation prévue soient d'abord testés sans norme légale, pendant une période limitée, au cours d'un essai pilote.

B. Détails des résultats

1. Généralités

Seuls quelques participants à la consultation se sont exprimés de manière générale sur les quatre points de la révision. La plupart se sont limités à donner leur avis sur les points concrets suivants.

1.1. Cantons et Conférences cantonales

Le canton **SO** souligne que la promotion et la réglementation d'une coopération transfrontalière pour la fourniture des soins doit se poursuivre. Dans cette perspective, il soutient également les adaptations dans la loi sur l'assurance-maladie. Néanmoins, le projet actuellement soumis ne lui semble pas encore suffisamment développé. Il propose donc d'éclaircir les questions encore en suspens et d'analyser le besoin de normalisation qui en découle.

Le canton **ZH** insiste sur une exigence centrale : la révision ne doit pas occasionner de charge supplémentaire pour les cantons.

Le canton **NE** souligne qu'en tant que canton frontalier, il approuve les modifications de loi qui simplifieraient la coopération transfrontalière.

1.2. Partis politiques, organisations faïtières de l'économie, des communes, des villes et des régions, associations de consommateurs

Le **PBD** soutient la promotion de la coopération transfrontalière et l'assouplissement du principe de territorialité si celui-ci n'implique pas l'introduction d'une obligation de traitement à l'étranger. S'agissant de la prise en charge des frais de traitement hospitalier des assurés de l'UE, le PBD demande davantage d'informations concernant les futures conséquences financières pour les cantons. De plus, la question des effets économiques liés aux adaptations reste encore floue. Le PBD souhaite savoir si ces traitements peuvent être limités aux frontaliers et aux personnes touchant une rente pour éviter des coûts supplémentaires dans le système de santé liés au traitement des membres de la famille des assurés UE. Par ailleurs, il ne fait aucun doute pour le PBD qu'il est impératif de créer une possibilité de suspendre les prestations pour les assurés qui résident dans un Etat de l'UE/AELE et n'ont pas payé les primes et les participations aux coûts.

L'**UDC** précise qu'elle ne soutient le projet qu'en partie. C'est un non-sens de faire croire que, pour une fois et dans un dossier aussi insignifiant, la suppression de dépenses administratives et le renforcement de la liberté de choix sont au premier plan, alors que le centralisme et la tendance à l'étatisation dominant dans d'autres dossiers importants de santé publique. La concurrence et la responsabilité individuelle doivent, elles aussi, être impérativement renforcées dans les thèmes importants de la santé.

Le Centre Patronal s'oppose au projet et demande que des modifications et des compléments y soient apportés avant d'aller plus avant.

1.3. Fournisseurs de prestations et organisations de la santé publique

L'**ASMAC** rejette la première des quatre adaptations de loi proposées (coopération transfrontalière) et soutient les autres propositions.

1.4. Assureurs et associations d'assureurs

CSS Assurance et Helsana Assurances SA soutiennent les adaptations proposées des dispositions ayant une portée internationale. Elles font cependant encore des propositions pour des adaptations de détail sur certains points.

Curafutura approuve les quatre points centraux de la révision.

Santésuisse soutient en principe les adaptations proposées des dispositions ayant une portée internationale. Elle fait cependant des propositions pour des adaptations de détail sur certains points. Concernant la prise en charge des frais de traitement hospitalier, les adaptations suivantes doivent encore être entreprises avant que santésuisse puisse approuver sans restriction la révision dans ce domaine partiel : il faut éviter de créer de nouvelles inégalités de traitement entre les personnes touchant une rente qui résident dans un Etat de l'UE/AELE et celles qui résident en Suisse. Santésuisse propose donc une alternative pour que les assurés provenant des Etats de l'UE/AELE participent au paiement des différences tarifaires. Cette solution doit être examinée. La teneur des articles 41, alinéa 1^{bis}, et 49a, alinéa 2, lettre b, LAMal doit de plus être précisée en ce sens que la prise en charge proportionnelle du remboursement pour les assurés UE/AELE ayant un lien avec un canton se limite au tarif en vigueur dans le canton où la personne travaille.

L'**ASA** salue les quatre points de cette révision partielle.

La **Division assurance militaire de la CNA** souligne que les modifications proposées de la LAMal concernent principalement des dispositions qui ont une portée internationale. Tant que ces dispositions n'ont pas d'influence sur la loi fédérale sur l'assurance militaire (LAM) d'autres considérations sont superflues. Selon la page 10 du rapport explicatif, la distinction entre traitement hospitalier et traitement semi-hospitalier a été supprimée par la révision de la LAMal du 21 décembre 2007 et il doit en aller de même dans l'assurance militaire. Par suite, l'expression de « traitement semi-hospitalier » doit être biffée à l'article 16, alinéa 2, 1^{re} phrase, à l'article 17 dans le titre et à l'alinéa 3, 1^{re} phrase ainsi qu'à l'article 71, alinéa 1, LAM, et les ajustements grammaticaux nécessaires doivent être effectués. La division assurance militaire de la CNA a examiné la situation et est d'accord avec cette proposition de modification. Elle soutient aussi l'exigence posée dans la révision de la LAMal selon laquelle désormais les fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire peuvent être librement choisis en Suisse sans que les assurés assument des coûts supplémentaires du fait des différences cantonales dans les tarifs. Il n'est cependant pas nécessaire de modifier la loi sur l'assurance militaire sur ce point (contrairement à ce qui se trouve dans le rapport à la page 7). Par conséquent, l'article 17, alinéas 2 et 4, LAM ne doit pas être adapté comme proposé.

2. Dispositions particulières

2.1. Coopération transfrontalière (art. 34, al. 2 et 3, LAMal)

2.1.1. Pour

La CDS souligne que les projets pilotes des cantons de Bâle-Ville et Bâle-Campagne et du district de Lörrach ainsi que du canton de Saint-Gall et de la Principauté de Liechtenstein ont été jugés globalement positifs par les différents acteurs et les assurés traités. Ce type de projet mis en place dans des cantons frontaliers doit être pérennisé et, le cas échéant, étendu à d'autres régions frontalières. Divers cantons frontaliers jugent approprié de créer la base légale correspondante.

Concernant les modalités concrètes d'une telle réglementation légale, la CDS se posait encore différentes questions, auxquelles l'OFSP a répondu. Ce dernier a ainsi confirmé à la CDS que les dispositions d'ordonnance prévoient qu'aucune collaboration transfrontalière ne pourra être conclue sans la volonté du canton frontalier, étant donné qu'une convention, qui sera soumise à l'approbation du Conseil fédéral, devra avoir été conclue entre les fournisseurs de prestations, les assureurs et le canton frontalier. L'article prescrit également que les prestations ne seront de toute façon accessibles qu'aux assurés qui habitent dans le canton concerné et sont assurés auprès d'un assureur partenaire ; une convention sur la collaboration transfrontalière n'exerce donc aucun effet sur les assurés d'un autre canton. La CDS souligne que les cantons ne sont aujourd'hui pas tenus de verser de contribution financière (part cantonale) pour les traitements hospitaliers à l'étranger. Il en irait de même pour une collaboration transfrontalière. Selon les renseignements fournis par l'OFSP, l'obligation correspondante ne pourrait pas être fixée au niveau de l'ordonnance. De même, les prestations issues de coopérations avec des prestataires étrangers ne doivent pas figurer sur les listes hospitalières cantonales, car elles ne sont accessibles qu'à un groupe cible limité du canton frontalier. De plus, un canton doit dans tous les cas mettre à disposition sur son territoire une offre de prestations adaptée aux besoins, parce que – et ce point doit être explicitement précisé dans l'ordonnance – les assurés ne peuvent en aucun cas être obligés de se faire traiter à l'étranger. L'examen du respect des critères EAE par les fournisseurs de prestations étrangers relève, selon l'OFSP, des parties contractantes, c'est-à-dire conjointement des assureurs et des cantons.

La CDS relève néanmoins que la disposition de loi concernant la collaboration transfrontalière est formulée de manière très ouverte. Elle délègue la fixation de tous les paramètres essentiels de l'organisation au législateur de l'ordonnance. Selon le rapport sur la consultation, le Conseil fédéral entend se fonder sur l'actuel article 36a LAMal pour les projets pilotes limités dans le temps.

La CDS attend que les éléments essentiels concernant les dispositions d'exécution prévues par le Conseil fédéral soient déjà formulés dans le message adressé au Parlement, afin que la sécurité sur les aspects les plus importants d'une mise en œuvre puisse être créée. A ces conditions, la CDS approuverait la modification prévue de la loi.

De nombreux cantons se rallient à la prise de position de la CDS. Quelques-uns remettent une prise de position qui correspond pratiquement à celle de la CDS. Les cantons **AG, AR, BE, BL, GL, GR, LU, SH, TG, UR** et **ZH** se sont exprimés dans ce sens. D'autres cantons approuvent la création d'une base légale pour la coopération transfrontalière, se référant en partie à la correspondance de la CDS, mais posent encore des questions (**OW, SO** et **ZG**). Le canton **SG** soutient la modification de la LAMal proposée qui permet de reconduire les projets pilote de manière durable.

Le canton **BS** souligne que, depuis le 1^{er} janvier 2007, il mène un projet pilote binational de durée limitée sur la coopération transfrontalière dans le domaine de la santé avec le canton de Bâle-Campagne et le district de Lörrach sur la base de l'OAMal. Dans cette perspective, l'Allemagne a adapté sa législation de manière à ce que les prestations fournies en Suisse soient prises en charge par les assureurs-maladie allemands à concurrence des coûts que le traitement aurait engendrés en Allemagne. De plus, les assureurs-maladie allemands peuvent conclure des contrats avec des fournisseurs de prestations suisses. De cette manière, la Suisse est, à ce sujet, placée sur un pied d'égalité avec les Etats de l'UE/AELE.

Lors de la mise en œuvre du projet pilote, il s'est avéré que les exigences légales du pays où se situe l'hôpital sont déterminantes pour l'autorisation du projet pilote (par exemple, en ce qui concerne l'autorisation d'exploitation, la preuve de la qualité, etc.). Les exigences ainsi atteintes suffisent pour les patients suisses et créent une sécurité juridique suffisante. Etant donné les exigences en matière de qualité exemplaires et parfois plus élevées en Allemagne ainsi que les prix nettement plus bas, on peut admettre, sans examen plus approfondi, que les critères EAE (prestations efficaces, appropriées et économiques) sont respectés.

Vu le faible nombre des patients participant au projet, une prise en compte des flux de patients dans la planification cantonale des soins ne s'est pas avérée nécessaire jusqu'ici. Si le nombre de patients devait nettement augmenter, il faudrait l'envisager. Lors du suivi du projet pilote par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), celui-ci a considéré que l'offre transfrontalière est un complément judicieux et a constaté la grande satisfaction des patients. Comme il ressort des considérations précédentes, des expériences positives ont déjà été faites dans le cadre du projet pilote de la région Bâle/Lörrach concernant la coopération transfrontalière dans le système de santé. La présente révision de la LAMal est, par conséquent, souhaitable.

Pour résumer, BS souligne qu'il approuve la modification de loi prévue, en ajoutant que la disposition légale sur la coopération transfrontalière est formulée de manière très ouverte. Elle délègue la fixation de tous les paramètres essentiels de l'organisation au législateur. Selon le rapport sur la consultation, le Conseil fédéral entend se fonder sur l'actuel article 36a LAMal pour les projets pilotes limités dans le temps. BS attend que les éléments essentiels des dispositions d'exécution prévues par le Conseil fédéral soient formulés dans le message au Parlement, comme la CDS l'a confirmé dans sa lettre du 8 janvier 2015. Cela permettra de créer la sécurité dans les aspects les plus importants de la mise en œuvre.

Le canton **GE** est d'avis que le projet devrait cependant encore être clarifié, notamment en ce qui concerne la mise en œuvre de cette coopération. Il s'agirait notamment de préciser dans quelle mesure la planification sanitaire des cantons peut - ou doit - tenir compte de la capacité des hôpitaux étrangers et si des règles de réciprocité peuvent s'appliquer, de manière à offrir un accès aux hôpitaux suisses pour les citoyens de l'UE. La levée de certains freins au développement des politiques transfrontalières en matière de santé est indispensable dans l'optique de créer un véritable espace sanitaire franco-genevois. Dans ce contexte, les simplifications administratives proposées sont bienvenues. Néanmoins, il conviendrait qu'une réflexion plus générale porte également sur la possibilité de franchir les obstacles tarifaires, bien réels, pour les résidents de la zone frontalière française non assurés LAMal, ainsi que sur la mise en place d'une planification sanitaire transfrontalière. Ainsi, les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pourraient délivrer des prestations à un bassin de population élargi, leur permettant d'accroître leur masse critique, propice au développement des prestations de la médecine de pointe.

En tant que canton frontalier et donc directement concerné par les propositions de révision de la loi, le canton **JU** est particulièrement intéressé à l'idée de pouvoir mettre en place des coopérations transfrontalières de manière durable avec les régions limitrophes. Il est toutefois nécessaire de déterminer une réglementation précise sur la mise en application de ces

coopérations, de manière à ce que les cantons concernés soient directement impliqués. Les précisions figurant dans le courrier du 8 janvier 2015 adressé par l'OFSP à la CDS sont tout à fait satisfaisantes pour le Gouvernement jurassien. Néanmoins, il est important que les éléments essentiels, qui devront être clarifiés par ordonnance, soient précisés dans le message au Parlement.

Le canton **NE** est très favorable à la proposition de modification de l'article 36a OAMal permettant la poursuite ou le développement de coopérations transfrontalières dans le domaine de la santé en général, hospitalières en particulier. Si aucune coopération de ce type entre le canton de Neuchâtel et la région de Franche-Comté n'a encore vu le jour dans le cadre de l'article 36a OAMal en vigueur, il existe une volonté forte de part et d'autre d'aller dans ce sens, notamment au niveau de l'Agglomération Urbaine du Doubs (AUD), mais aussi de l'Hôpital neuchâtelois (HNE). Toute démarche qui vise à lever ou réduire les obstacles permettant la concrétisation de celle-ci doit donc être soutenue. Il existe un potentiel de mutualisation de certains services de santé et d'équipements dans le domaine sanitaire. Le projet de révision de l'article 36a OAMal doit permettre à ce potentiel de s'exprimer, dans l'intérêt bien compris des populations résidant à proximité de la zone frontalière. Toutefois, des freins évidents à une coopération transfrontalière ne sont pas levés. Le volet des frontaliers assurés en France et soignés en Suisse n'est pas abordé. Or, cette situation pourrait pénaliser les coopérations en matière d'oncologie qui pourraient à l'avenir voir le jour dans le canton de Neuchâtel, sachant qu'il existe dans le Haut de celui-ci sur un site d'HNE des centres de compétences en oncologie et sénologie, et qui intéresseraient les autorités sanitaires de Franche-Comté et l'AUD.

Le canton **TI** soutient la modification législative sur la base des assurances données par l'OFSP et qui seront concrétisées dans l'ordonnance d'application. Celle-ci offre en effet aux patients tessinois qui doivent, pour certaines prestations spécifiques, se rendre dans des structures au-delà du Gothard, des alternatives intéressantes dans la région limitrophe de la Lombardie.

Le **PBD** souligne que, pour lui, la coopération régionale dans le système de santé est importante. Bien que la participation aux projets pilotes existant pour la promotion de la coopération transfrontalière soit encore faible, il soutient l'intention de permettre une telle coopération dans toutes les régions frontalières de manière durable. A son avis, l'assouplissement du principe de territorialité augmente la sécurité des soins et renforce en outre le libre choix des assurés. Simultanément le PBD rejette une obligation de traitement à l'étranger pour les assurés.

Le **PDC** soutient une coopération illimitée et transfrontalière dans les régions limitrophes. Il est donc d'accord avec l'assouplissement du principe de territorialité. Il a toujours soutenu et encouragé la coopération régionale en matière de politique sanitaire. En 2006, il avait déjà approuvé les premiers projets pilotes.

Le **PLR** est favorable à l'assouplissement du principe de territorialité, comme il l'indiquait déjà dans sa prise de position du 16 mars 2006. D'un point de vue libéral, le marché suisse de la santé doit progressivement être ouvert à moyen terme. L'intégration croissante du marché ne devrait pas s'arrêter à la frontière pour les soins de santé. Une suppression du principe de territorialité à des conditions cadres clairement définies stimulerait de manière générale la concurrence régulée dans le système de santé, ce qui aurait des effets positifs sur le niveau des prix et inciterait davantage à proposer des prestations de qualité élevée. Dès lors, le PLR soutient la création d'une base légale définitive pour que les projets pilotes en cours puissent perdurer dans les régions frontalières.

L'**UDC** souligne que la pérennisation de la coopération transfrontalière pour la prise en charge des coûts des prestations dans les régions étrangères limitrophes est susceptible de renforcer

la concurrence. Elle espère qu'à moyen terme cela conduira aussi à une pression sur les coûts des fournisseurs de prestations suisses. La charge administrative pour les assureurs devra cependant être nettement réduite par rapport à la phase pilote.

La FER soutient cette modification à condition que les prestataires étrangers soient soumis aux mêmes normes de qualité que les prestataires suisses.

La **FRC** soutient une coopération transfrontalière bien pensée, mais pour autant que l'assuré ne soit jamais contraint de suivre un traitement à l'étranger s'il ne le souhaite pas et qu'une qualité de soins égale soit garantie de part et d'autre de la frontière. La FRC souhaite que l'Etat veille à ce que les caisses-maladie n'aient pas le droit de proposer des formes particulières d'assurance, dans lesquelles les assurés devraient s'engager à se faire soigner de l'autre côté de la frontière. L'évolution actuelle des taux de change et la pression mise pour lutter contre la hausse des coûts de la santé pourraient à terme inciter divers acteurs à contourner cette interdiction.

La communauté d'intérêts eHealth souligne qu'elle ne prend position sur la révision prévue dans le domaine de la coopération transfrontalière que dans le contexte d'une introduction de la loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP). Comme la révision prévue de la LAMal vise une amélioration de l'offre de soins dans les régions frontalières, la communauté d'intérêts eHealth approuve la coopération transfrontalière aussi dans le domaine de l'AOS, l'accent étant mis sur les besoins des patients. Toutefois, elle pense que des questions importantes vont encore se poser à ce sujet et dans le contexte de l'entrée en vigueur prévue de la LDEP. Elle considère donc qu'il est primordial que l'adaptation prévue des dispositions ayant une portée internationale dans la LAMal ait lieu dans le contexte de l'introduction de la LDEP et que les questions soulevées soient préalablement éclaircies.

La **Konferenz kantonale Krankenhausverbände** approuve la révision mais signale le danger de distorsions de la concurrence par suite de l'inégalité de la densité normative et des qualités de soins différentes. Des accords cadres devraient être conclus pour régler la coopération au niveau des régions frontalières et des institutions. De cette manière, on obtiendra une harmonisation des conditions concurrentielles.

Curafutura rappelle que le principe de territorialité s'applique dans le cadre de l'AOS. Seules les prestations fournies en Suisse sont prises en charge. La modification proposée de l'article 34 LAMal assouplit ce principe. Il sera désormais possible de prendre en charge durablement des prestations fournies à l'étranger à des assurés domiciliés en Suisse dans le cadre de la coopération transfrontalière. Curafutura est favorable à l'assouplissement du principe de territorialité dans la perspective de la libre circulation des assurés et de la concurrence.

Santésuisse salue la création d'une base légale définitive pour que les projets pilotes en cours dans les régions frontalières Bâle/Lörrach et Saint-Gall/Liechtenstein puissent se poursuivre et pour que de nouvelles formes de la coopération transfrontalière puissent se développer.

La poursuite des projets pilotes est judicieuse car les assurés qui résident dans les régions frontalières apprécient de pouvoir opter pour un traitement à l'étranger dans les zones frontalières. De plus, étant donné l'intégration croissante du marché dans d'autres secteurs économiques, il faut encourager la coopération transfrontalière dans le domaine de la santé également. En l'occurrence, la qualité médicale du traitement doit être garantie et le libre choix du patient, maintenu. Personne ne doit être contraint de suivre un traitement à l'étranger.

Les expériences ont montré que la charge du monitoring pour les assureurs qui participent aux projets pilotes est grande par rapport au faible nombre de projets pilotes. Dans la perspective de la disposition d'ordonnance ultérieure il faut veiller à ce que, en cas de maintien

durable des projets et des futures coopérations transfrontalières, la charge administrative pour les assureurs puisse être nettement réduite par rapport à la phase pilote.

Santésuisse pense qu'il est inapproprié de parler maintenant d'un assouplissement du principe de territorialité dans ce contexte. Comme le Conseil fédéral l'indique dans son rapport explicatif, l'ordonnance à édicter s'inspirera fortement de l'article 36a OAMal en vigueur. De cette manière, les possibilités de la prise en charge de prestations fournies à l'étranger évolueront dans un cadre étroit, que ce soit pour le cercle des fournisseurs de prestations étrangers ou pour les preneurs d'assurance concernés. Par conséquent, vu l'étendue du projet probablement faible il ne faut pas escompter à l'avenir de pression sur les coûts des fournisseurs de prestations et d'économies sur les coûts.

L'**ASA** souligne que spécialement les assurés qui résident dans les zones frontières apprécieraient d'avoir le choix de suivre un traitement médical à l'étranger dans les zones frontalières. Le principe de territorialité applicable dans l'AOS (seules les prestations qui sont fournies en Suisse sont remboursées) doit être quelque peu assoupli. L'ASA salue donc l'assouplissement du principe de territorialité applicable dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, surtout dans la perspective de la libre circulation des assurés et de la concurrence. Des formes innovantes de la coopération dans l'intérêt des assureurs et des patients doivent être encouragées pour autant que les critères EAE soient respectés, et ce, indépendamment des frontières. Pour l'ASA, la garantie de la qualité du traitement médical et le libre choix du patient représentent un point important. Elle pense qu'une obligation de traitement à l'étranger ne peut être instaurée. De plus, elle considère qu'il est important que pour les futures coopérations transfrontalières, la charge administrative des assureurs-maladie soit limitée.

2.1.2. Contre

Le canton **AI** est plutôt sceptique à l'égard de ce point de la révision en raison de certaines ambiguïtés. La création d'une base légale pour la coopération transfrontalière doit certes être examinée. Elle ne peut cependant y adhérer que si ses effets sur les personnes directement concernées et les autres cantons peuvent être éclaircis de manière satisfaisante. Le canton **SZ** pense que les informations actuelles sur l'organisation et les effets d'une telle base légale ne suffisent pas et de nombreuses questions se posent encore. Il y a donc un besoin d'éclaircissements.

Le canton **VD** estime que les éventuels risques financiers de telles formes de coopération devraient être approfondis dans le rapport explicatif. Les informations actuellement disponibles quant aux modalités et aux effets d'une telle base légale (et les dispositions d'ordonnance s'y rapportant) ne suffisent clairement pas pour ce faire.

Il se pose également les questions suivantes :

- les capacités des hôpitaux étrangers doivent-elles être intégrées dans la planification sanitaire des cantons ?
- les hôpitaux étrangers admis ont-ils les mêmes obligations que les hôpitaux suisses (protection des données, droit des soumissions, etc.) ?
- les hôpitaux doivent-ils remplir les mêmes critères que les hôpitaux suisses en matière d'économicité, adéquation et efficacité (EAE) et qui effectue ce contrôle ?
- des réciprocités s'appliquent-elles (accès similaire aux hôpitaux suisses pour citoyens UE) ?
- Quid de l'Accord-cadre avec la France (mentionné en page 4 du rapport explicatif) et de son articulation avec l'article 34 du projet de modification de la LAMal ?

Le canton **VS** estime que les informations actuellement disponibles quant aux modalités et aux effets d'une telle base légale, ainsi que les dispositions d'ordonnance s'y rapportant, sont insuffisantes. Les possibles risques financiers qu'impliqueraient de telles formes de coopération doivent être clarifiés ainsi que les critères d'économicité, d'adéquation, d'efficacité et de contrôle. Dans l'attente des clarifications demandées, il rejette cette proposition de modification.

L'ASD souligne que le système actuel a fait ses preuves. Une coopération transfrontalière au sens d'une ouverture unilatérale en faveur de fournisseurs de prestations étrangers n'est pas acceptable, notamment si les assureurs peuvent obliger leurs assurés à suivre de tels traitements à l'étranger. Si le Conseil fédéral devait approuver une telle ouverture transfrontalière, il devrait aussi autoriser la conclusion de contrats d'assurances sociales avec l'étranger.

Selon le **PS**, la coopération transfrontalière n'a pas contribué à une réduction substantielle des coûts. Le PS exige de savoir si les traitements suivis en Allemagne (dans la majorité des cas, il s'agit de traitements de réadaptation en Allemagne, qui sont en moyenne 3,5 fois meilleur marché qu'en Suisse) ont effectivement été tarifés à plus bas prix et de connaître les bénéficiaires de ces économies. Il demande que toute la transparence soit faite sur les différences de coûts énoncées entre l'Allemagne et la Suisse. En Suisse, le nombre de places à plein temps par journée de soins est en moyenne 2,2 fois plus élevé qu'en Allemagne. Partant, il est à craindre que le personnel allemand subisse une pression plus forte. D'autre part, les projets pilotes ne semblent point avoir encouragé davantage la coopération institutionnelle dans les régions transfrontalières. Le PS n'est pas foncièrement défavorable à la coopération transfrontalière si elle apporte une plus-value qualitative dans l'offre de soins. De manière générale, le PS n'est pas favorable à l'idée que, en matière de planification des soins, l'on puisse réduire nos capacités en partant du principe que la prise en charge pourra se faire hors de nos frontières. Cela pourrait finalement conduire les assureurs ou les prestataires assignants à obliger les patients suisses à se faire traiter à l'étranger, même si, dans son rapport explicatif, le Conseil fédéral se veut prudent en excluant cette éventualité. La modification prévue reviendrait à confier des compétences à la Confédération en matière de planification hospitalière en ce qui concerne les prestations dispensées à l'étranger. La planification doit rester entre les mains des cantons, surtout si l'on compte les obliger à prendre en charge financièrement une partie des traitements selon le modèle du nouveau financement hospitalier. Pour toutes les raisons invoquées ci-dessus, le PS en appelle à la prudence et prie le Conseil fédéral de réétudier son projet de révision.

L'USAM rejette l'assouplissement du principe de territorialité. Le niveau de salaire est nettement plus élevé en Suisse qu'à l'étranger et, par ailleurs, les conditions générales et les exigences en matière de politique sanitaire sont nettement différentes de celles appliquées à l'étranger dans les zones frontalières. Pour ces raisons, elle ne peut accepter que dans l'assurance obligatoire des soins les fournisseurs de prestations suisses soient concurrencés par ceux de l'étranger proche. Une telle ouverture ne pourrait entrer en ligne de compte pour l'USAM que s'il était garanti que tous les prestataires de soins puissent disposer des mêmes atouts.

L'USS rejette la modification de loi demandée sur la coopération transfrontalière. Elle souligne qu'elle s'était déjà opposée à un assouplissement du principe de territorialité en 2006, lorsque des dispositions au niveau de l'ordonnance avaient été créées pour des projets pilotes sur la coopération transfrontalière. L'évaluation des essais pilotes montre que l'effet positif attendu par les initiateurs sur les coûts de l'assurance-maladie de base ne s'est pas produit. Par conséquent, la raison de s'en tenir à cet assouplissement n'est pas claire. De plus, l'utilité des projets pilotes, notamment pour les patients, ne s'est pas démontrée. L'USS rejette cependant la disposition de loi proposée pour les raisons suivantes : les cantons sont compétents pour la

sécurité des soins. Il est donc juste qu'ils assument la compétence de planification et de pilotage. Cet instrument est important pour contrecarrer une extension incontrôlable des volumes. La modification de loi implique les cantons et la Confédération dans la planification hospitalière. Or, pour une planification et un pilotage efficaces, la compétence ne saurait être partagée.

Le Centre Patronal partage pour l'essentiel l'avis du canton de Vaud et se pose les mêmes questions. Il estime que, en l'état, il n'est pas possible de soutenir une telle modification de la LAMal.

Pour l'**OMCT**, il n'existe pas suffisamment d'indicateurs permettant de démontrer l'effet positif du renforcement de la coopération transfrontalière sur le système de santé suisse (coûts et qualité). En effet, outre le fait qu'ils n'ont pas produit les économies souhaitées, les deux projets pilotes auxquels n'ont participé que quelques centaines de personnes ne fournissent pas d'indications suffisantes et ne peuvent pas servir de fondement pour une disposition définitive. L'OMCT relève que le rapport explicatif ne contient aucune information permettant d'examiner l'effet inverse de la coopération transfrontalière, à savoir l'intérêt des patients résidant dans la zone limitrophe en Italie de se faire soigner en Suisse. Sans ces données ni la garantie qu'une plus grande ouverture de la part de la Suisse augmentera la demande en faveur des médecins tessinois, l'OMCT ne juge pas opportun d'autoriser et de soutenir un pas supplémentaire en direction du partage du système sanitaire suisse. En effet, le principe de la territorialité assure un système sanitaire de qualité grâce à des conditions et à des critères stricts (p. ex., obligation de formation continue des médecins) que les fournisseurs de prestations sis à l'étranger ne garantissent actuellement pas suffisamment.

La FMH souligne que l'essai pilote de 2006 était censé avoir « un effet positif sur les coûts de l'assurance-maladie ». L'évaluation des essais pilotes montre maintenant clairement que tel n'a pas été le cas.

1. L'utilité des essais pilotes, notamment pour les patients, n'a pas pu être démontrée. Seuls quelques patients se sont fait traiter à l'étranger. Apparemment, il n'y a pas un besoin impératif. Cette constatation correspond aux résultats de la recherche européenne mentionnés dans le rapport de l'Obsan selon lesquels les patients n'utilisent en règle générale les offres transfrontalières que s'ils y trouvent un intérêt. [...] *"All case studies involving patient mobility show how cross-border arrangements are dependent on whether the local population sees a need to cross the boarder – usually a type of treatment not available at proximity within then home system"*. La recherche montre également que ce ne sont pas les patients qui provoquent la demande de traitement dans les zones frontalières mais les acteurs du système de santé. Le traitement à l'étranger ne sert donc pas typiquement aux patients mais à des tiers comme les assureurs. Des patients de Schaffhouse ont rapporté qu'après une opération en Suisse le séjour de réadaptation en Allemagne avec leur conjoint avait été approuvé alors qu'une réadaptation en Suisse ne l'était pas.

2. Aucune diminution de coûts n'a pu être démontrée.

3. Le principe de territorialité vise à garantir des soins de qualité élevée et adaptés aux besoins. La suppression de ce principe devrait garantir que l'accent ne soit pas seulement mis sur les coûts de traitement mais aussi sur la qualité et le résultat à long terme en tant que paramètres de premier plan. L'offre d'encadrement dans les cliniques de réadaptation suisses est nettement plus élevée que dans les cliniques étrangères. L'encadrement plus intensif (p. ex., la densité de la thérapie) a pour conséquence une qualité de traitement plus élevée et, donc, des coûts indirects plus faibles (p. ex., réinsertion professionnelle plus rapide), ce qui est très judicieux du point de vue économique. De nombreux cantons se basent sur les critères de Swiss Reha pour la planification hospitalière et l'attribution de contrats de prestations. Les

mêmes critères que ceux exigés par les cantons devraient impérativement s'appliquer aussi aux fournisseurs de prestations étrangers.

4. En cas de suppression du principe de territorialité, les fournisseurs de prestations étrangers devraient répondre aux mêmes conditions (respect des conventions de travail collectives ou similaires, obligation de formation de base et de formation postgraduée, respect de la législation suisse, satisfaction des critères hospitaliers pour les contrats de prestations, etc.), ce que ne prévoit pas le présent projet de loi. La formation postgraduée, en particulier des jeunes médecins dans les cantons suisses frontaliers, ne peut être assurée que s'ils peuvent traiter suffisamment de cas. Si les coûts exercent une pression pour aller se faire soigner à l'étranger en zone frontalière, les jeunes médecins n'auront plus la possibilité de suivre la formation postgraduée correspondante. Ce serait un mauvais signal car la Suisse assure la formation de base et la formation postgraduée de trop peu de médecins.

5. La mesure dans laquelle l'essai pilote peut entraîner une « amélioration de l'offre de soins dans les régions frontalières » n'apparaît pas clairement. L'offre de réadaptation en Suisse est exhaustive, et la qualité des traitements à l'étranger n'a pas du tout été examinée.

6. Par ailleurs, la compétence proposée du Conseil fédéral pour l'organisation de la coopération transfrontalière au niveau de l'ordonnance n'est pas convaincante. Les cantons devraient avoir un droit de consultation ou de veto.

7. Le projet de loi laisse en outre une foule d'autres questions d'application ouvertes : a. Qu'entend-t-on par région étrangère limitrophe ? b. Les fournisseurs de prestations étrangers sont-ils soumis aux mêmes critères que les prestataires suisses (EAE, etc.) ? c. A quel tribunal adresse-t-on une procédure de recours ? d. Quel juge est compétent pour d'éventuelles procédures en réparation des dommages par suite d'erreurs de traitement ? e. Selon le projet de loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP), les hôpitaux suisses doivent-ils se constituer en une communauté certifiée s'ils veulent fournir des prestations dans le cadre de la LAMal. Les cliniques étrangères en seraient-elles exemptées ?

En conclusion : la révision proposée n'entraîne pas d'avantages reconnus pour les patients. Elle a, par contre, des effets négatifs sur les cantons payeurs des listes hospitalières et les conditions concurrentielles des fournisseurs de prestations ambulatoires.

H+ Les hôpitaux de Suisse n'approuvent le projet qu'à la condition que les fournisseurs de prestations étrangers soient soumis aux mêmes conditions et aux mêmes normes de qualité que les Suisses. Par conséquent, il est impératif que dans le cas d'une suppression du principe de territorialité, ces conditions (législation suisse, conditions cantonales et conventions avec les partenaires sociaux) soient également applicables aux fournisseurs de prestations étrangers. De plus, une délégation légale exhaustive au Conseil fédéral doit être rejetée. Tout ce qui est important doit être réglé au niveau de la loi et pas seulement à celui de l'ordonnance.

Medswiss.net souligne que le système actuel a fait ses preuves. Une coopération transfrontalière dans le sens d'une ouverture unilatérale en faveur des fournisseurs de prestations étrangers n'est pas acceptable pour medswiss.net notamment si les assureurs peuvent astreindre leurs assurés à se faire soigner à l'étranger. Si le Conseil fédéral approuve une telle ouverture transfrontalière, il doit aussi autoriser les contrats d'assurances sociales avec l'étranger.

Physioswiss rejette clairement la révision, son argumentation étant encore plus détaillée que celle de la FMH. Le principe de territorialité doit continuer d'être applicable à l'AOS.

ChiroSuisse précise que la qualité de la formation de base et de la formation postgraduée des chiropraticiens en Suisse est mondialement reconnue et qu'elle diffère considérablement de celles dispensées dans les pays européens.

L'**ASMI** attire l'attention sur le fait que le système actuel a fait ses preuves. Une coopération transfrontalière au sens d'une ouverture unilatérale en faveur des fournisseurs de prestations étrangers ne serait pas acceptable pour l'ASMI notamment si les assureurs peuvent astreindre leurs assurés à suivre un traitement à l'étranger. Si le Conseil fédéral approuve une telle ouverture transfrontalière, il doit aussi autoriser les contrats d'assurances sociales avec l'étranger.

Il faut exclure de ces considérations les « payeurs individuels », donc des assurés privés, qui de leur propre initiative et pour différentes motivations privilégient le système de santé suisse surtout pour ses standards élevés dans l'offre médicale et les soins ainsi que la communication et l'hôtellerie. Ainsi, quel que soit le socle AOS, ces payeurs ne chargent ni les caisses de l'Etat ni les assurances sociales.

En ce qui concerne la réciprocité de la coopération transfrontalière dans le domaine des prestations hospitalières, il faut noter que les profils de soins dans les pays étrangers limitrophes ne peuvent être comparés avec l'offre de soins suisse en particulier dans le domaine de la réadaptation. De ce fait, des modèles de coopération transfrontalière limités aux zones frontalières doivent aussi être examinés avec prudence.

L'**ASI** s'oppose farouchement à tout assouplissement du principe de territorialité dans l'AOS. En l'occurrence, elle mentionne que le prix de l'offre de santé en Suisse est fondé sur de bonnes raisons. Les fournisseurs de prestations doivent satisfaire à des exigences élevées (issues de la législation fédérale sur l'assurance-maladie et la formation professionnelle ou de la législation cantonale). Les fournisseurs de prestations étrangers ne sont soumis ni à la législation suisse, ni à la surveillance des organes suisses. Cela est, du reste, également applicable aux conditions de travail du personnel employé par des fournisseurs étrangers. L'assouplissement du principe de territorialité présente donc le risque réel et inacceptable du non-respect voire de l'ignorance des normes et des bonnes pratiques suisses. Si le Conseil fédéral doit autoriser des exceptions au principe de territorialité, il faudrait impérativement exclure toute pression exercée sur les assurés – directe ou indirecte (via les primes) - pour qu'ils recourent aux prestations à l'étranger.

The Swiss Leading Hospitals précise que le système actuel a fait ses preuves. Leur prise de position est du reste la même que celle de l'ASMI.

VAKA Der Aargauische Gesundheitspartner souligne que la LAMal prévoit quelques principes d'ordre qui sont interconnectés. On peut notamment mentionner l'obligation de planification des cantons, le financement, l'organisation des tarifs et le principe de territorialité. Toute modification de ces poutres maîtresses nécessite un examen et une validation des effets sur tout le système. Le concept envisagé de concurrence régulée doit être pris en compte de manière adéquate. Il s'agit en l'occurrence de maintenir les bases essentielles pour une concurrence équitable. Sous cet angle le projet paraît incomplet, pas assez élaboré ni neutre en termes de concurrence. Pour cette raison, VAKA rejette le projet de coopération transfrontalière sous sa présente forme.

L'**ASMAC** avance les mêmes arguments que la FMH. Elle précise qu'elle ne pourrait accepter un assouplissement du principe de territorialité que pour des traitements qui ne sont pas proposés en Suisse. Elle rejette l'idée d'un transfert des prestations médicales, qui sont si bonnes (voire meilleures) en Suisse. Si le Conseil fédéral devait cependant s'en tenir au maintien de la coopération transfrontalière sous la forme prévue, l'ASMAC recommande

expressément que les assurés ne soient pas contraints de se faire traiter à l'étranger. Pour garantir également dans la pratique qu'aucune pression ne sera exercée, des contrôles correspondants auprès des caisses-maladie seraient absolument nécessaires.

La **FAMH** souhaite s'en tenir au principe de territorialité, essentiel au système de santé suisse. L'institutionnalisation prévue de la coopération transfrontalière mettrait en danger la qualité des soins médicaux sans apporter d'avantages financiers.

En résumé, la FAMH est d'avis que, concernant des modifications qui sont censées permettre une coopération transfrontalière durable, les aspects négatifs prédominent largement. Du point de vue de la FAMH, il n'y a tout simplement pas d'effet positif. L'assouplissement du principe de territorialité met en danger la qualité actuellement élevée du système de santé suisse, ce qui est particulièrement néfaste. D'autant plus que le Conseil fédéral ne prévoit pas de mesure qui puisse garantir la qualité des prestations des fournisseurs étrangers. C'est pourquoi la FAMH rejette le projet sous cette forme.

2.2. Prise en charge des frais de traitement hospitalier en Suisse de personnes qui résident dans un Etat de l'UE/AELE et sont assurées en Suisse (art. 49a LAMal)

2.2.1. Pour

Pour le **canton GE**, la disposition telle que prévue par la modification de la loi présente le désavantage d'augmenter les charges des cantons. Il y est cependant favorable car elle permet d'accroître l'accessibilité des assurés concernés aux hôpitaux suisses.

Le **canton NE** relève que la révision de la LAMal répare sur ce point une inégalité de traitement puisque les assurances suisses qui assurent les frontaliers seront soumises aux mêmes conditions de remboursement que pour leurs affiliés domiciliés en Suisse. A ce titre elle doit être soutenue. Sur le plan financier, il pourrait en résulter quelques coûts supplémentaires à charge du canton, mais qui devraient être compensés par une utilisation plus rationnelle des ressources à disposition, notamment hospitalières, dont le canton assume une part importante des coûts, liée à l'amélioration de la coopération transfrontalière.

Le **PBD** souligne qu'il est nécessaire de régler la prise en charge des coûts par les cantons pour les frontaliers de la même manière que pour les assurés qui résident en Suisse. La réglementation actuelle a entraîné pour les assurés UE des primes plus élevées que pour les Suisses car les coûts sont exclusivement pris en charge par l'assurance de base, les cantons ne participant pas aux coûts. Pour éviter que les assurés UE ayant un lien actuellement avec la Suisse soient discriminés, le PBD approuve la nouvelle réglementation de la prise en charge des coûts. Il demande également à être renseigné pour savoir si le droit de prise en charge des coûts d'hospitalisation peut être limité aux frontaliers et aux personnes touchant une rente. Dans ce contexte, il faut garantir en même temps que les Suisses touchant une rente ne subiront pas de discrimination par rapport aux personnes dans le même cas qui résident dans un Etat de l'UE/AELE si l'on se réfère aux différences de tarifs possibles dans le libre choix de l'hôpital.

Le **PDC** est d'accord avec les deux dispositions concernant les personnes qui résident dans un Etat de l'UE/AELE et sont assurées en Suisse.

Le **PLR** souligne que la modification du système proposée est conforme à la clé financière actuelle (selon le nouveau financement hospitalier) dans la LAMal pour les traitements stationnaires. Elle permet d'éviter la discrimination, critiquée par l'UE, des citoyens européens, ce qui

est évalué positivement. Le parti attire cependant l'attention sur le fait qu'un financement moniste des traitements stationnaires serait judicieux tant pour les frontaliers que pour les habitants suisses, car ainsi d'importantes incitations négatives seraient évitées dans le système de santé.

L'**ASD** souligne que les étrangers assurés en Suisse, qui pour certaines raisons, ont leur domicile à l'étranger doivent pouvoir bénéficier de soins hospitaliers en Suisse. L'assurance-maladie suisse doit dans tous les cas être une condition *sine qua non*, donc aussi pour les catégories de patients visés à l'article 49a, alinéa 2, lettre b, LAMal. En effet, une seule prime d'assurance-maladie versée par le chef de famille ne suffit pas pour une prise en charge proportionnelle par les cantons du traitement à l'hôpital de son enfant qui n'est pas assuré. De plus, les nouvelles dispositions doivent prévoir que la garantie préalable de prise en charge reconnue et pratiquée jusqu'ici par l'assureur ne s'applique pas qu'aux assurés résidant en Suisse. L'ordonnance doit en tout cas tenir compte de cette considération. **Medswiss.net**, l'**ASMI** et **The Swiss Leading Hospitals** ont un avis similaire.

La **FER** approuve le fait que les cantons doivent prendre en charge la part cantonale des coûts, au minimum de 55 %, en cas d'hospitalisation en Suisse des assurés de l'UE ayant un lien avec la Suisse (p. ex. les frontaliers et les membres de leur famille). En ce qui concerne les assurés européens sans lien actuel avec la Suisse (p. ex. les rentiers et les membres de leur famille), la FER approuve également le fait que les cantons doivent assumer collectivement la prise en charge proportionnellement à leur population résidente.

H+ Les hôpitaux de Suisse approuvent la nouvelle réglementation de la prise en charge pour les assurés UE avec lien (frontaliers et les membres de leur famille) ou sans lien avec la Suisse (personnes touchant une rente et leurs proches). Pour eux, il importe Il est important que les tarifs des hôpitaux, des cliniques et des institutions de soins soient intégralement remboursés. En effet, ceux-ci ne doivent pas supporter d'éventuels déficits.

L'**ASMAC** soutient la prise en charge des coûts par les cantons pour les frontaliers par analogie avec les assurés qui résident en Suisse.

Curafutura approuve la prise en charge des frais de traitement hospitalier en Suisse des personnes qui résident dans un Etat de l'UE/AELE et sont assurées en Suisse. L'interdiction de discrimination reprise avec le droit européen de coordination exige que les assurés qui résident dans un Etat de l'UE/AELE ne soient pas traités différemment des assurés résidant en Suisse. Curafutura se réjouit que les nouvelles dispositions concernant l'article 49a LAMal créent la base légale pour que dorénavant les cantons participent aux coûts des traitements stationnaires en Suisse des assurés UE comme c'est le cas pour les assurés qui résident en Suisse.

L'**Institution commune LAMal** limite sa prise de position aux modifications qui la concernent directement. Ce sont les adaptations prévues à l'article 18, alinéa 2^{sexies} et 2^{septies}, à l'article 49a, alinéa 3^{bis} et à l'article 79a, alinéa 2, LAMal. Elle souligne en l'occurrence qu'elle assumera volontiers les tâches qui lui sont dévolues par ces articles. Il ressort du commentaire que les processus seront réglés en détail au niveau de la procédure. Selon l'organisation de la procédure, il peut cependant s'avérer nécessaire de régler certains points déjà au niveau de la loi. Il s'agit notamment du financement et de la protection des données, qui nécessitent une base légale claire. L'Institution commune LAMal précise donc les aspects qui ne peuvent peut-être pas être réglés de manière satisfaisante au niveau de l'ordonnance.

Santésuisse soutient la prise en charge des coûts par les cantons au moins à 55 % pour les personnes qui résident dans un Etat de l'UE/AELE et sont assurées en Suisse. Jusqu'ici,

l'assurance de base prend en charge la globalité des coûts de traitement en cas de séjour à l'hôpital pour ces assurés. Par conséquent, ces preneurs d'assurance paieront des primes qui couvrent ces coûts (non assumés par les cantons ; art. 61, al. 4, LAMal). Les assureurs-maladie se rallient au Conseil fédéral sur le fait que cette application *a posteriori* du droit international est nécessaire pour obtenir une égalité de traitement entre tous les assurés. Simultanément, le projet de loi doit être adapté sur deux points avant que santésuisse puisse approuver sans restriction cette partie de la révision.

La révision de loi entraîne une inégalité de traitement – qui doit être évitée – entre les rentiers d'un Etat de l'UE/AELE et ceux qui résident en Suisse. Les premiers peuvent en effet choisir librement leur hôpital sans avoir à assumer eux-mêmes d'éventuelles différences de tarifs. Cela s'oppose totalement au cas des seconds, qui doivent assumer la différence de tarif entre leur canton de domicile et celui où se trouve l'hôpital. Une alternative consisterait donc à examiner une variante dans laquelle un tarif moyen serait calculé. Si le tarif de l'hôpital choisi par l'assuré est supérieur à la moyenne, celui-ci paierait la différence.

De l'avis de santésuisse, le projet de loi concernant la prise en charge des coûts en cas de traitement hospitalier n'est encore pas clair sur un autre point et nécessite donc une adaptation. Ainsi, les assurés qui résident dans un Etat de l'UE/AELE et présentent un lien avec un canton peuvent certes choisir leur hôpital (sur les listes hospitalières). Mais il ne ressort pas assez explicitement du libellé que la prise en charge proportionnelle du remboursement se limite au tarif applicable dans le canton où l'assuré exerce son activité lucrative. Santésuisse fait des propositions concrètes pour la formulation du texte de loi.

L'**ASA** souligne qu'avec l'interdiction de discrimination reprise avec le droit européen de coordination, les assurés qui résident dans un Etat de l'UE/AELE ne doivent pas être traités différemment de ceux qui résident en Suisse. L'ASA approuve donc la création d'une base légale qui prévoit que, désormais, les cantons doivent participer aux frais de traitement hospitalier en Suisse d'assurés UE. Cette réglementation ne s'applique aujourd'hui qu'aux assurés qui résident en Suisse. La nouvelle réglementation crée à cet égard une égalité de traitement entre les assurés et doit être saluée au nom de l'interdiction de discrimination.

2.2.2. Contre

La **CDS** souligne que la réglementation concernant la prise en charge des coûts des traitements stationnaires pour les assurés qui résident dans un Etat de l'UE/AELE diffère de celle pour les assurés domiciliés en Suisse en ce que les assureurs-maladie doivent assumer tous les coûts pour les premiers (art. 37 OAMal). Afin d'empêcher une discrimination des assurés UE/AELE, la révision de l'article 49a LAMal prévoit que les coûts des prestations stationnaires en Suisse pour les assurés vivant dans un Etat de l'UE/AELE soient pris en charge tant par les assureurs-maladie que par les cantons dans la même mesure que pour les assurés domiciliés en Suisse.

La CDS conteste que l'interdiction de discrimination reprise avec le droit de coordination soit affectée par la réglementation actuelle, car les coûts des traitements stationnaires sont entièrement couverts (par l'assurance-maladie) également pour les assurés vivant dans un Etat de l'UE/AELE.

La révision de la loi prévue dans le projet entraîne sans raison impérative un transfert de coûts d'environ 11,5 millions de francs de l'AOS aux cantons. Une responsabilité des cantons en matière de politique des soins vis-à-vis des personnes ne vivant pas dans le canton et de laquelle une obligation de cofinancement pourrait dériver n'est pas établie.

Pour ces raisons, le Comité directeur de la CDS rejette l'adaptation correspondante de la loi.

Seuls les cantons **GE et NE** approuvent la révision sur ce point. Tous les autres cantons rejettent la révision proposée de l'article 49a LAMal. L'argumentation est la même que celle de la CDS (cf. ci-dessus). Quelques cantons insistent davantage sur le manque de possibilités de contrôle des cantons, les frais administratifs élevés et, d'une manière générale, sur différentes questions concernant la mise en œuvre concrète. Quelques cantons insistent sur le fait que d'éventuelles réformes dans ce domaine doivent être neutres en termes de coûts conjointement à d'autres réformes, sinon c'est à la Confédération d'assumer le financement.

L'**UDC** rejette la prise en charge des traitements hospitaliers en Suisse d'assurés UE pour des raisons de fond, car une part de coûts actuellement financé individuellement par les augmentations de primes serait répercutée sur la communauté. De plus, cela créerait une nouvelle inégalité de traitement en défaveur des contribuables suisses.

Le **PS** avait combattu la modification de la LAMal relative au financement hospitalier. La révision prévue constitue de facto une extension de ce modèle de financement aux frontaliers de l'UE/AELE. Les assureurs ont pu faire de gros bénéfices dans les assurances complémentaires grâce à l'introduction de ce nouveau mode de financement, ce que le PS déplore. Toutefois, il n'est pas juste de discriminer les assurés UE/AELE de la sorte. Il ne rejette pas, mais n'approuve pas non plus les dispositions relatives à la prise en charge des traitements hospitaliers en Suisse par les cantons et les assureurs.

Le **Centre Patronal** considère que la discrimination invoquée est juridiquement discutable et que l'obligation de cofinancement n'est pas établie. Il n'est pas convaincu qu'il faille impérativement que les cantons assument 55 % des coûts pour qu'il n'y ait pas de discrimination du point de vue des assurés concernés. Il attend des précisions sur ce point. Il partage l'avis du canton **VD** s'agissant des impacts financiers et ses doutes quant à l'obligation de cofinancement. Il relève également le problème des séjours hospitaliers hors canton. S'agissant de l'ambulatoire, il estime aussi que la modification apportée ne doit pas avoir d'incidence sur les autres parts de financement, en particulier le financement résiduel.

L'**USAM** s'oppose aux adaptations proposées. Pour mettre en place l'initiative contre l'immigration de masse, la Suisse devra d'abord mener des négociations difficiles avec l'UE dans le domaine de la libre circulation des personnes. L'**USAM** pense donc qu'il n'est pas raisonnable tactiquement d'entreprendre les adaptations proposées avant la conclusion de ces négociations. Cela donnerait un gage, certes pas trop important, mais qui, dans certaines circonstances, pourrait s'avérer avantageux. S'y ajoute le fait que les coûts des mesures proposées ne sont pas négligeables. Ces charges supplémentaires devraient autant que faire se peut être épargnées aux cantons.

La **FMH** souligne que les associations médicales des cantons frontaliers rejettent notamment la prise en charge des coûts par les cantons pour les frontaliers analogue à celle pour les assurés qui résident en Suisse.

Pour l'**OMCT**, l'interdiction de la discrimination ne peut pas justifier un changement de système, dès lors que l'assurance de base prend en charge les prestations dont les assurés UE bénéficient en Suisse dans la même mesure et aux mêmes conditions que pour les assurés résidant en Suisse. Par ailleurs, les cantons n'assument pas et ne doivent pas assumer à l'égard des assurés UE de responsabilités particulières qui justifieraient leur participation aux coûts des soins de ces derniers, comme c'est le cas pour les assurés résidant en Suisse. Dans le cas contraire, les cantons situés à la frontière devraient supporter des charges supplémentaires dues exclusivement à leur situation géographique

2.3. Conséquences du non-paiement des primes et des participations aux coûts par les assurés qui résident dans un Etat de l'UE/AELE (art. 64a, al. 9, 2^e phrase, LAMal)

2.3.1. Pour

La **CDS** souligne que ce point de la révision est plutôt de nature formelle, car seule la base légale actuellement lacunaire (art. 64a, al. 9, LAMal) pour la réglementation adoptée au niveau des ordonnances (art. 105m OAMal) et déjà mise en œuvre doit être créée. Le Comité directeur de la CDS approuve l'adaptation proposée.

Les cantons **AI, AR, BL, GL, GR, JU, OW, SH, SO, TG, VS** et **ZH** soutiennent la révision prévue à l'instar de la CDS. Le canton **BS** approuve la création d'une base légale formelle à l'article 64a, alinéa 9, LAMal pour la réglementation différenciée de l'article 105m OAMal avec une restriction : il faudrait envisager à l'avenir que l'Etat de résidence assume une garantie implicite et limitée par analogie à celle que les cantons assument pour leurs résidents.

Le canton **NE** approuve les compléments ainsi que les précisions apportées à l'article 64a, alinéa 9, LAMal permettant de régler les conséquences du non-paiement des primes et des participations aux coûts par les assurés qui résident dans un Etat membre de l'UE/AELE. Il soutient la suspension de la prise en charge des prestations pour les assurés qui résident dans un Etat membre dans lequel le droit ne permet pas de recouvrer des créances impayées. Il estime que, pour des raisons d'équité et de solidarité, il est pleinement justifié de ne pas faire supporter à l'ensemble des assurés le poids du coût de prestations LAMal remboursées non couvertes par une recette de primes.

Pour le canton **VD**, un impact financier serait vraisemblable uniquement si un accord en matière de poursuites était conclu avec la France, mais il n'a pas connaissance qu'une telle démarche soit en cours.

Le **PBD** souligne que la création d'une base légale dans ce domaine est urgente et qu'il la soutient par conséquent. Mais il ne fait aucun doute qu'une possibilité de suspendre les prestations doit être créée pour les assurés qui résident dans un Etat de l'UE/AELE lorsqu'ils ne s'acquittent pas du paiement des primes et des participations aux coûts.

Le **PDC** considère que le supplément de l'article 64a, alinéa 9, LAMal, par lequel les conséquences du non-paiement des primes et des participations aux coûts des assurés UE doivent être réglées, est judicieux.

Le **PLR** insiste sur le fait que la modification de loi proposée crée une base légale (maintenant suffisante) pour la réglementation déjà existante de l'article 105m OAMal. Avant que la réglementation entre en vigueur en 2011, la CDS, les assureurs-maladie et le Conseil fédéral avaient cherché une solution. Le PLR soutient que la réglementation contient une base légale suffisante.

L'**UDC** souligne que la légitimation légale *a posteriori* de la réglementation de l'ordonnance concernant le non-paiement des primes et des participations aux coûts d'assurés UE laisse politiquement un arrière-goût amer, mais qu'elle peut soutenir ce point sous l'angle matériel.

L'**ASD** fait valoir qu'elle n'a à ce sujet aucune objection de droit formel mais des réflexions pratiques concernant les effets. Ainsi, on peut supposer à l'article 64a, alinéa 9, 3^e phrase, LAMal que dans de tels cas le « risque du croire » reste à l'hôpital. Celui-ci doit d'autant plus attacher de la valeur à la garantie de prise en charge des coûts. **Medswiss.net**, l'**ASMI** et **The Swiss Leading Hospitals** sont du même avis.

L'**USAM** approuve les adaptations proposées.

Tout comme le canton **VD**, le **Centre Patronal** relève qu'un impact financier serait vraisemblable, uniquement au cas où un accord en matière de poursuites serait conclu avec la France, mais il n'a pas connaissance qu'une telle démarche soit en cours.

La **FER** estime que les conséquences en cas de non-paiement des primes et des participations doivent s'appliquer également aux assurés résidents européens.

La **FMH** souligne que la création d'une base légale dans ce domaine est soutenue à une grande majorité, mais au moins une société médicale d'un canton frontalier rejette la solution. Il faut garantir en tous cas que les hôpitaux ne devront pas répondre d'éventuelles créances arriérées de frontaliers puisque leurs factures ne seront pas remboursées par les caisses-maladie.

L'**ASMAC** précise qu'elle soutient la prise en charge des coûts par les cantons pour les frontaliers à l'instar des assurés qui résident en Suisse, cette solution lui paraissant judicieuse et logique.

Curafutura souligne que la réglementation de la procédure existante (art. 105*m* OAMal) nécessite une base légale suffisante. Curafutura salue le fait que cette insécurité juridique est supprimée avec la modification proposée de l'article 64*a*, alinéa 9, LAMal et qu'ainsi la force exécutoire juridique est créée. Cela est important car s'il n'y a pas de conséquences, l'incitation à ne pas payer les primes et les participations aux coûts serait grande.

Santésuisse rend attentif au fait que les assureurs-maladie des régions frontalières et des zones touristiques qui emploient des travailleurs UE/AELE sont concernés par cette modification de loi. Santésuisse s'est déjà engagée lors du projet d'ordonnance pour la mise en œuvre de l'article 64*a* LAMal (Non-paiement des primes et des participations aux coûts) afin que la possibilité contraignante d'une suspension des prestations soit accordée pour les assurés UE/AELE. Le Conseil fédéral avait à l'époque satisfait cette requête avec l'article 105*m*, alinéa 2, OAMal. Du point de vue des assureurs-maladie, il est donc logique de créer une base légale suffisante pour cette disposition d'ordonnance.

L'**ASA** souligne qu'il est évident de créer une réglementation légale pour la disposition d'ordonnance déjà en vigueur (art. 105*m*, OAMal). Celle-ci ne sert qu'à la sécurité juridique. La modification de loi crée la force exécutoire juridique nécessaire lorsqu'une personne tenue de s'assurer qui réside dans un Etat de l'UE/AELE ne paie pas ses primes ou sa participation aux coûts. De cette manière l'incitation à ne pas régler ses primes et/ou sa participation aux coûts est supprimée.

CSS Assurance souligne qu'elle soutient les adaptations proposées des dispositions ayant une portée internationale. Elle avait déjà fait connaître son approbation avec la prise de position de Curafutura du 23 janvier 2015. Néanmoins, CSS Assurance est soucieuse de signaler à l'OFSP, dans le cadre de cette procédure de consultation, les difficultés de mise en œuvre de la réglementation d'ordonnance dans le cas des mauvais payeurs en Allemagne et en Autriche. Le droit en vigueur ne permet pas aux assureurs-maladie de suspendre les prestations de rentiers qui résident en Allemagne et en Autriche et des membres de leur famille (cf. art. 105*m*, al. 1, let. b, OAMal). De ce fait, les personnes en question peuvent en l'absence de moyens financiers bénéficier de prestations en cas de non-paiement des primes. Car, dans ce cas, les assureurs ne peuvent pas prévoir le succès d'une éventuelle procédure de recours. L'impossibilité de suspendre les prestations recèle un potentiel d'abus à la charge de la communauté solidaire dans l'assurance obligatoire des soins. Un supplément à la disposition correspondante à l'article 105*m*, alinéa 1, lettre b, OAMal permettrait de modifier cette

situation choquante. Dans sa prise de position, CSS Assurance fait donc une proposition de loi dans ce sens.

Helsana Assurances SA s'exprime dans le même sens.

2.3.2. Contre

Le canton **AG** rejette clairement la réglementation en vigueur dans l'ordonnance et la modification de loi prévue. Il propose que les assureurs puissent suspendre les prestations lorsque les primes et les participations aux coûts ne sont pas payées.

Le canton **LU** propose également que les assureurs puissent de manière générale décréter une suspension des prestations vis-à-vis de personnes qui résident dans un Etat de l'UE/AELE en cas de créances arriérées. L'obligation des cantons selon laquelle dans certains cas (pays dans lesquels le droit national permet aux assureurs d'entamer des poursuites ; donc notamment l'Allemagne) ils doivent prendre en charge les actes de défaut de biens devrait être supprimée. Le rapport entre les coûts et le bénéfice d'une telle procédure n'est pas raisonnable.

Le canton **SZ** rejette le supplément proposé pour l'article 64a, alinéa 9, LAMal. Il propose également de supprimer l'obligation des cantons de prendre en charge les actes de défaut de biens de personnes tenues de s'assurer qui résident dans un Etat de l'UE/AELE. Par contre, il faut contraindre désormais les assureurs à suspendre les prestations en cas de créances arriérées. Cette proposition est motivée par le fait qu'avec la nouvelle règle légale les trois catégories de personnes déjà créées à l'article 105m OAMal ont un traitement trop inégal et que cette règle peut induire une discrimination des Suisses. Les trois catégories de personnes suivantes sont donc traitées inégalement : 1. Les assurés qui résident dans un Etat de l'UE/AELE dans lequel on peut entamer des poursuites (p. ex., l'Allemagne et à l'avenir l'Autriche également) et qui ont un lien actuel avec un canton : dans un tel cas, le « canton lié » doit prendre en charge 85 % des créances arriérées. Selon la réglementation cantonale une suspension des prestations est possible. 2. Les assurés qui résident dans un Etat de l'UE/AELE dans lequel on peut entamer des poursuites et qui touchent une rente suisse : les assureurs-maladie compétents doivent prendre en charge les créances arriérées. Une suspension des prestations n'est pas possible. 3. Les assurés qui résident dans un Etat de l'UE/AELE dans lequel on ne peut pas entamer de poursuites : dans un tel cas, une suspension des prestations est prévue en cas de créances arriérées. Cette situation contrevient clairement au principe de l'égalité de traitement. Une réglementation simple, claire, unique et uniforme doit être créée pour tous les assurés qui entrent dans le champ d'application de l'article 64a, alinéa 9, LAMal. Puisque l'article 64a, alinéa 7, LAMal prévoit la possibilité d'une suspension des prestations, les assurés qui résident à l'étranger ne doivent pas, en outre, être mieux lotis que les Suisses. Il faut plutôt exercer une pression auprès d'eux pour qu'ils paient leurs primes et leurs participations aux coûts. Il serait choquant que des personnes qui résident en Allemagne (à l'avenir aussi en Autriche) qui touchent une rente suisse et ne paient pas leurs primes continuent de bénéficier en toute impunité des prestations suisses à la charge de l'AOS. Dans un tel cas, les Suisses seraient nettement discriminés. La compétence reviendrait de surcroît uniquement aux assureurs car ces assurés ne résident pas en Suisse et que les cantons ne répondent pas de personnes qui n'y résident pas.

Les cantons **UR** et **ZG** s'expriment également dans ce sens.

Le canton **GE** s'oppose à ce que les cantons doivent rembourser aux assureurs les créances éventuelles des assurés résidant à l'étranger. Il estime que les assureurs doivent continuer

d'assumer ce risque eux-mêmes, étant donné qu'ils ont la possibilité de suspendre les prestations en cas de non-paiement des primes, ce qu'ils n'ont pas le droit de faire pour les assurés domiciliés en Suisse. Il relève que, dans un contexte international, les procédures de recouvrement peuvent s'avérer particulièrement complexes et coûteuses.

Pour le canton **TI**, la modification législative opère une distinction lorsque les cantons sont appelés à prendre en charge 85 % des arriérés. Pour les assurés disposant d'un point de rattachement en Suisse, en l'espèce les frontaliers, la charge est assumée par le canton dans lequel l'assuré exerce son activité lucrative alors que pour les bénéficiaires de rentes qui n'ont plus de point de rattachement en Suisse, elle est assumée par les assureurs-maladie. Le canton du Tessin considère qu'une telle distinction est inadmissible et demande qu'au niveau législatif, la solution valant pour les assurés qui n'ont pas de point de rattachement en Suisse soit applicable à tous les assurés des Etats de l'UE/AELE.

L'**OMCT** est également opposé à cette modification de la loi pour les mêmes raisons indiquées sous le point 2.2.2. (Prise en charge des frais de traitement hospitalier de personnes qui résident dans un Etat de l'UE/AELE et sont assurées en Suisse.).

2.4. Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des coûts pour des traitements ambulatoires (art. 41, al. 1 et 2, LAMAL)

2.4.1. Pour

La **CDS** signale que conformément à l'article 41, alinéa 1, LAMal en vigueur, l'assureur doit prendre en charge pour un traitement ambulatoire les coûts jusqu'à concurrence du tarif valable au lieu de résidence ou de travail de la personne assurée. Le tarif applicable au fournisseur de prestations choisi doit désormais chaque fois être appliqué ; une facturation sur la base de valeurs du point cantonales différenciées doit ainsi disparaître à l'avenir.

Cette modification concerne les prestations au niveau intercantonal. La solution existante entraîne une charge administrative inutile pour les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie. Avec une telle modification de la loi, il faut de toute façon garantir que celle-ci ne cause aucun préjudice pour d'autres systèmes de financement (financement hospitalier, financement résiduel des soins).

Le message relatif au projet de loi devrait clairement préciser que la disposition révisée de l'article 41, alinéa 1, LAMal ne concerne pas le financement résiduel cantonal pour les prestations de soins car il est uniquement question dans cette disposition d'une prise en charge des coûts par les « assureurs » et non par les cantons. Etant donné que selon l'article 25a LAMal, l'assureur doit verser une contribution aux prestations de soins uniforme au plan suisse, aucune différence n'apparaît concernant le financement des soins entre l'actuel et le futur article 41, alinéa 1. Il existe de plus des domaines ambulatoires (p. ex., cliniques de jour pour la psychiatrie) où la prise en charge des coûts doit se référer aux « assureurs » et non à d'éventuels contributions cantonales.

Le Comité directeur de la CDS approuve l'adaptation proposée à la condition que seule l'obligation de financement des assureurs soit concernée et qu'il apparaisse clairement dans le message que les contributions des cantons ne sont pas concernées par cette réglementation.

Les cantons **BL, BS, BE, FR, GE, GL, GR, TG, VD** et **ZH** sont du même avis.

Le canton **AG** approuve cette modification. Elle correspond probablement à la pratique appliquée aujourd'hui déjà par de nombreuses assurances, car celles-ci ne connaissent généralement pas le lieu de travail de leurs clients.

Le canton **AI** relève que cette modification concerne la fourniture de prestations intercantonale. L'adaptation de la réglementation concernant la prise en charge des prestations ambulatoires par les assureurs-maladie est judicieuse et doit être soutenue. La solution existante induit des frais administratifs inutiles pour les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie.

Les nouvelles réglementations ne peuvent cependant être approuvées qu'à deux conditions. Premièrement, le fait que tous les habitants de régions de soins supracantonales ont le même accès à tous les fournisseurs de prestations ambulatoires de la région doit être pris en compte de manière appropriée pour les futures stratégies et décisions relatives à la formation des tarifs de toutes les parties concernées. Deuxièmement, il faut éclaircir la question de savoir si la modification de loi prévue pour les prestations ambulatoires ne cause aucun préjudice pour les autres systèmes de financement (notamment le financement hospitalier et le financement résiduel des soins).

Le message relatif au projet de loi devrait clairement préciser que la disposition révisée de l'article 41, alinéa 1, LAMal ne concerne pas le financement résiduel cantonal pour les prestations de soins car il est uniquement question dans cette disposition d'une prise en charge des coûts par les assureurs et non par les cantons. Etant donné que selon l'article 25a LAMal l'assureur doit verser une contribution aux prestations de soins uniforme sur le plan suisse, aucune différence n'apparaît concernant le financement des soins entre l'actuel et le futur article 41, alinéa 1. Il existe de plus des domaines ambulatoires (p. ex., cliniques de jour pour la psychiatrie) où la prise en charge des coûts doit se référer aux « assureurs » et non à d'éventuels contributions cantonales.

Les cantons **AG et LU** sont d'accord avec la réglementation proposée.

Le canton **NW** est du même avis que la CDS mais rend attentif en outre au fait que l'article 79a, lettre a, LAMal (en corrélation avec l'art. 72 LPGa) devrait être complété. Le droit de recours selon l'article 72 LPGa doit aussi être applicable par analogie pour le canton de résidence pour les contributions qu'il doit verser en vertu des articles 25a, 41 et 49a LAMal.

Le canton **NE** relève que ce projet permettrait aux frontaliers ayant contracté l'assurance LAMal en Suisse de choisir l'hôpital dans lequel ils désirent être traités sur la liste des établissements reconnus dans la planification hospitalière cantonale.

Pour le canton **SH**, la modification est importante car la région de soins schaffhouseise présente des recouvrements considérables notamment avec le canton voisin de Zurich, où pour les prestations médicales, hospitalières et thérapeutiques il y a parfois des valeurs de point tarifaires beaucoup plus élevées. La création d'une libre circulation illimitée sur tous les espaces tarifaires pourrait ainsi renforcer encore la tendance déjà existante aujourd'hui d'une installation des fournisseurs de prestations ambulatoires dans le canton voisin au tarif plus avantageux. Une telle tendance aurait pour la population du canton concerné des inconvénients considérables (taxes plus élevées pour de plus longs trajets et accès plus difficile aux fournisseurs de prestations).

Le canton est conscient du fait que la réglementation actuelle est bien trop complexe du point de vue formel et qu'elle ne peut guère être mise en pratique. La nouvelle réglementation prévue paraît dans ce contexte logique et judicieuse. Néanmoins, il ne peut approuver la nouvelle réglementation proposée qu'à deux conditions :

1. Le fait que tous les habitants de régions de soins supracantoniales ont un accès égal à tous les fournisseurs de prestations de la région doit être pris en compte de manière appropriée pour les futures stratégies et décisions de toutes les parties concernées.

2. Il faut éclaircir la question de savoir si la modification de loi prévue pour les prestations ambulatoires ne cause aucun préjudice pour d'autres systèmes de financement (notamment le financement hospitalier et le financement résiduel des soins).

Le message relatif au projet de loi devrait clairement préciser que la disposition révisée de l'article 41, alinéa 1, LAMal ne concerne pas le financement résiduel cantonal pour les prestations de soins car il est uniquement question dans cette disposition d'une prise en charge des coûts par les assureurs et non par les cantons. Etant donné que selon l'article 25a LAMal, l'assureur doit verser une contribution aux prestations de soins uniforme sur le plan suisse, aucune différence n'apparaît concernant le financement des soins entre l'actuel et le futur article 41, alinéa 1. Il existe de plus des domaines ambulatoires (p. ex., cliniques de jour pour la psychiatrie) où la prise en charge des coûts doit se référer aux « assureurs » et non à d'éventuels contributions cantonales.

Le canton **SO** se félicite de la nouvelle réglementation. Il faut néanmoins s'assurer que les contributions des cantons ne seront pas affectées par cette réglementation.

Les cantons **OW, SG, SZ, UR et ZG** approuvent la modification proposée. La réglementation actuelle entraîne des frais administratifs inutiles pour les fournisseurs de prestations et pour les assureurs-maladie. La modification proposée est donc approuvée. Le message devra cependant fixer clairement que cette nouvelle réglementation ne concerne que l'obligation de financement des assureurs et qu'elle ne cause aucun préjudice pour d'autres systèmes de financement (financement hospitalier, financement résiduel des soins).

Le canton **TI** estime que la législation en vigueur impose aux assureurs un lourd travail administratif car ils doivent examiner chaque cas individuellement pour appliquer le tarif correct. Cela s'avère particulièrement discriminant pour les assurés qui pourraient accéder facilement à des soins meilleur marché dans des cantons voisins, mais aussi pour les autres assurés en raison de la mobilité croissante. La suppression de la limite de la couverture augmenterait la concurrence entre les fournisseurs des différents cantons, ce qui favoriserait l'alignement souhaité des tarifs cantonaux encore très différents les uns des autres. Le canton demande que soit précisé dans le message le moyen prévu pour que le réajustement proposé ne s'applique qu'à l'obligation de financement des assureurs sans modifier les autres systèmes de financement, en particulier le financement cantonal relatif aux hospitalisations hors canton. Néanmoins, il soutient la modification législative proposée avec les requêtes de précisions indiquées ci-dessus.

Le **PBD** approuve cette modification de la loi qui permet de réduire les lourdeurs bureaucratiques tout en supprimant des obstacles intercantonaux.

Le **PDC** approuve la mise en œuvre de la motion 12.4224 de sa conseillère nationale Ruth Humbel.

Le **PLR** souligne qu'il a soutenu les deux motions 12.4224 et 12.4098 « LAMal. Abrogation d'une disposition inadéquate et inéquitable » dans les deux Conseils. L'examen au cas par cas est administrativement trop coûteux pour les assureurs et démesuré par rapport aux coûts. La modification proposée est donc plus avantageuse, supprime la bureaucratie, est plus simple pour les patients et encourage en même temps la concurrence entre les fournisseurs de prestations ambulatoires.

L'**UDC** souligne que la prise en charge des traitements ambulatoires pour toutes les personnes assurées en Suisse renforce la liberté de choix et diminue les charges bureaucratiques.

L'**ASD** approuve la réglementation proposée (suppression) dans la deuxième phrase de l'article 41, alinéa 1. Quoi qu'il en soit, la proposition selon laquelle les assurés qui résident dans un Etat membre de l'UE/AELE et qui touchent une rente suisse, ainsi que les membres de leur famille, ont le libre choix entre les hôpitaux répertoriés (art. 41, al. 2, LAMal) induit une inégalité pour les patients suisses. En effet, ceux-ci ne peuvent choisir un hôpital répertorié que dans le canton de résidence ou celui où se situe l'hôpital sans conséquences financières. L'ASD se réjouirait donc que les effets de la réglementation prévue soient d'abord testés sans nouvelle norme légale, pendant un temps limité, lors d'un essai pilote. **Medswiss.net**, **the Swiss Leading Hospitals** et **l'ASMI** sont du même avis.

L'**USAM** approuve ces modifications.

Le **Centre Patronal** approuve la modification proposée, estimant que la solution existante entraîne une charge administrative inutile pour les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie.

La **FER** soutient cette nouvelle réglementation, qui est de nature à favoriser la concurrence parmi les prestataires de soins ambulatoires.

La **FRC** salue la nouvelle réglementation. Elle considère que la nouvelle formulation clarifie la prise en charge des coûts par l'assureur quel que soit le fournisseur de prestations.

La **FMH** se félicite de cette modification, qui soutient le libre choix du médecin. Du point de vue des patients et de celui des médecins, il faut en effet approuver le fait que les assurés pourront se faire traiter dans n'importe quel canton sans craindre des coûts éventuels. La réglementation actuelle n'a pas seulement entraîné un investissement lié à la bureaucratie dans les caisses-maladie mais aussi une insécurité chez les fournisseurs et les bénéficiaires de prestations. En ce qui concerne la révision de la loi sur l'assurance militaire, la FMH approuve la suppression des traitements semi-hospitaliers dans la LAM. Elle approuve le principe du libre choix du fournisseur de prestations ambulatoires qui soutient le libre choix du médecin.

H+ Les hôpitaux de Suisse approuvent la mise sur un pied d'égalité des tous les fournisseurs de prestations ambulatoires avec la prise en charge des tarifs applicable au fournisseur de prestations choisi par l'assuré (art. 41, al. 1, LAMal et art. 17, al. 2 et 4 LAM).

ChiroSuisse soutient en particulier le libre choix du fournisseur de prestations.

L'**ASMAC** approuve le libre choix du médecin et soutient donc le projet de loi prévu dans cette optique. Du point de vue des patients et des médecins, il faut également approuver le fait que les assurés pourront désormais se faire traiter dans n'importe quel canton sans avoir à craindre d'éventuels inconvénients financiers. La réglementation actuelle n'a pas seulement entraîné des dépenses liées à la bureaucratie dans les caisses-maladie mais aussi à une insécurité chez les fournisseurs et les bénéficiaires de prestations.

L'**OMCT** approuve l'abrogation d'une disposition qui imposait une limite anachronique, plus vraiment justifiée, ni véritablement appliquée.

S'agissant du choix du fournisseur de prestations et de la prise en charge des traitements ambulatoires pour toutes les personnes assurées en Suisse, **Curafutura** soutient la proposition selon laquelle tous les affiliés à l'assurance obligatoire des soins peuvent choisir leur

médecin dans toute la Suisse sans éventuels inconvénients financiers. La proposition de révision est moderne et mérite d'être saluée sous l'angle du libre choix des assurés.

Santésuisse souligne, comme le rapport explicatif le constate à juste titre, que la disposition légale selon laquelle la prise en charge pour les prestations ambulatoires se fait jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré entraîne un examen coûteux au cas par cas. Santésuisse soutient donc la proposition selon laquelle les coûts des traitements ambulatoires seront désormais pris en charge selon le tarif applicable au fournisseur de prestations choisi par l'assuré. Cette réglementation simplifie les processus administratifs et induit donc des économies sur les frais inhérents, tout en encourageant la concurrence entre les fournisseurs de prestations ambulatoires.

L'**ASA** soutient la proposition. Elle estime que l'« ancienne » réglementation entraîne des frais administratifs élevés et empêche une facturation automatisée qui contribue à abaisser les frais administratifs. La suppression des inconvénients financiers renforce en outre la libre circulation des assurés, ce que l'ASA salue vraiment du point de vue de la concurrence.

2.4.2. Contre

Aucun avis négatif n'a été exprimé au sujet de la modification proposée.

Anhang 1: Liste der Vernehmlassungsteilnehmer
 Annexe 1 : Liste des participants à la consultation
 Allegato 1 : Elenco dei partecipanti alla consultazione

1. Kantone und kantonale Konferenzen / Cantons et conférences cantonales /
 Cantoni e conferenze cantonali

| Abk. / Abrév. Abbrev. | Vernehmlassungsteilnehmer / Participant à la consultation Partecipante alla consultazione |
|--------------------------|--|
| AG | Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'Etat du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia |
| AI | Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'Etat du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno |
| AR | Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'Etat du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno |
| BE | Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'Etat du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna |
| BL | Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'Etat du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna |
| BS | Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'Etat du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città |
| FR | Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'Etat du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo |
| GE | Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'Etat du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra |
| GL | Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'Etat du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona |
| GR | Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'Etat du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni |
| JU | Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'Etat du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura |
| LU | Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'Etat du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna |
| NE | Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'Etat du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel |
| NW | Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'Etat du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo |

| | |
|-------------------|--|
| OW | Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'Etat du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo |
| SG | Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'Etat du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo |
| SH | Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'Etat du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa |
| SO | Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'Etat du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta |
| SZ | Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'Etat du canton de Schwyz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto |
| TG | Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'Etat du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia |
| TI | Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'Etat du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino |
| UR | Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'Etat du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri |
| VD | Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'Etat du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud |
| VS | Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'Etat du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese |
| ZG | Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'Etat du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo |
| ZH | Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'Etat du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo |
| GDK CDS CDS | Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità |

2. In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale / partiti rappresentati nell'Assemblea federale

| Abk. / Abrév. Abbrev. | Vernehmlassungsteilnehmer / Participant à la consultation Partecipante alla consultazione |
|----------------------------------|--|
| BDP PBD PBD | Bürgerlich-Demokratische Partei Parti bourgeois-démocratique Partito borghese democratico |
| CVP PDC PPD | Christlichdemokratische Volkspartei Parti démocrate-chrétien Partito popolare democratico |
| FDP PLR PLR | Die Liberalen Les Libéraux-Radicaux I Liberali Radicali |

| | |
|-----|--|
| SPS | Sozialdemokratische Partei der Schweiz |
| PSS | Parti Socialiste Suisse |
| PSS | Partito socialista svizzero |
| SVP | Schweizerische Volkspartei |
| UDC | Union Démocratique du Centre |
| UDC | Unione Democratica di Centro |

3. Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft, der Gemeinden, Städte und Berggebiete / associations faitières de l'économie, des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national / associazioni mantello nazionali dell'economia, dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna

| Abk. / Abrév. Abbrev. | Vernehmlassungsteilnehmer / Participant à la consultation Partecipante alla consultazione |
|----------------------------------|--|
| asd | Arbeitgeberverband der Schweizer Dentalbranche Association patronale suisse de la branche dentaire Centre Patronal |
| FER | Fédération des entreprises romandes |
| SAV | Schweizerischer Arbeitgeberverband |
| UPS | Union patronale suisse |
| USI | Unione svizzera degli imprenditori |
| SGB | Schweizerischer Gewerkschaftsbund |
| USS | Union syndicale suisse |
| USS | Unione sindacale svizzera |
| SGV | Schweizerischer Gewerbeverband |
| USAM | Union suisse des arts et métiers |
| USAM | Unione svizzera delle arti e dei mestieri |
| SSV | Schweizerischer Städteverband |
| UVS | Union des villes suisses |
| UCS | Unione delle città svizzere |

4. Organisationen für Konsumentenschutz / Organisations de protection des consommateurs / Organizzazioni per la protezione dei consumatori

| Abk. / Abrév. Abbrev. | Vernehmlassungsteilnehmer / Participant à la consultation Partecipante alla consultazione |
|----------------------------------|--|
| FRC | Fédération romande des consommateurs |
| SKS | Stiftung für Konsumentenschutz Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori |

**5. Organisationen des Gesundheitswesen und Leistungserbringer
Organisations de santé publique et fournisseurs de prestations
Organizzazioni della sanità pubblica e fornitori di prestazioni**

| Abk. / Abrév. Abbrev. | Vernehmlassungsteilnehmer / Participant à la consultation Partecipante alla consultazione |
|----------------------------------|--|
| CURAVIVA | CURAVIVA Schweiz - Verband Heime und Institutionen Schweiz CURAVIVA Suisse - Association des homes et institutions sociales suisses CURAVIVA Svizzera - Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri |

| | |
|------------------------------------|--|
| FAMH | Die medizinischen Laboratorien der Schweiz Les laboratoires médicaux de Suisse Laboratori medici della Svizzera |
| FMH | Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri |
| H+ | H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri |
| IG eHealth | eHealth Interessengemeinschaft |
| KAV APC APC | Schweizerische Kantonsapothekervereinigung Association des pharmaciens cantonaux Associazione dei farmacisti cantonali |
| | Konferenz kantonale Krankenhausverbände |
| labmed Schweiz labmed Suisse | Schweizerischer Berufsverband der biomedizinischen Analytikerinnen und Analytiker Association professionnelle suisse des techniciennes et techniciens en analyses biomédicales |
| labmed Svizzera | Associazione professionale svizzera delle tecniche e dei tecnici in analisi biomediche |
| medswiss.net | Schweizer Dachverband der Ärztenetze Association suisse des réseaux de médecins Associazione delle reti di medici |
| omct | Ordine dei medici del cantone Ticino |
| Physioswiss | Schweizerischer Physiotherapie-Verband Association suisse de physiothérapie Associazione svizzera di fisioterapia |
| SBK ASI ASI | Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner Association suisse des infirmières et infirmiers Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri |
| SBV ASMI ASMI | Schweizerische Belegärzte-Vereinigung Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux Associazione svizzera dei medici indipendenti che lavorano in cliniche private |
| SCG ASC ASC | Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft ChiroSuisse Association suisse des chiropraticiens ChiroSuisse Associazione svizzera dei chiropratici ChiroSuisse |
| SWISS REHA | Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz Association des cliniques de réadaptation de pointe en Suisse Associazione delle cliniche più all'avanguardia per la riabilitazione in Svizzera |
| | The Swiss Leading Hospitals |
| VAKA | Der Aargauische Gesundheitspartner |
| VSAO ASMAC ASMAC | Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica |

6. Versicherer / Assureurs / Assicuratori

| | |
|----------------------------------|--|
| Abk. / Abrév. Abbrev. | Vernehmlassungsteilnehmer / Participant à la consultation Partecipante alla consultazione |
| CSS | CSS Versicherung |

| | |
|--------------------------------|--|
| | CSS Assurance CSS Assicurazione |
| Curafutura | Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi |
| GE KVG IC LAMal IC LAMal | Gemeinsame Einrichtung KVG Institution commune LAMal Istituzione comune LAMal |
| | Helsana Versicherungen AG Helsana Assurances SA Helsana Assicurazioni SA |
| santésuisse | Die Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses |
| Suva | Suva Abteilung Militärversicherung Suva Division Assurance militaire Suva Divisione Assicurazione militare |
| SVV ASA ASA | Schweizerischer Versicherungsverband Association suisse d'assurances Associazione svizzera d'assicurazioni |