

**Révision partielle de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur
l'assurance-maladie (LAMal)**

Réintroduction temporaire de l'admission selon le besoin

Rapport explicatif

1 Présentation du projet

1.1 Contexte

Dans le cadre des débats sur la révision de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) 98.058 «Subsides fédéraux et révision partielle», le Parlement s'était inquiété, face à la mise en œuvre des accords bilatéraux, de l'afflux potentiel de médecins en provenance de l'Union européenne. Il craignait que des coûts supplémentaires pour l'assurance-maladie découlent d'une augmentation du nombre de fournisseurs de prestations. Les estimations évoquées à l'époque indiquaient notamment que toute nouvelle ouverture de cabinet engendrait des coûts d'environ 500'000 francs par an.

L'art. 55a LAMal est donc entré en vigueur le 1^{er} janvier 2001¹. Le Conseil fédéral obtenait la compétence, pour une durée limitée à trois ans au plus, de faire dépendre de la preuve d'un besoin l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins au sens des art. 36 à 38 LAMal. L'ordonnance d'application de l'art. 55a LAMal, entrée en vigueur le 4 juillet 2002², fixait à son annexe 1 le nombre de fournisseurs de prestations qui pratiquaient à la charge de l'assurance obligatoire des soins pour chaque canton et pour chaque catégorie de fournisseurs de prestations. Elle stipulait que les cantons pouvaient prévoir que le nombre fixé à l'annexe 1 ne valait pas pour une ou plusieurs catégories de fournisseurs de prestations et que, dans une ou plusieurs catégories, aucune admission à pratiquer ne serait délivrée tant que la densité médicale du canton concerné serait supérieure à celle de la région à laquelle le canton était rattaché selon l'ordonnance, ou à celle de la Suisse. Les cantons devaient tenir compte de la couverture sanitaire existant dans les cantons voisins, dans la région et en Suisse. Conséquence de cette dernière disposition, lorsque la couverture sanitaire était insuffisante pour une catégorie de fournisseurs de prestations, les cantons pouvaient en admettre un nombre supérieur à celui fixé dans l'ordonnance pour cette catégorie.

Le 8 octobre 2004, le Parlement a décidé la prolongation de l'art. 55a LAMal pour trois nouvelles années, en modifiant la disposition³. Désormais, une admission expirait lorsqu'il n'en était pas fait usage pendant un certain délai. La limitation de l'admission a été prolongée une deuxième fois⁴, la mesure étant modifiée afin de préciser qu'elle s'appliquait à l'admission des fournisseurs de prestations exerçant une activité dépendante ou indépendante. Il était ainsi clair que les fournisseurs de prestations employés par des institutions au sens de l'art. 36a LAMal étaient concernés par la limitation. La dernière prolongation, en 2009, de l'art. 55a LAMal a amené des modifications d'importance⁵. La disposition donnait la compétence de limiter l'admission de certains fournisseurs de prestations, soit les médecins, les pharmaciens, l'activité des médecins au sein d'institutions au sens de l'art. 36a et dans le domaine ambulatoire des hôpitaux au sens de l'art. 39. En revanche étaient exclus de la limitation, les bénéficiaires des titres de médecine générale, de médecin praticien, de médecine interne et de pédiatrie. La limitation de l'admission est finalement arrivée à échéance le 31 décembre 2011.

¹ RO 2000 2305

² RO 2002 2549

³ RO 2005 1071

⁴ RO 2008 2917

⁵ RO 2009 5265

Les prolongations successives de l'art. 55a LAMal devaient laisser le temps de décider d'une réglementation applicable et efficace sur le long terme. Les projets de révision de la LAMal 04.032 «Liberté de contracter», 04.034 «Participation aux coûts» et 04.062 «Managed Care» devaient offrir une telle réglementation. Le Parlement n'est pas entré en matière sur la liberté de contracter. Il a également renoncé à entrer en matière sur la participation aux coûts étant donné que celle-ci avait été intégrée au Managed Care. Lors de la levée de la limitation de l'admission, cette dernière réforme avait déjà été approuvée par le Parlement. Comme elle offrait de bonnes perspectives concernant la maîtrise de l'offre de prestations, il n'a pas semblé nécessaire à la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats de prolonger à nouveau la limitation de l'admission, qui cherche à maîtriser l'offre de prestations en maîtrisant l'offre de fournisseurs de prestations. La réforme concernant les réseaux de soins intégrés a été refusée par le peuple le 17 juin 2012.

Entre l'échéance de la limitation de l'admission et la votation populaire, une augmentation du nombre de demandes de numéros au registre des codes-créanciers a été rapportée, interpellant le Parlement et le Conseil fédéral. Alors que le nombre de demandes de numéros au registre de codes-créanciers entre les mois de janvier et de juin était de 513 en 2011, il s'est élevé à 1151 en 2012. La croissance du nombre de demandes a été particulièrement marquée dans les cantons de Zürich (de 84 à 239, +185%), Genève (de 42 à 159, +279%), Berne (de 56 à 111, +98%) et du Tessin (de 26 à 111, +327%). La LAMal devant répondre à trois objectifs majeurs que sont l'accès de l'ensemble de la population à une offre de soins de haute qualité, le renforcement de la solidarité entre assurés et la maîtrise des coûts, il ne faut pas négliger les effets financiers potentiels de la levée de la limitation de l'admission sans mise en oeuvre d'une réglementation consécutive. Le Conseil fédéral estime donc urgent de proposer une modification de loi qui permette aux cantons constatant une augmentation coûteuse de l'offre, de prendre rapidement les mesures nécessaires.

1.2 Dispositif proposé

Le projet consiste à réintroduire la limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins telle qu'elle était définie lors de l'échéance de la disposition le 31 décembre 2011. Cette mesure urgente sera limitée à trois ans, période durant laquelle le Conseil fédéral s'engage à proposer des dispositions qui pourront sur le long terme permettre de maîtriser les coûts.

L'art. 55a LAMal avait fait l'objet de modifications à chaque prolongation. Le Conseil fédéral estime que chacune d'elles était justifiée et ne souhaite donc pas les remettre en question. Ils ne souhaite notamment pas revenir sur la dernière modification, qui introduisait une distinction entre les catégories de fournisseurs de prestations dont l'admission était ou non soumise à limitation, compte tenu de la mise en place récente d'un plan directeur «Médecine de famille et médecine de base» et du dépôt de l'initiative populaire 11.062 «Oui à la médecine de famille». Une disposition transitoire est prévue. Elle précise que l'art. 55a ne s'applique pas aux fournisseurs de prestations qui ont pratiqué à la charge de l'assurance obligatoire des soins avant l'entrée en vigueur de cet article. L'objectif est de pouvoir remédier à aux possibles demandes "préventives" de numéros au registre de codes-créanciers, dont l'absence d'utilisation par les bénéficiaires empêcherait d'autres fournisseurs de prestations demandeurs de pouvoir pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins lorsque l'art. 55a LAMal entrera en vigueur. La mesure devra entrer rapi-

dement en vigueur, afin que les cantons qui en ont besoin puissent disposer des outils légaux leur permettant de limiter l'admission de certains fournisseurs de prestations, en attendant qu'une réglementation définitive entre en vigueur.

1.3 Coordination de la mesure avec une disposition applicable à long terme

La réglementation qui devra entrer en vigueur lorsque la présente proposition sera échue devra être mieux adaptée aux causes de la croissance non maîtrisée des coûts. Ainsi, le domaine ambulatoire connaît une croissance particulière qu'il faudra pouvoir piloter, non dans une optique de rationnement, mais dans l'optique de satisfaire des besoins réels et justifiés.

- Une disposition définissant des possibilités d'action distinctes en cas de sur- ou de sous-approvisionnement est envisageable. L'utilisation des ressources pourra ainsi être optimisée, notamment grâce à une meilleure répartition des fournisseurs de prestations sur le territoire et à la promotion de la médecine de premier recours.
- Compte tenu de l'autonomie tarifaire qui est prévue dans la loi, les partenaires tarifaires devront en outre améliorer les tarifs ou changer de modèle de rémunération lorsque l'expérience démontre que les modèles choisis créent des incitations à l'origine de surcoûts ou de perte d'attractivité pour certaines pratiques.
- Le Conseil fédéral dispose désormais d'une compétence subsidiaire en matière tarifaire. Si les partenaires tarifaires tardent à trouver un accord ou alors qu'une structure n'est plus adaptée, le Conseil fédéral élaborera, en accord avec les cantons, une nouvelle proposition. En lui donnant par ailleurs la compétence de baisser les tarifs en cas d'augmentation des coûts supérieure à la moyenne, un outil de pilotage efficace et dont la mise en oeuvre est rapide serait créé.

Le Conseil fédéral s'engage à présenter rapidement un train de mesures concrètes, qui sera soumis au Parlement afin qu'il puisse en décider l'entrée en vigueur pour l'échéance de la loi fédérale urgente.

1.4 Appréciation de la solution retenue

Le Conseil fédéral estime que la réintroduction de la limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins offrira aux cantons qui en ont besoin un outil de pilotage efficace à court terme. Le fait que les anciennes réglementations cantonales de mise en oeuvre puissent être rapidement reprises est un argument supplémentaire en faveur de cette mesure. En outre, avec cette mesure, les cantons peuvent poser leurs conditions concernant les admissions. Il n'est ainsi pas exclu que certains cantons se servent de leur compétence pour demander aux fournisseurs de prestations de s'installer dans des régions périphériques, ce qui permettrait de mieux répartir les ressources sur le territoire. Le travail en réseau pourrait être un autre exemple d'exigence posée par les cantons.

Le Conseil fédéral reste toutefois convaincu qu'il faut trouver une réglementation à même de maîtriser les coûts à long terme et de manière ciblée. Une limitation de l'admission ne répond pas à ces conditions. Elle est toutefois suffisamment satisfai-

sante pour être réintroduite rapidement avec effet à court terme, notamment pour les cantons qui ne peuvent attendre une réforme sans solution transitoire, sous peine de voir leurs coûts croître de façon non maîtrisée.

1.5 Adéquation des moyens requis

La mise en oeuvre de la proposition permettra de répondre à très court terme et de manière ciblée aux problèmes rencontrés par certains cantons, qui constatent une croissance importante du nombre de fournisseurs de prestations. Ils considèrent que cette augmentation engendre une croissance démesurée des coûts. En leur donnant la compétence de désigner les fournisseurs de prestations concernés par la limitation de l'admission, les cantons qui doivent agir pourront le faire. Ceux qui ne sont pas confrontés à la même problématique, voire qui sont confrontés à une problématique de sous-appvisionnement n'auront pas de contrainte d'agir. En prévoyant le retrait des admissions qui n'ont pas été utilisées dans un délai donné, les effets indésirables d'une anticipation par les fournisseurs de prestations de l'entrée en vigueur de la disposition pourront être évités.

1.6 Mise en oeuvre

La réintroduction de l'art. 55a LAMal nécessitera la réintroduction des dispositions qui étaient définies dans l'ordonnance du 3 juillet 2002 sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (OLAF; RS 832.103). Le Conseil fédéral mènera le processus de préparation de l'ordonnance de manière à ce qu'elle puisse entrer en vigueur en même temps que les dispositions légales.

1.7 Interventions parlementaires

Motion Gutzwiller 12.3638 «LAMal. Introduire la liberté de contracter»

L'auteur de la motion propose l'introduction de la liberté de contracter entre les médecins spécialistes et les caisses maladie dans le domaine ambulatoire. Il est précisé que des prescriptions minimales garantiront la densité et la qualité de la présence médicale afin de garantir l'accès de tous les habitants à une médecine ambulatoire efficace et de qualité. Le projet devrait prévoir que les médecins peuvent exercer à titre privé sans être contractuellement liés à une caisse maladie. Le Conseil fédéral a estimé que cette proposition n'était pas satisfaisante notamment parce que le Parlement a déjà refusé une fois d'entrer en matière sur cet objet. Il a donc proposé, le 5 septembre 2012, de rejeter la motion. Le 26 septembre 2012, le Conseil des Etats a largement refusé le texte, notamment en tenant compte du fait que les opinions exprimées lors de la campagne référendaire sur le projet Managed Care étaient très réservées concernant la possibilité de limiter le choix du fournisseur de prestations. Une introduction de la liberté de contracter paraît donc peu à même de réunir une majorité, qu'elle soit parlementaire ou populaire.

Motion Humbel 12.3600 «Réintroduire dans la LAMal de la régulation du nombre de médecins admis à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie»

L'auteur de la motion demande, en cas de rejet du projet Managed Care, de redonner aux cantons un instrument de pilotage applicable aussi bien aux médecins spécialistes exerçant en cabinet privé qu'à ceux qui exercent dans le secteur ambulatoire des

hôpitaux. Il est précisé dans le développement que la Suisse connaissant un manque criant de fournisseurs de prestations de soins de base, ces derniers ne seront pas soumis au pilotage proposé. Enfin, il est précisé qu'après la réintroduction du pilotage du nombre de médecins spécialistes admis, il faudra veiller à empêcher tout négoce des numéros de compte. Le 5 septembre 2012, le Conseil fédéral a proposé d'accepter la motion. Le Conseil national l'a adoptée le 28 septembre 2012, mais elle n'a pas encore été traitée par le Conseil des Etats.

2 **Commentaire des dispositions**

Art. 55a, al. 1

Comme dans la précédente réglementation, cet alinéa donne la compétence au Conseil fédéral de faire dépendre de la preuve d'un besoin l'admission des fournisseurs de prestations. Les différents éléments qui avaient été ajoutés à chaque prolongation ont été repris. Il est notamment important de mentionner que les médecins exerçant une pratique dépendante, l'activité des médecins au sein des institutions et celle des médecins dans le domaine ambulatoire des hôpitaux sont concernés par la mesure. De plus, l'activité dans le domaine ambulatoire des hôpitaux doit rester limitée, ce secteur enregistrant une hausse des coûts particulièrement marquée.

Art. 55a, al. 2

L'exclusion de la limitation des médecins qui ne sont pas considérés comme des spécialistes, ainsi que des fournisseurs de prestations au sens de l'art. 38 a également être reprise, notamment afin de ne pas nuire à la volonté de renforcer la médecine de premier recours et de la revaloriser notamment auprès des jeunes médecins. Les titres postgrades mentionnés à cet alinéa ont été adaptés, compte tenu de la modification du 17 novembre 2010 de l'ordonnance sur les professions médicales (OPMéd; RS 811.112.0). Etant donné l'art. 18a, al. 2, OPMéd, les personnes ayant obtenu un titre postgrade fédéral en médecine générale ou en médecine interne avant l'entrée en vigueur de la modification du 17 novembre 2010 de l'OPMéd sont également exclues de la limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie. En outre, sont entendus par titres postgrades fédéraux, également les titres postgrades étrangers reconnus conformément au droit en vigueur.

Art. 55a, al. 3

Avant de faire dépendre de la preuve d'un besoin l'admission des fournisseurs de prestations conformément à l'al. 1 et d'en fixer les critères, le Conseil fédéral doit consulter les cantons ainsi que les fédérations de fournisseurs de prestations et d'assureurs.

Art. 55a, al. 4

Ce sont les cantons qui désignent les fournisseurs de prestations concernés par l'al. 1. Ils peuvent faire usage de cette compétence, dans le respect de l'art. 36 Cst., pour garantir la couverture des soins sur l'ensemble du territoire et notamment dans les régions périphériques, en assortissant par exemple l'admission de la condition que le fournisseur de prestations doit pratiquer dans un lieu donné. De même, ils peuvent envisager d'encourager une meilleure coordination des soins en posant

comme condition que le fournisseur de prestations appartienne à un réseau de soins intégrés.

Art. 55a, al. 5

Une admission doit expirer s'il n'en est pas fait usage durant un certain délai afin d'éviter de possibles blocages du système. Ainsi, des fournisseurs de prestations demandant une admission mais n'en faisant pas usage lorsqu'ils l'ont obtenue empêchent d'autres fournisseurs d'accéder au marché, mettant par ailleurs potentiellement en péril l'approvisionnement en soins. La disposition a été densifiée, précisant certaines exceptions envisageables directement dans la loi. Sous l'ancien régime de limitation de l'admission, cette précision était fixée dans l'ordonnance.

Disposition transitoire

Depuis le 1^{er} janvier 2012, il n'y a plus de limitation des admissions, quelque soit le fournisseur de prestations et quelque soit son titre postgrade. Une forte augmentation des demandes de numéros au registre des codes-créanciers a été rapportée. Il est envisageable qu'une partie des demandes soit une réaction à la levée de la limitation des admissions, mais que les demandeurs n'aient pas tous la volonté d'ouvrir prochainement un cabinet. Les numéros correspondent en effet à un outil facilitant la facturation entre les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations. Ils n'indiquent pas directement une ouverture de cabinet. Lorsque les débats sur une réintroduction de la limitation des admissions débiteront, on peut s'attendre à une vague de demandes encore plus grande de la part des médecins qui désirent obtenir un numéro à titre de précaution pour ouvrir plus tard un cabinet. Afin de pallier cette éventualité, la disposition transitoire prévoit que l'al. 1 de la nouvelle réglementation ne s'applique pas aux fournisseurs de prestations ayant déjà facturé à charge de l'assurance obligatoire des soins à l'entrée en vigueur de la modification.

3 Conséquences

3.1 Conséquences pour la Confédération

Une meilleure maîtrise des coûts sera positive pour les finances fédérales, compte tenu du fait que les subsides octroyés par la Confédération en vertu de l'art. 66, al. 2, LAMal équivalent à 7,5% des coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins. La marge de manœuvre laissée aux cantons ne permet toutefois pas d'évaluer concrètement la réduction des dépenses liée à l'effet sur les subsides de la Confédération.

3.2 Conséquences pour les cantons et les communes, ainsi que pour les villes, les agglomérations et les régions de montagne

Les conséquences pour les cantons ont déjà été évoquées plus haut. Si des cantons décident d'assortir l'admission de conditions, telle l'appartenance d'un fournisseur de prestations à un réseaux de soins intégrés ou son installation dans une région particulière, des réseaux de soins pourraient se développer ou des médecins de premier recours s'installer dans des régions ou communes périphériques. La proposition aura également une influence positive sur les réductions de primes par les cantons.

3.3 Conséquences financières pour l'assurance-maladie

Les soins ambulatoires à la charge de l'assurance obligatoire des soins représentaient 37% de l'ensemble des dépenses en 2012. Celles pour le secteur ambulatoire hospitalier représentaient 14% des dépenses globales. L'amélioration de la maîtrise des coûts grâce à la réintroduction de la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations aura une influence positive sur le secteur de l'assurance obligatoire des soins.

4 Relation avec le programme de la législature et avec les stratégies nationales du Conseil fédéral

Le projet n'a pas été annoncé, ni dans le message du 25 janvier 2012 sur le programme de la législature 2011 à 2015⁶, ni dans le projet d'arrêté fédéral sur le programme de la législature 2011 à 2015⁷.

5 Relation avec le droit international

5.1 Le droit de l'Union européenne

Aux termes de l'art. 3 du Traité sur l'Union européenne (TUE), l'Union a pour mission de promouvoir la justice et la protection sociales. La libre circulation des travailleurs à l'intérieur de l'Union est fixée à l'art. 45 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE). Le 1^{er} juin 2002 est entré en vigueur l'Accord entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP; RS 0.142.112.681). Son objectif est notamment d'accorder un droit d'entrée, de séjour, d'accès à une activité économique salariée, d'établissement en tant qu'indépendant et le droit de demeurer sur le territoire des parties contractantes en faveur des ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et de la Suisse (art. 1, let. a, ALCP). L'art. 1, let. d, de l'accord fixe également comme but que les mêmes conditions de vie, d'emploi et de travail que celles accordées aux nationaux soient accordées aux ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et de la Suisse. Ainsi et conformément à l'annexe I de l'accord, il est prévu que les ressortissants d'une partie contractante qui séjournent légalement sur le territoire d'une autre partie contractante ne sont pas discriminés en raison de leur nationalité (art. 2 ALCP) et que le droit de séjour et d'accès à une activité économique est garanti (art. 4 ALCP). L'accord prévoit par conséquent à son art. 7, let. a, que les parties contractantes règlent notamment le droit à l'égalité de traitement avec les nationaux en ce qui concerne l'accès à une activité économique et son exercice ainsi que les conditions de vie, d'emploi et de travail.

La libre circulation des personnes requiert une coordination des régimes nationaux de sécurité sociale, ce que prévoit l'art. 48 TFUE. Le droit de l'Union ne prévoit pas l'harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale, les Etats membres conservant la faculté de déterminer la conception, le champ d'application personnel, les modalités de financement et l'organisation de leur système de sécurité sociale. La

⁶ FF 2012 349

⁷ FF 2012 493

coordination des régimes nationaux de sécurité sociale est mise en œuvre par le règlement (CE) n°883/2004⁸ et par son règlement d'application n°987/2009⁹. Depuis l'entrée en vigueur de l'Accord sur la libre circulation des personnes, la Suisse participe à ce système de coordination sur la base de l'ancien règlement du Conseil n°1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté et de son règlement d'application n°574/72¹⁰.

5.2 Les instruments du Conseil de l'Europe

La Charte sociale européenne du 18 octobre 1961 est le pendant de la Convention européenne des droits de l'homme pour les droits économiques et sociaux. Le droit à la sécurité sociale y est fixé à l'art. 12. La Suisse a signé la Charte le 6 mai 1976, mais le Parlement ayant refusé en 1987 de la ratifier, ce traité ne lie pas notre pays.

La Charte sociale européenne révisée du 3 mai 1996 met à jour et adapte le contenu matériel de la Charte de 1961. Elle constitue un accord distinct de la Charte sociale européenne de 1961 qu'elle n'abroge pas. Le droit à la sécurité sociale figure également à l'art. 12. La Suisse n'a pas ratifié cet instrument.

Le Code européen de sécurité sociale du 16 avril 1964 a été ratifié par la Suisse le 16 septembre 1977¹¹. Notre pays n'en a toutefois pas accepté la partie II relative aux soins médicaux, qui nécessite notamment que soit garantie l'attribution de prestations médicales aux personnes protégées en cas d'état morbide, quelle qu'en soit la cause, et en cas de maternité. Le bénéficiaire peut être tenu de participer aux frais des soins médicaux reçus en cas d'état morbide et la durée des prestations servies peut être limitée à 26 semaines par cas.

Le Code européen de sécurité sociale révisé du 6 novembre 1990 constitue aussi un accord distinct du Code européen de sécurité sociale, qu'il n'abroge pas. Le Code révisé n'est pas encore en vigueur.

5.3 Compatibilité du projet avec le droit européen

Le droit européen établit des normes en matière de libre circulation des personnes, mais pas d'harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les Etats demeurent libres de déterminer ces aspects comme ils l'entendent. La compatibilité de la précédente version de l'art. 55a LAMal avec l'ALCP a par ailleurs fait l'objet d'un arrêt du Tribunal fédéral (ATF 130 I 26), concluant que les réglementations édictées par le Conseil fédéral sur la base de l'art. 55a LAMal et par le Conseil d'Etat du canton de Zurich en vue de limiter concrètement l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire - pour autant qu'elles puissent être examinées au regard de l'art. 191 Cst. (consid. 2) - ne violent ni

⁸ Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, JO L 166 du 30.4.2004, p. 1; rectifié au JO L 200 du 7.6.2004

⁹ Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, JO L 284 du 30.10.2009, p. 1

¹⁰ RS 0.831.109.268.1 et RS 0.831.109.268.11

¹¹ RO 1978 1491

l'Accord sur la libre circulation des personnes (consid. 3), ni la liberté économique (consid. 4-6) et n'étaient pas davantage contraires à l'obligation de reconnaissance réciproque des diplômes (consid. 7), au principe de la bonne foi (consid. 8) ou au droit à la protection de la vie privée et familiale (consid. 9).

6 Aspects juridiques

6.1 Constitutionnalité et légalité

Cette loi se fonde sur l'art. 117 de la Constitution qui confère à la Confédération une large compétence en matière d'organisation de l'assurance-maladie.

6.2 Forme de l'acte à adopter

La disposition proposée doit être édictée sous la forme d'une loi fédérale urgente limitée dans le temps. Aux termes de l'art. 165, al. 1, Cst., une loi fédérale peut être déclarée urgente lorsque son entrée en vigueur ne souffre aucun retard. L'urgence est dans ce cas motivée par une augmentation non maîtrisable des admissions à pratiquer. Or, une augmentation de l'offre de fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire d'un canton génère une augmentation des coûts. Si l'offre n'est pas maîtrisée, les répercussions sont importantes pour les coûts globaux de l'assurance obligatoire des soins. Il ne faut pas négliger les effets en termes d'augmentation des primes pour les assurés, d'augmentation des réductions de primes à charge des cantons et d'augmentation des subsides de la Confédération. En outre, si l'on ne prend pas des mesures immédiates, la croissance du nombre de fournisseurs de prestations se poursuivra. Sans clause d'urgence, il faudrait accepter que l'augmentation des coûts soit durable, car on ne pourrait pas exclure des praticiens pratiquant déjà à la charge de l'assurance obligatoire des soins sans prendre des mesures qui empièteraient de manière disproportionnée sur leurs droits. Une loi fédérale urgente pourra entrer en vigueur avant que la situation s'aggrave et offrira la possibilité de limiter l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins sans porter atteinte à la santé des assurés et aux droits des fournisseurs de prestations.

6.3 Délégation de compétences législatives

Le présent projet autorise le Conseil fédéral à arrêter des dispositions dans les domaines suivants:

faire dépendre de la preuve d'un besoin l'admission de certains fournisseurs de prestations (at. 55a, al. 1), fixer le délai relatif à l'expiration d'une admission.

La désignation formelle des fournisseurs de prestations individuels, admis en application de cette mesure et des dispositions d'exécutions correspondantes, demeure de la compétence des cantons.