

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

Pilotage du domaine ambulatoire

Rapport explicatif

1 Présentation du projet

1.1 Contexte

Les admissions des fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire sont actuellement soumises à une régulation. L'art. 55a de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) permet en effet jusqu'au 30 juin 2016 de limiter l'admission des médecins exerçant en cabinet, au sein d'une institution ou dans le domaine ambulatoire d'un hôpital, à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Cette réglementation a été appliquée avec quelques variations pendant onze ans (entre le 1^{er} janvier 2001 et le 31 décembre 2011). Sa levée au 1^{er} janvier 2012 a entraîné un afflux massif de médecins sur le marché, notamment de médecins spécialistes. Concrètement, on a observé une explosion du nombre de numéros au registre des codes-créanciers (numéros RCC) remis entre 2011 et 2012 (+ 129 %)¹. Certains cantons sont donc intervenus auprès du Parlement et du Conseil fédéral afin que des mesures soient prises avant que cet afflux ne se traduise par une augmentation incontrôlable des coûts. La version actuelle de l'art. 55a LAMal est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2013², et son ordonnance d'application le 5 juillet suivant³. La disposition en vigueur contient une exception qui, de fait, restreint la possibilité de limiter les admissions, puisque les médecins ayant déjà pratiqué trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu sont exempts de limitation. Le bilan peut cependant être jugé positif étant donné qu'après une nouvelle croissance marquée du nombre de numéros RCC remis entre 2012 et 2013 (+ 34 %), on observe une stabilisation de la situation pour le début de l'année 2014 (199 numéros remis en janvier et février contre 517 en 2013 pour la même période)⁴. Cette stabilisation devra se confirmer dans les mois à venir.

Lorsque la limitation des admissions est entrée en vigueur en 2001⁵, elle devait être temporaire avec pour objectif principal de limiter les effets de la libre circulation des personnes sur la croissance des coûts dans le domaine ambulatoire. Faute d'aboutissement d'autres projets, l'art. 55a a été prolongé à plusieurs reprises, ce qui déstabilise les acteurs du système, fausse leurs comportements et crée des effets indésirables. Ainsi, la croissance du nombre de numéros RCC remis depuis 2009, lorsque la limitation des admissions a été levée pour les médecins dits de premier recours, et depuis 2012, lorsque la limitation a été totalement levée, est en partie explicable par la régulation temporaire du marché, mais son caractère massif montre également l'insécurité des fournisseurs de prestations qui se sont empressés d'anticiper une nouvelle limitation des admissions. Le Conseil fédéral souhaite par conséquent que l'art. 55a LAMal ne soit pas une nouvelle fois reconduit pour une période limitée, mais qu'une solution satisfaisante pour le long terme prenne le relais.

Le système de santé suisse est en pleine évolution et il doit relever des défis importants, même si les observateurs et la population s'accordent généralement sur les qualités du système et des prestations qui y sont fournies. Ainsi, en raison de l'évolution démographique, le nombre de malades chroniques ne cessera de croître,

¹ Etabli sur la base des données publiées par SASIS SA (www.sasis.ch)

² RO 2013 2065

³ RO 2013 2255

⁴ Données publiées par SASIS SA (www.sasis.ch)

⁵ RO 2000 2305

les soins vont continuer d'évoluer, la croissance du secteur de la santé renforcera les difficultés de financement et, enfin, la complexité et les intérêts contradictoires en présence renforceront la nécessité de piloter le système et d'y développer plus de transparence. Ces défis sont d'une certaine ampleur et le Conseil fédéral s'est donné début 2013 les moyens de les relever en fixant ses priorités dans la stratégie globale *Santé2020*. Au cœur de cette stratégie se trouvent la population et son bien-être : le développement du système de santé doit se faire autour d'eux et de leurs besoins. La problématique de l'offre de soins n'est, dans cette perspective, plus uniquement centrée sur les coûts, mais aussi sur l'accès optimal des assurés aux prestations dont ils ont réellement besoin. Certes, sans régulation du domaine ambulatoire, l'offre croît également, entraînant avec elle la quantité de prestations fournies et donc les coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins. L'organisation optimale de l'approvisionnement en soins est donc une mesure qui permet aussi d'endiguer la hausse des coûts de la santé. Le projet de révision développé dans le présent rapport a pour objectif de réorienter encore plus fortement la fourniture de prestations vers les besoins des assurés. Il remplit l'objectif 4.2 de la stratégie *Santé2020*, qui vise l'amélioration du pilotage de la politique de la santé, notamment par la mise en place de nouvelles solutions de pilotage pour les soins ambulatoires (en particulier hospitaliers), par exemple afin que les cantons puissent réagir à une offre excédentaire ou insuffisante.

Travaux déjà menés

Afin de présenter une solution satisfaisante, applicable à long terme et bénéficiant d'une large assise politique, le projet a été développé dans le cadre d'une procédure participative associant les principaux partenaires concernés. Le 2 septembre 2013 et le 11 février 2014, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a organisé deux tables rondes, présidées par le conseiller fédéral Alain Berset.

Lors de la première table ronde, les partenaires ont reçu un bilan des propositions émises par le passé et devaient répondre à deux questions principales: y a-t-il nécessité d'agir et, le cas échéant, laquelle des mesures présentées pourrait constituer la solution pour le pilotage à long terme du domaine ambulatoire? Les partenaires en présence se sont accordés sur la nécessité d'agir, en mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité de l'offre et non uniquement sur la maîtrise des coûts. L'offre est de qualité notamment lorsqu'elle n'est ni excédentaire ni insuffisante.

Les participants à la seconde table ronde ont reçu une évaluation des aspects positifs et négatifs des trois principaux modèles, soit la liberté de contracter, la différenciation des tarifs et la régulation des admissions. Le document remis contenait également les éléments-clés qui devraient être au centre de la réforme. Les partenaires ont pu donner leur avis sur ces points et exprimer leur position sur l'évaluation des trois solutions. Plusieurs éléments sont ressortis des discussions. Premièrement, l'insécurité et l'imprévisibilité ne sont pas viables pour les acteurs. Ensuite, dans l'optique d'un compromis, le modèle introduisant la régulation du domaine ambulatoire par les cantons est la solution la plus pragmatique. Cependant, ceux-ci ne doivent pas être obligés d'intervenir: ils doivent ne pouvoir utiliser leur compétence de régulation qu'en cas de nécessité. Enfin, il a à nouveau été souligné que la qualité de l'offre doit être au centre d'un modèle dans lequel les partenaires sont impliqués et que ce modèle doit être mis en œuvre autant que possible dans une perspective régionale.

1.2 Dispositif proposé

La modification proposée consiste à réguler le domaine ambulatoire, en mettant l'accent sur la qualité de l'offre de soins. Les cantons auront la possibilité, et non l'obligation, de réguler l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins s'ils constatent une offre excédentaire. Ils se baseront pour se faire sur des critères de qualité. Cette régulation pourra concerner tous les fournisseurs de prestations, et non uniquement les médecins, et devra tenir compte de l'activité des hôpitaux dans le domaine ambulatoire. En cas d'offre insuffisante, les cantons pourront prendre les mesures qu'ils jugeront adéquates, pour autant qu'elles respectent les réglementations nationales et internationales. Le domaine ambulatoire des hôpitaux devra quant à lui être réglé par les cantons dans les mandats de prestations. Le Conseil fédéral n'interviendra dans le pilotage que si le canton ne prend pas de mesures et que l'offre excédentaire se fait ressentir sur les coûts. Une compétence subsidiaire d'intervention sur les valeurs du point tarifaire est prévue.

La régulation des admissions a pu être assimilée à un blocage des admissions, alors qu'il s'agissait pour le canton de n'autoriser les fournisseurs de prestations à pratiquer que lorsque le besoin s'en faisait sentir. Avec le nouveau dispositif proposé, l'autorité cantonale devra dans un premier temps déterminer quel est le besoin d'approvisionnement en soins par rapport à la qualité optimale d'approvisionnement définie. Ce n'est que sur cette base que des mesures d'encouragement ou de régulation pourront être prises. Un des objectifs est que les cantons se coordonnent lorsqu'ils décident de prendre des mesures ou du moins qu'ils observent les dispositions prises par les cantons voisins avant de prendre des mesures. Le pilotage place le canton dans une position centrale, mais leurs partenaires, qu'ils soient fournisseurs de prestations, assureurs ou assurés, joueront un rôle déterminant. Avant de prendre des mesures, le canton doit en effet mettre en place une commission multipartite composée de l'ensemble de ces partenaires. La commission émet une recommandation que le canton est tenu de prendre en considération: s'il décide de s'en écarter, il doit en expliquer les raisons. Ainsi, les partenaires ont la garantie que leur avis est pris en compte et ils obtiendront des explications si le canton prend des mesures qui divergent de leur recommandation. Ce modèle reprend la procédure applicable lorsque le Surveillant des prix prend position sur une augmentation de prix proposée par les parties à un accord et que cette augmentation doit être décidée ou approuvée par une autorité fédérale (art. 14 de la loi fédérale du 20 décembre 1985 concernant la surveillance des prix ; RS 942.20). Le projet contient également une disposition relative à la transmission des données, cette question ayant souvent posé des problèmes par le passé. Grâce à la collaboration prévue dans la commission multipartite notamment, les partenaires devront s'entendre sur les données dont chacun a besoin et sur les modalités de transmission. Le Conseil fédéral aura la possibilité de régler les modalités, ce qui permettra de remédier à d'éventuels blocages.

Ce modèle permet de généraliser les soins de base et de maîtriser l'offre de soins spécialisés. En donnant aux cantons la compétence de réguler l'offre, on garantit une certaine proximité dans l'examen des besoins et on s'assure que les décisions sont motivées par la volonté de fournir une offre de qualité et non par la poursuite d'intérêts économiques uniquement.

1.3

Appréciation de la solution retenue

Par le passé, le Parlement et le Conseil fédéral ont examiné différents projets qui auraient influé sur l'offre de fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire. Les discussions sur la révision partielle de la LAMal relative à la liberté de contracter⁶ se sont cependant heurtées à une non-entrée en matière⁷, tandis que la révision partielle de la LAMal relative au Managed Care⁸ a été rejetée par le peuple le 17 juin 2012⁹. Diverses interventions parlementaires indiquaient les principales directions envisageables. L'Office fédéral de la santé publique les a regroupées afin de les soumettre aux principaux partenaires lors des deux tables rondes organisées par le DFI.

Liberté de contracter

La liberté de contracter consiste à laisser les fournisseurs de prestations et les assureurs choisir leurs partenaires contractuels. Pour pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, les fournisseurs de prestations doivent avoir contracté avec un ou plusieurs assureurs. L'idée qui sous-tend ce modèle est que la demande détermine s'il est nécessaire d'accroître ou de réduire l'offre dans une spécialité ou une région. Différentes variantes de ce modèle ont été proposées, ajoutant des critères afin d'encadrer le marché.

En théorie, la levée de l'obligation de contracter stimule la concurrence entre les fournisseurs de prestations, ce qui permet à terme une amélioration de la qualité et conduit à une baisse des coûts. Cependant, on ne peut exclure que des pressions d'ordre économique prennent le pas sur la liberté de choix des traitements. En outre, l'efficacité du pilotage de l'offre dépend dans ce modèle de la coordination entre les assureurs: si le besoin est déterminé par chaque assureur indépendamment des autres, la qualité de l'approvisionnement ne peut pas s'améliorer. Enfin, la liberté de contracter crée une insécurité économique pour les médecins, puisqu'ils courraient le risque de se voir retirer leur autorisation de pratiquer.

Le Parlement a discuté de ce modèle à de nombreuses reprises. Quelle que soit la variante proposée, la liberté de contracter n'est jamais parvenue à réunir une majorité. Lors de la votation sur la réforme dite du Managed Care, le peuple a clairement montré qu'il souhaitait une entière liberté de choix du fournisseur de prestations. Du point de vue des patients, ni les assureurs (à travers la liberté de contracter) ni en principe les fournisseurs de prestations ne doivent choisir à leur place les praticiens auxquels ils souhaitent s'adresser.

Différenciation des tarifs

Dans la construction de la LAMal, le tarif est la base de calcul de la rémunération. Il est généralement fixé par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations et doit être conforme à la loi, respecter le principe d'équité et satisfaire au principe d'économie. Différentes propositions consistaient à réguler l'offre en instaurant des tarifs différenciés fondés sur différents critères (densité médicale, qualité, spécialité, etc.).

Dans la pratique, une différenciation des tarifs est cependant peu à même de générer une offre de qualité. En effet, il est difficile de fixer le prix «correct» d'une presta-

⁶ FF 2004 4055

⁷ BO 2008 E 1044 et BO 2010 N 1056

⁸ FF 2004 5257

⁹ FF 2012 7159

tion dans une région et celui-ci doit être régulièrement réévalué en fonction de l'évolution de l'offre, ce qui crée une grande insécurité pour les fournisseurs de prestations. Ces derniers ne prennent par ailleurs pas que le critère financier en compte lorsqu'ils décident où ils souhaitent pratiquer leur activité: l'environnement social, l'obligation de participer aux services d'urgences, le cadre de vie, la possibilité d'exercer leur activité à temps partiel sont autant de facteurs importants pesant sur leur décision et réduisant l'influence du tarif. La hausse de tarif doit donc être très importante pour limiter l'influence des autres facteurs et pour que les fournisseurs de prestations acceptent d'être plus mobiles. Conformément au principe de neutralité des coûts, toute hausse de tarif doit par ailleurs être compensée dans un autre domaine de spécialité ou dans une autre région par une baisse de tarif équivalente afin que les coûts du système restent supportables pour les assurés. Du côté des patients et des fournisseurs de prestations, une différenciation créerait des incitations qui ne sont pas souhaitables pour le système. D'une part, avec des soins plus chers dans les régions périphériques que dans les zones urbaines, les patients seraient incités à se faire soigner en ville, ce qui déséquilibrerait le marché. La mobilité des patients n'est en outre pas le but, étant donné que la réforme vise avant tout à offrir à chacun une offre optimale, quelle que soit la région où il habite.

En outre, le Conseil fédéral a indiqué à plusieurs reprises qu'il considère qu'une hausse de la valeur du point fondée uniquement sur un objectif de politique régionale n'est pas conforme au principe d'économie qui régit l'ensemble des tarifs des prestations financées par l'assurance obligatoire des soins.

Ce modèle crée donc trop d'incertitudes et d'incitations défavorables pour que sa mise en œuvre soit envisageable. Les mesures tarifaires ne devraient être envisagées qu'à titre exceptionnel ou comme instrument subsidiaire.

Régulation des admissions

La régulation des admissions était initialement une proposition commune de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé (CDS) et de la Fédération des médecins suisses (FMH). Leur proposition, qui a servi de base à celle qui fait l'objet du présent rapport, visait à s'éloigner de la notion de blocage des admissions pour revenir à celle de régulation par les cantons afin de coller au plus près aux réalités locales d'approvisionnement.

S'appuyant sur les discussions menées lors des tables rondes, le Conseil fédéral a adapté le modèle proposé afin d'accroître le consensus tout en améliorant le projet.

1.4 Adéquation des moyens requis

La réforme proposée donne aux cantons la compétence d'agir. Ils pourront ainsi répondre au plus près aux besoins, afin d'éviter les situations où l'offre est excédentaire ou insuffisante. Les cantons n'ont cependant pas l'obligation d'intervenir, ce qui leur permet de tenir compte de situations problématiques et leur évite de régler lorsque les circonstances ne l'exigent pas. Le projet distingue clairement les situations où l'offre est excédentaire de celles où l'offre est insuffisante. Chaque canton prendra donc uniquement les dispositions qui sont nécessaires dans son cas et il pourra les différencier à l'intérieur de son territoire et selon les types de prestations. Le projet de révision encourage les collaborations, garantes de solutions pragmatiques et consensuelles, ce qui accroît les chances d'acceptation et permet une meilleure collaboration au moment de la mise en œuvre. D'une part, les cantons

doivent se coordonner, ce qui permet de prendre en compte l'insuffisance ou l'excès de l'offre dans les régions à cheval sur plusieurs cantons lorsqu'une autorité envisage de prendre des dispositions. D'autre part, les partenaires seront fortement impliqués dans les processus, sur le modèle de la loi sur la surveillance des prix, et seront tenus de se remettre mutuellement les données nécessaires. La révision garantit ainsi que les mesures seront décidées sur une base consultative et avec des données exhaustives. La compétence subsidiaire prévue pour le Conseil fédéral permet d'inciter les cantons à utiliser leur compétence, car elle permet une évaluation mesurée de la situation et l'adoption de dispositions ciblées. Enfin, le projet respecte les principes de la LAMal, notamment les principes d'économie, d'adéquation et d'efficacité, tout en respectant la compétence cantonale de garantir l'offre de soins. Les différents volets du projet permettront donc d'améliorer l'offre là où c'est nécessaire, tout en garantissant une flexibilité dans les mesures et le respect du cadre légal en place.

1.5 Comparaison avec le droit étranger, notamment européen

Une étude réalisée pour le compte de l'OFSP sur le pilotage de l'offre dans le domaine ambulatoire s'est intéressée aux systèmes et aux réglementations mis en œuvre dans 22 pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)¹⁰ : elle fait ressortir une très grande variété d'approches. Si l'on relève des différences notables pour ce qui touche à l'organisation, au financement et au pilotage de l'approvisionnement en soins médicaux, il existe en revanche un parallélisme important entre les différents pays en matière d'autorisation de pratiquer.

Autorisation de pratiquer

Dans les pays passés en revue, tous les médecins doivent disposer, pour pouvoir exercer, d'une autorisation de pratiquer ou d'une approbation. La Suisse se distingue en ce que le régime de l'autorisation ne concerne que les médecins exerçant à titre indépendant. Les conditions d'obtention d'une telle autorisation ou approbation sont très semblables d'un pays à l'autre (avoir accompli une formation médicale universitaire d'au moins six ans, avoir achevé une formation médicale postgrade, être digne de confiance et présenter les garanties sanitaires nécessaires à l'exercice de la profession), car elles répondent à la directive du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles¹¹, qui pose des conditions minimales de formation universitaire et postgrade identiques pour les Etats membres de l'Union européenne (UE), les Etats membres de l'Association européenne de libre-échange (AELE) et la Suisse. Dans les pays passés en revue, les médecins étrangers originaires de pays avec lesquels il existe une libre circulation des personnes en vertu du droit supranational (droit européen) ou d'un accord ne sont visés par aucune restriction légale au marché ou bien doivent – comme en Suisse – maîtriser la (ou une) langue nationale. Certains pays posent toutefois des restrictions d'accès pour

¹⁰ Rüttsche, Bernhard; Poledna, Tomas; Gigaud, Philippe; Flühler, Nadja. Studie: Angebotssteuerung im ambulanten Bereich – Insbesondere Rechtsvergleich der Zulassungsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten zur Abrechnung zulasten einer (staatlichen) Krankenversicherung; Luzern, 18. Dezember 2013
<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/14851/index.html?lang=fr>

¹¹ Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, JO L 255 du 30.9.2005, p. 22

les médecins provenant de pays tiers (avec lesquels il n'existe pas d'accord de libre circulation des personnes), telles que des examens complémentaires ou des exigences supplémentaires en termes de pratique professionnelle.

Autorisation de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie

Pour ce qui est de l'autorisation de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie ou du service de santé, environ la moitié des pays visés par l'étude connaît, comme la Suisse, une obligation de contracter. Elle est parfois limitée à certains domaines (France : admission automatique des médecins exerçant dans les hôpitaux ; Slovaquie : médecine de premier recours ambulatoire). Aucun des pays étudiés ne pose de restriction légale à l'autorisation de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie pour les médecins étrangers. Seuls la Suède (importante expérience médicale et diplôme de spécialiste) et l'Australie (dix ans d'exercice dans une région où règne une pénurie de médecins) leur imposent des conditions légales d'accès spécifiques.

Pilotage de l'offre

Parmi les pays étudiés, seuls la Belgique et l'Espagne pilotent l'offre par le biais de l'autorisation de pratiquer. La grande majorité des pays pèse plutôt sur le nombre de places offertes dans la formation médicale universitaire. Certains pratiquent également un *numerus clausus* à l'entrée de la formation médicale postgrade (c'est, par exemple, le cas de la France, de la République tchèque et de la Lettonie). L'étude met également en évidence une grande variété de modèles de pilotage de l'offre par le biais du financement public. Ainsi, plusieurs pays (Allemagne, Autriche, Italie, Danemark, Islande, Lettonie, Slovaquie) subordonnent le nombre de contrats ou de médecins admis à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie ou du service de santé, à une évaluation des besoins. En Allemagne, par exemple, les associations des médecins conventionnés établissent un plan des besoins en collaboration avec les associations faïtières des assurances-maladie au niveau des *Länder*. Ce plan doit déterminer l'approvisionnement en soins médicaux en tenant compte des différents groupes de médecins, la densité et la structure démographique ainsi que l'ampleur et la nature de la demande en prestations médicales conventionnées. Il doit également déterminer comment les médecins conventionnés couvriront cette demande et selon quelle affectation géographique. Plusieurs Etats gèrent le volume de l'offre par le biais du budget alloué au financement des prestations médicales (l'Angleterre et la Pologne, par exemple). En Pologne, les soins primaires ambulatoires ne sont pris en charge par le service de santé public que s'ils sont dispensés par un médecin contractuellement lié au fonds national de la santé (NFZ). Tout médecin qui répond à certains critères peut solliciter un contrat avec le NFZ (la caisse-maladie unique), mais la sélection résulte ensuite d'une procédure d'adjudication spéciale. Ainsi, l'offre est indirectement pilotée à travers la prise en charge des prestations médicales par le NFZ. Le Danemark et la Norvège, quant à eux, gèrent l'offre à l'aide, entre autres, d'incitations financières. Ils peuvent, par exemple, mieux rémunérer les prestations trop peu proposées.

Comme il ressort de ce tour d'horizon consacré à d'autres pays de l'OCDE, une grande partie d'entre eux s'est dotée d'outils pour piloter à long terme l'approvisionnement en soins médicaux dans le domaine ambulatoire. En particulier, tous les voisins de la Suisse passés en revue (l'Allemagne, l'Autriche, la France et l'Italie) ont déjà adopté des systèmes leur permettant de réguler soit le nombre de médecins admis à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, soit le volume des prestations qu'ils peuvent fournir à sa charge. La modification de la loi proposée permettra à la Suisse de réglementer elle aussi le domaine ambulatoire.

1.6 Mise en œuvre

En principe, il reviendra aux cantons de déterminer l'offre adéquate et d'en réguler la qualité: s'ils décident d'intervenir, ils se chargeront essentiellement de la mise en œuvre des mesures. Ils devront par ailleurs réguler le domaine ambulatoire des hôpitaux dans le cadre de la planification hospitalière et ce, comme le prévoit l'art. 39, al. 2, en coordination avec les autres cantons.

Le projet pose cependant un cadre:

- Si les cantons décident d'intervenir, ils devront instituer une commission composée de représentants des assurés, des fournisseurs de prestations et des assureurs. Le rôle de la commission et sa composition sont définis dans la loi, les aspects organisationnels sont laissés à l'appréciation des cantons. Des mesures différentes pouvant être prises en fonction des fournisseurs de prestations, la représentation des fournisseurs de prestations au sein de la commission pourra être adaptée pour chaque cas.
- Il appartient aux cantons de décider de limiter les admissions à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins ou de mettre en œuvre des mesures de soutien. Ils se baseront sur des critères de qualité tels que la participation à des programmes de qualité, l'exécution de formations continues dans le domaine de l'assurance de qualité, la participation aux services d'urgence ou la participation à un réseau de soins intégrés. Seuls des critères compatibles avec les réglementations nationales ou internationales pourront être mis en œuvre, aussi certains critères proposés par les partenaires lors des tables rondes ne pourront-ils pas être pris en considération. Exiger une pratique de trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu ne serait ainsi pas compatible avec la libre circulation des personnes. Il n'est par ailleurs pas nécessaire de régler dans la LAMal la maîtrise d'une langue nationale. Effet, les art. 15 et 21 de la loi du 23 juin 2006 sur les professions médicales (LPMéd ; RS 811.11) prévoient déjà la maîtrise d'une langue nationale pour la reconnaissance d'un diplôme ou d'un titre postgrade étranger, dont l'équivalence avec un diplôme ou un titre postgrade fédéral est établie. Lors de la procédure de reconnaissance des diplômes, l'organisme compétent de la Confédération vérifie ces connaissances. Si une reconnaissance du diplôme n'est pas nécessaire, il appartient à l'institution qui souhaite engager la personne de vérifier que ses connaissances linguistiques lui permettront d'effectuer correctement les tâches qui lui seront dévolues.
- Les mesures en cas d'offre insuffisante devront être appropriées, ce qui implique notamment le respect des principes généraux de la LAMal, notamment celui d'économie. Ainsi, toute mesure proposée et adoptée par les autorités cantonales et les commissions consultatives devra systématiquement avoir fait l'objet d'une estimation quant aux effets attendus sur les prix des prestations et sur les coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Le Conseil fédéral devra quant à lui régler certains points par voie d'ordonnance:

- Si un canton décide de réguler l'offre, il devra tout d'abord déterminer l'offre adéquate. La procédure devra être vérifiable et se fonder sur des données fiables. Le Conseil fédéral est donc chargé de fixer des critères minimaux. Fixés dans une ordonnance, ces critères seront avant tout des critères de qualité. Ils se fonderont d'une part sur la pratique pour le domaine stationnaire (par ex.,

l'accès des patients au traitement dans un délai adéquat) et d'autre part sur des éléments qui ont été avancés lors des tables rondes (par ex., le volume de prestations). Les cantons pourront aussi tenir compte de critères supplémentaires.

- Le projet de révision donne au Conseil fédéral la compétence de régler la mise à disposition des données utiles à la détermination de l'offre adéquate et à la mise en œuvre des mesures. Le Conseil fédéral ne mettra toutefois cette compétence en œuvre que de façon subsidiaire, si les partenaires ne sont pas parvenus à s'entendre sur la transmission des données ou s'il s'avère qu'ils l'ont fait de façon incomplète.
- Il suivra la même pratique pour les baisses de tarifs lorsque la hausse des coûts moyens par assuré dans un secteur ambulatoire d'un canton est anormalement élevée. Cette mesure a déjà été proposée au Parlement en 2009 dans le cadre du train de mesures pour endiguer l'évolution des coûts¹². Elle n'avait alors pas rencontré de forte opposition, mais le projet avait échoué au vote final devant le Conseil national¹³ pour d'autres raisons (substitution de médicaments, urgence des mesures). La baisse du tarif ou de la valeur du point tarifaire ne se fera pas en appliquant une formule prédéterminée. Si un secteur montre une hausse des coûts supérieure à la moyenne, le Conseil fédéral décidera de l'opportunité d'une baisse du tarif ou de la valeur du point tarifaire en tenant compte des circonstances. Les données sur l'évolution moyenne des coûts dans les autres cantons pour l'année de comparaison et les données sur l'évolution des coûts des différents domaines dans le canton (par ex., physiothérapie et prestations médicales) sont également utilisées. Les circonstances particulières des différents secteurs (par ex., changement de méthode de traitement ou transfert des traitements du secteur stationnaire au secteur ambulatoire) et les variations significatives de l'évolution des prix et des salaires doivent être prises en compte. Le niveau cantonal des coûts sert en premier lieu à juger du caractère économiquement supportable de l'approvisionnement dans un canton. Cette procédure permet de faire l'économie d'une évaluation, problématique en termes de faisabilité et de temps, des différences cantonales concernant la morbidité et la répartition par tranche d'âge, c'est-à-dire intégrant des facteurs qui influent sur le niveau des coûts de chaque canton et sur lesquels ces derniers n'ont aucune prise. En revanche, compte tenu de la nécessité de consolider les données relatives aux coûts, l'application de la décision du Conseil fédéral n'interviendra pas forcément l'année suivant la hausse constatée des coûts.

1.7 Classement d'interventions parlementaires

De nombreuses interventions parlementaires visent à modifier la législation concernant le domaine ambulatoire et à améliorer la qualité de l'approvisionnement en soins.

Motion 13.3265 «Contre-proposition à la limitation de l'admission des médecins»

Déposée par le conseiller national Jürg Stahl, cette motion charge le Conseil fédéral d'introduire la liberté de contracter à partir d'une certaine densité médicale. Le Conseil national ne l'a pas encore traitée. Le Conseil des Etats a cependant rejeté une motion similaire le 26 septembre 2012 (*motion 12.3638 «LAMal. Introduire la*

¹² FF 2009 5207

¹³ BO 2010 N 1673

liberté de contracter», déposée par le conseiller aux Etats Felix Gutzwiller). Celle-ci chargeait le Conseil fédéral de présenter une révision introduisant la liberté de contracter pour les médecins spécialistes, avec des prescriptions minimales permettant de garantir la densité et la qualité de l'offre de soins. Cette motion prévoyait que les médecins puissent exercer dans le domaine ambulatoire à titre privé, sans être liés contractuellement à une caisse-maladie. Les modèles de la liberté de contracter limitée par la densité médicale et de la liberté de contracter limitée aux spécialistes et avec prescriptions minimales de densité et de qualité ont été soumis aux partenaires lors des tables rondes évoquées au ch. 1.1. Or, seul un très petit nombre d'entre eux sont prêts à envisager ce modèle pour piloter le domaine ambulatoire. Les avantages et inconvénients décrits (cf. ch. 1.3) montrent clairement que la liberté de contracter ne permettrait pas, dans les conditions de marché existantes, d'améliorer la qualité de l'offre.

Interpellation 13.3223 «Adaptation de Tarmed et renforcement de la médecine de famille»

Déposée par la conseillère nationale Ruth Humbel, cette interpellation charge notamment le Conseil fédéral d'indiquer comment il peut exercer son influence pour que les valeurs de certains points tarifaires soient différenciées et plus basses dans les agglomérations où il y a un sur-approvisionnement et plus élevées dans les régions où il y a un risque d'approvisionnement insuffisant. Le Conseil national ne l'a pas encore traitée. Le 4 mars 2014, le Conseil des Etats a rejeté une motion similaire que le Conseil national avait adoptée le 11 septembre 2013 (*motion 11.3888 «Tarification favorable aux médecins de famille»*, déposée par le groupe PDC/PEV/PVL). Cette motion chargeait le Conseil fédéral de soumettre les bases légales permettant d'offrir une tarification favorable aux médecins de famille, notamment en laissant la possibilité de négocier les valeurs de point sur une base régionale différenciée et de créer un deuxième tarif pour les médecins de famille. En ce qui concerne l'encouragement de la médecine de famille, le contre-projet direct à l'initiative populaire «Oui à la médecine de famille», adopté par le peuple le 18 mai 2014 et le plan directeur «Médecine de famille et médecine de base» permettront aux médecins de famille de bénéficier rapidement d'améliorations concrètes, tout en renforçant la médecine de base. Ce plan vise notamment une amélioration de la situation financière des médecins de premier recours. Pour mettre en œuvre au plus vite l'amélioration de la rémunération des prestations fournies par ces médecins prévue par le Masterplan et le mandat parlementaire afférent, le Conseil fédéral va employer pour la première fois la compétence subsidiaire que lui confère l'art. 43, al. 5^{bis}, LAMal et procéder à des adaptations dans la structure tarifaire TARMED par voie d'ordonnance. Cette dernière doit entrer en vigueur au 1^{er} octobre 2014. En revanche, en l'état, les mesures tarifaires évoquées dans l'interpellation 13.3223 ne sont pas envisageables. La compétence subsidiaire prévue à l'art. 43, al. 5bis, LAMal n'autorise pas le Conseil fédéral à fixer la valeur des points tarifaires. De plus, une différenciation basée sur des critères de politique régionale n'est du point de vue du Conseil fédéral pas compatible avec les principes applicables de la LAMal. Enfin, les mesures d'ordre tarifaires ne sont pas à même d'améliorer la qualité de l'offre de soins, comme exposé au ch. 1.3. Notons encore que l'auteur de l'interpellation avait précédemment déposé la *motion 12.3600 «Réintroduire dans la LAMal la régulation du nombre de médecins admis à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie»*, qui chargeait le Conseil fédéral, en cas de rejet du projet de soins intégrés (Managed care), de réintroduire une disposition permettant aux cantons de gérer le nombre de spécialistes admis à pratiquer à la charge de l'assurance

obligatoire des soins. Cette motion avait été adoptée par le Conseil national le 28 septembre 2012 avant d'être rejetée par le Conseil des Etats le 9 décembre 2013, la limitation des admissions ayant été réintroduite dans l'intervalle.

Postulat 12.3783 «Régulation du nombre de médecins. Ne pas répéter les erreurs commises par le passé (2)»

Déposé par le conseiller national Ignazio Cassis, ce postulat charge le Conseil fédéral d'examiner s'il serait préférable de régler l'autorisation d'ouvrir de nouveaux cabinets médicaux sur la base d'un modèle d'enchères plutôt qu'en poursuivant le moratoire sur l'ouverture de nouveaux cabinets. Le Conseil national l'a adopté le 14 décembre 2012, avec le soutien du Conseil fédéral. Dans ce modèle, lors d'une enchère (mise aux enchères inversée où le prix de vente diminue jusqu'à trouver un acheteur), un régulateur proposerait au corps médical un tarif TARMED plus bas; progressivement, il augmenterait le tarif proposé jusqu'à ce qu'un nombre suffisant de médecins se déclarent prêts à travailler dans telle zone et à tel tarif. De l'aveu même de l'auteur du postulat, un système de ce genre ne résoudrait pas le problème de la demande induite par une offre excédentaire de prestations médicales et ne permettrait pas non plus de déterminer le nombre optimal de médecins dans une région. Toutefois, le modèle d'enchères présenterait aussi différents avantages: dans les endroits où il existe une forte densité médicale, les coûts baisseraient, alors que dans les régions périphériques, où une pénurie de médecins s'annonce, des tarifs TARMED plus élevés pourraient attirer davantage de médecins. A noter que, lors de la procédure de consultation sous forme de conférence relative à la réintroduction de la clause du besoin, plusieurs cantons (notamment ZH, TI et SG) ont exprimé leur crainte que les médecins installés en cabinet soient incités à revendre leur cabinet au prix fort, profitant du différentiel important entre l'offre et la demande. Lors de la première table ronde, ce modèle a été présenté aux partenaires, qui l'ont rapidement écarté. Compte tenu des discussions qui ont été menées et de l'analyse des éventuelles conséquences de cette solution (notamment l'insécurité économique pour les médecins ou les incitations non souhaitables pour le système), le Conseil fédéral propose au Parlement de classer le postulat.

Postulat 12.3681 «Régulation du nombre de médecins. Ne pas répéter les erreurs commises par le passé (1)»

Déposé par le conseiller national Ignazio Cassis et adopté par le Conseil national le 14 décembre 2012, ce postulat charge le Conseil fédéral d'examiner si une obligation d'avoir pratiqué trois ans dans un centre de formation continue agréé en Suisse avant de pouvoir pratiquer de façon autonome à la charge de l'assurance obligatoire des soins serait compatible avec la libre circulation des personnes. Une telle réglementation a été ajoutée par le Parlement au projet du Conseil fédéral relatif à la réintroduction urgente et temporaire de la limitation des admissions (art. 55a, al. 2, LAMal). L'administration fédérale a examiné cette question dans le cadre des débats parlementaires et conclu que l'art. 55 de la directive 2005/36/CE¹⁴ interdit de conditionner à une pratique professionnelle préalable ou à une formation supplémentaire l'admission d'un médecin au bénéfice d'un titre reconnu à facturer à charge de l'assurance-maladie. Une telle obligation est donc contraire à la libre circulation des personnes. Les professeurs Cottier et Epiney ont confirmé que la proposition de conditionner l'admission des fournisseurs de prestations à une pratique profession-

¹⁴ Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, JO L 255 du 30.9.2005, p. 25

Art. 40a Mesures en cas d'offre excédentaire

Art. 40a, al. 1

La disposition donne la possibilité aux cantons de limiter l'admission de nouveaux fournisseurs de prestations lorsqu'ils constatent une offre excédentaire en soins ambulatoires, dans une ou plusieurs spécialités médicales ou toute autre profession admise à pratiquer dans le domaine ambulatoire à charge de l'assurance obligatoire des soins. Les médecins, les dentistes pour les prestations à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins, les pharmaciens, les chiropraticiens, les sages-femmes, les laboratoires et les autres fournisseurs de prestations qui dispensent des soins sur prescription (les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les infirmiers, les logopédistes, les orthophonistes, les diététiciens) sont notamment concernés.

En cas de limitation des admissions dans un canton, les fournisseurs de prestations concernés souhaitant pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins devront alors déposer une requête en ce sens auprès du canton. En l'absence de limitation, les fournisseurs de prestations restent automatiquement admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins dès lors qu'ils remplissent les conditions des art. 36 à 40 LAMal.

Art. 40a, al. 2

Les cantons peuvent tenir compte des fournisseurs de prestations pratiquant ou désirant pratiquer à temps partiel, ce qui permet un pilotage plus précis de l'approvisionnement en prestations, en fixant par exemple dans l'admission un volume de prestations à ne pas dépasser pour un ou plusieurs fournisseurs de prestations qui partageraient une admission. Pour l'admission à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire, les cantons se basent en outre sur des critères de qualité tels la participation à un programme de qualité, à un réseau de soins intégrés ou au service d'urgence, ou l'accomplissement de formations spécifiques dans le domaine de l'assurance-qualité.

Art. 40a, al. 3

La disposition prévoit un délai pour faire usage d'une nouvelle admission, de manière à éviter une thésaurisation des admissions qui rendrait inapplicable un pilotage des prestations par ce biais. Ce délai est repris de l'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (OLAF; RS 832.103) arrivant à échéance le 30 juin 2016, qui prévoit par ailleurs que les cantons peuvent le prolonger.

Art. 40a, al. 4

La possibilité pour le canton de réduire ou de retirer son admission à un fournisseur de prestations qui s'écarterait nettement des conditions fixées par le canton constitue un nouvel instrument de contrôle qui n'existait pas de manière formelle. Ainsi, le canton pourra prendre des mesures plus ou moins fortes s'il s'avère qu'un fournisseur de prestations ne respecte pas le volume prédéfini, la discipline particulière pour laquelle il a obtenu son admission à pratiquer ou toute autre condition fixée par le canton lors de l'admission. Par exemple, un médecin qui aurait été admis comme médecin de premier recours mais pratiquerait l'ophtalmologie risquerait de perdre

son admission ou de la voir convertie (par exemple en y intégrant la mention d'un taux d'activité consacré à l'ophtalmologie, pour autant que le besoin existe dans le canton).

Art. 40a, al. 5

Les droits acquis des fournisseurs de prestations admis à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire sont maintenus lors de l'entrée en vigueur de la limitation des admissions dans le ou les cantons où ils pratiquent déjà à charge de l'assurance obligatoire des soins, ce qui permet de garantir leur sécurité économique.

Art. 40b Mesures en cas d'offre insuffisante

Art. 40b, al. 1

S'ils constatent une situation de sous-approvisionnement, les cantons peuvent prendre des mesures appropriées pour soutenir l'installation de fournisseurs de prestations. Ils peuvent par exemple mettre à leur disposition l'infrastructure nécessaire ou les fonds pour l'acquisition de cette infrastructure et apporter leur garantie pour son financement.

Art. 40b, al. 2

Les cantons sont libres d'assortir leurs mesures de soutien de conditions. Ils se basent sur des critères de qualité tels la participation à un programme de qualité, à un réseau de soins intégrés ou au service d'urgence, ou l'accomplissement de formations spécifiques dans le domaine de l'assurance-qualité. Il serait également envisageable de lier les mesures de soutien à un volume d'activité défini.

Art. 40c Mise en œuvre des mesures

Art. 40c, al. 1

L'offre adéquate n'est volontairement pas définie de manière uniforme dans la loi. Ainsi, les cantons peuvent définir l'offre adéquate sur leur territoire, en fonction notamment des particularismes régionaux (ville – campagne, accessibilité, langue etc.). Toutefois, pour garantir que l'approvisionnement adéquat sera déterminé de manière transparente et uniforme, les critères minimaux nécessaires seront fixés par le Conseil fédéral par voie d'ordonnance. Certaines dispositions seront définies par analogie avec les dispositions régissant la planification du domaine hospitalier. Par exemple, les cantons devront s'appuyer sur une démarche vérifiable, se fonder sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons. D'autres critères devront être appliqués, tels que l'accès des patients au traitement dans un délai adéquat et le volume des prestations. Les cantons pourront appliquer des critères supplémentaires tenant compte de leurs particularismes.

Art. 40c, al. 2

Un approvisionnement excédentaire ou insuffisant peut être constaté non seulement sur l'ensemble d'un territoire cantonal, mais aussi dans une région. La notion de région n'est pas définie, pour laisser une plus grande marge de manœuvre aux cantons. Ils tiennent compte non seulement des fournisseurs de prestations en cabinet ou

dans des institutions de soins au sens de l'art. 36a, mais aussi de l'activité des hôpitaux dans ce domaine. Celle-ci est définie dans le cadre des contrats de prestations (art. 39, al. 1^{bis}). Contrairement à l'ancienne limitation des admissions, le Conseil fédéral ne fixera pas lui-même le nombre maximum de fournisseurs de prestations par région et par domaine de spécialité.

Art. 40c, al. 3

Il est souhaitable que les cantons envisagent l'approvisionnement en soins dans une perspective régionale, raison pour laquelle, la disposition prévoit que ces derniers doivent se coordonner en tenant compte de l'approvisionnement des cantons voisins. Dans ce contexte, une région n'est pas équivalente à une région de primes.

Art. 40c, al. 4

Afin de garantir le droit d'être entendu aux principales parties concernées, le canton qui entend faire usage de la nouvelle compétence introduite dans la loi doit instituer une commission multipartite, composée au moins de représentants des fédérations d'assurés, des fédérations des fournisseurs de prestations (en particulier des fournisseurs de prestations concernés par les mesures) et des fédérations d'assureurs. Les cantons bénéficient d'une certaine latitude pour régler l'organisation formelle de la commission. Comme dans la pratique actuelle en matière de surveillance des prix, avant de rendre une décision, les cantons devront consulter la commission de manière formelle, que ce soit sur la détermination de l'approvisionnement adéquat ou sur les mesures envisagées. Ils devront également lui soumettre des estimations des effets des mesures envisagées sur les coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Le canton devra tenir compte de manière appropriée de la recommandation de la commission, en particulier s'il s'écarte de la recommandation. Cette disposition assure que les parties concernées seront correctement consultées et que le canton devra tenir compte de manière transparente de leur recommandation. Le fait de réunir l'ensemble des parties concernées dans une commission doit permettre l'émergence de mesures consensuelles et amener une plus grande transparence. Les situations de blocages devraient ainsi pouvoir être évitées.

Art. 40c, al. 5

Les cantons, les assureurs et leurs fédérations ainsi que les fournisseurs de prestations et leurs fédérations devront mettre gratuitement à la disposition du canton, des assureurs et de la commission multipartite toutes les données nécessaires à la détermination de l'approvisionnement et à la mise en œuvre et au suivi des mesures. Les données devront aussi permettre d'estimer les effets des mesures envisagées sur les coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Avec l'art. 96, le Conseil fédéral dispose en outre d'une compétence subsidiaire pour préciser par voie d'ordonnance la remise des données nécessaires à la détermination de l'approvisionnement adéquat et à la mise en œuvre des mesures pour le cas où les parties impliquées ne parviendraient pas à s'entendre ou le feraient de manière incomplète.

Art. 53, al. 1

La modification de cet alinéa introduit la possibilité d'un recours au Tribunal administratif fédéral (TAF) contre une décision cantonale prise dans le cadre de l'application des nouveaux art. 40a et 40b. La possibilité de recours contre une telle décision garantit une certaine transparence et permet le développement d'une jurisprudence en la matière.

La possibilité d'un recours dans le cadre de l'application de l'art. 55a est supprimée, ce dernier n'étant plus en vigueur à partir du 1^{er} juillet 2016.

Art. 53, al. 2, let. e

L'art. 53, al. 2, a été voulu par le Parlement lors de la révision de la LAMal concernant le financement hospitalier. La planification hospitalière constitue un instrument qui permet aux cantons de diminuer notablement leurs coûts lorsqu'ils établissent une planification qui correspond vraiment aux besoins, mais les compétences cantonales de planification pouvaient être enrayées par une accumulation de recours déposés par les établissements hospitaliers exclus de la planification et une procédure juridique longue. Le temps de recours, les échanges d'écriture et le pouvoir de cognition du Conseil fédéral (aujourd'hui TAF) ont donc été limités. La let. e de cette disposition limite l'appréciation du TAF à l'examen de la légalité de la mesure, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (de l'autorité en question, à savoir le canton), et la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents. Afin de garantir l'efficacité dans l'application des mesures prises au sens des art. 39, al. 1bis, 40a et 40b, il est également souhaitable que l'opportunité des décisions prises par les cantons ne soit pas contestée, sans pour autant remettre en question le contrôle de la légalité, qui permet de vérifier que les limites dans lesquelles l'acte contesté reste légal ne sont pas violées.

Art. 55b, al. 1

Cette mesure a déjà été proposée au Parlement en 2009 dans le cadre du train de mesures pour endiguer l'évolution des coûts. Elle n'avait alors pas rencontré de forte opposition, mais le projet avait échoué au vote final devant le Conseil national pour d'autres raisons (substitution de médicaments, urgence des mesures).

La délégation au Conseil fédéral de la compétence de baisser, par voie d'ordonnance, le tarif ou la valeur du point tarifaire est une nouvelle mesure. Ce transfert de compétence lui permettra d'intervenir rapidement et assurera une mise en œuvre uniforme au cas où les cantons ne prendraient pas de mesures au sens de l'art. 40a, alors qu'un sur-provisionnement et une croissance anormale des coûts sont constatés. Cette décision obéit à la procédure normale qui prévoit la consultation du Surveillant des prix. La baisse du tarif ou de la valeur du point tarifaire toucherait les fournisseurs de prestations concernés par une ou plusieurs conventions ou décisions tarifaires, tels que le corps médical ou le secteur ambulatoire des hôpitaux d'un canton. Pour déterminer si la hausse des coûts est supérieure à la moyenne dans un canton, celle-ci est comparée avec l'évolution moyenne des coûts pour l'ensemble de la Suisse. Dans le cas où l'augmentation des coûts pour un domaine dépasse de plus de deux points de pourcentage l'augmentation des coûts pour l'ensemble de la Suisse, le Conseil fédéral peut, pour une durée d'un an, réduire de 10 % au plus le tarif correspondant. Le critère de deux points de pourcentage rend la mesure prévisible et permet de garantir l'égalité de traitement tout en offrant une

certaine marge de tolérance. La perspective d'une baisse conséquente des tarifs pouvant aller jusqu'à 10 pourcents devrait, par son ampleur, inciter les cantons à prendre leurs responsabilités envers la communauté des assurés.

Art. 55b, al. 2

La baisse du tarif édictée dans une ordonnance pourra être maintenue aussi longtemps que la hausse moyenne des coûts par assuré dans le secteur ambulatoire concerné de ce canton restera supérieure à la hausse moyenne nationale, ou tant que le canton n'aura pas pris des mesures adéquates.

Art. 55b, al. 3

Le Conseil fédéral ne fera usage de sa compétence de baisser les tarifs que de manière subsidiaire si les cantons ne prennent pas d'eux-mêmes les mesures nécessaires fixées à l'art. 40a, al. 3. Les circonstances particulières ainsi que les variations significatives de l'évolution des prix et des salaires seront prises en compte. Les cantons devront être consultés préalablement.

Art. 55b, al. 4

Selon l'art. 55, les autorités d'approbation ont la possibilité de geler les tarifs dans des conditions bien précises. Or, l'application de cet article est une tâche lourde et de longue haleine, en particulier à cause de la répartition des compétences. De plus, le gel des tarifs ne s'avérerait pas suffisamment efficace en cas de hausse des coûts due à une offre excédentaire. L'art. 55b est donc nécessaire et dans le cadre de sa mise en œuvre, l'art. 55 n'est pas applicable.

3 Conséquences financières

Globalement, les nouvelles dispositions auront un effet positif sur les coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins et donc sur les primes payées par les assurés. La régulation des admissions aura un effet à la baisse ou au moins stabilisateur sur les coûts. En limitant l'accès au marché pour certains fournisseurs de prestations, on limite en effet la demande induite par les surcapacités. Les mesures prévues à l'art. 40a auront donc un effet positif sur les primes. La compétence subsidiaire du Conseil fédéral de baisser les tarifs, prévue à l'art. 55b, aura aussi un impact positif sur les primes.

Pour la Confédération, l'effet positif sur les primes se traduira par un allègement des subsides alloués aux cantons pour la réduction des primes des assurés de condition modeste. Aucune ressource supplémentaire de la Confédération ne devrait résulter de la mise en œuvre de la mesure prévue à l'art. 55b.

Pour les cantons aussi, l'effet sur les primes se traduira par une baisse des coûts liés aux réductions de primes pour les assurés de condition économique modeste. La planification des hôpitaux dans le domaine ambulatoire devrait permettre des économies à ce niveau. Les mesures de soutien au sens de l'art. 40b pourraient générer des dépenses supplémentaires pour les cantons. Ils seront toutefois libres de les mettre en œuvre ou d'y renoncer.

4 Relation avec le droit international

4.1 Le droit de l'Union européenne

Aux termes de l'art. 3 du traité sur l'Union européenne¹⁵, l'Union européenne 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)¹⁶. L'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP)¹⁷ est pour sa part entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. 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, conformément à l'annexe I de l'accord, les ressortissants d'une partie contractante qui séjournent légalement sur le territoire d'une autre partie contractante ne doivent pas être discriminés en raison de leur nationalité (art. 2 ALCP) et 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 européenne 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 coordination des régimes nationaux de sécurité sociale est mise en œuvre par le règlement (CE) n° 883/2004¹⁸ et par son règlement d'application n° 987/2009¹⁹, auxquels la Suisse a adhéré. .

4.2 Les instruments du Conseil de l'Europe

La Charte sociale européenne du 18 octobre 1961²⁰ est le pendant de la convention européenne des droits de l'homme²¹ pour les droits économiques et sociaux. Le droit

¹⁵ JO C 191 du 29.7. 1992

¹⁶ JO C 306 du 17.12.2007

¹⁷ RS **0.142.112.681**

¹⁸ Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale. Modifié par: Règlement (CE) no 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (JO L 284 du 30.10.2009, p. 43). Adapté selon l'annexe II à l'accord sur la libre circulation des personnes entre la Communauté européenne et ses Etats membres d'une part, et la Suisse d'autre part (avec annexes) 0.831.109.268.1

¹⁹ Règlement (CE) no 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 (avec annexes) 0.831.109.268.11

²⁰ <http://conventions.coe.int/treaty/fr/treaties/html/035.htm>

²¹ RS **0.101**

lement préjudice à la liberté de circulation des médecins étrangers issus de pays membres de l'UE ou de l'AELE. Ainsi, les personnes originaires de ces pays qui ont accompli la formation médicale postgrade requise par les accords sur la libre circulation dans un établissement étranger de formation reconnu doivent en sus, pour être admises à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie, exercer trois ans dans un établissement de formation suisse dans le même domaine spécialisé. Cette condition supplémentaire équivaut donc à une discrimination indirecte et est problématique au regard du droit international. Non seulement entre-t-elle en conflit avec les accords sur la libre circulation, mais encore est-elle en contradiction avec le droit constitutionnel suisse. La liberté économique impose en effet à l'Etat de traiter de manière égale les concurrents directs, par exemple, les médecins suisses et les médecins issus de pays membres de l'UE ou de l'AELE. De l'avis du Tribunal fédéral, il doit donc garantir que toute réglementation de l'accès repose uniquement sur des critères objectivement fondés et tenant compte de manière appropriée des principes de la concurrence (ATF 130 I 26, consid. 4.5, p. 43). Pour ces raisons, ce critère controversé n'a pas été repris dans le projet qui fait l'objet de ce rapport.