



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

**Département fédéral de l'intérieur**  
Office fédéral de la santé publique

# **Rapport explicatif**

## **relatif à la modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (rémunération du matériel de soins)**

**Ouverture de la procédure de consultation**

# 1

## Contexte

### 1.1

#### Nécessité d'agir et objectifs visés

Depuis l'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2011 du nouveau régime de financement des soins, les prestations fournies dans un établissement médico-social (EMS) ou sous forme ambulatoire sont financées par l'assurance obligatoire des soins (AOS), par la personne assurée et par le canton (art. 25a, al. 1, 4 et 5, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie [LAMal]<sup>1</sup>). L'AOS verse une contribution en fonction des besoins en soins et la personne assurée assume un montant s'élevant au plus à 20 % de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Les cantons règlent le financement résiduel.

Après l'introduction du nouveau régime de financement, des divergences d'interprétation des dispositions légales sont apparues au sujet de la rémunération du matériel de soins utilisé par le personnel soignant. Les assureurs-maladie considéraient que ce matériel faisait partie des soins et qu'il ne pouvait pas leur être facturé en plus, alors que les fournisseurs de prestations considéraient qu'une facturation séparée était possible. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a alors jugé nécessaire d'organiser des rencontres entre les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs pour discuter du problème. Celles-ci ont eu lieu en 2014 et 2015. En 2015, des procédures engagées devant les tribunaux par des assureurs-maladie contre des décisions cantonales fixant la rémunération du matériel de soins utilisé par le personnel soignant ont mis fin à ces discussions.

Dans son avis relatif à la motion Humbel 14.4292 « Prise en charge des prestations fournies par les EMS. Un peu de bon sens », le Conseil fédéral a relevé qu'il y avait lieu de distinguer le matériel entrant dans le champ d'application de la liste des moyens et appareils (LiMA)<sup>2</sup> et celui utilisé lors de la fourniture des prestations de soins. Il a aussi précisé que, pour ce dernier, la législation ne prévoit pas de facturation séparée et que le matériel servant à fournir les prestations définies à l'art. 7, al. 2, de l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)<sup>3</sup> fait partie intégrante des prestations, qu'il figure dans la LiMA ou non. Enfin, il a rappelé que conformément à l'art. 20 OPAS, la LiMA sert uniquement au remboursement des moyens et appareils remis sur prescription médicale par un centre de remise et utilisés par l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel impliqué dans l'examen ou le traitement.

Les procédures judiciaires susmentionnées ont donné lieu aux arrêts C-3322/2015 du 1<sup>er</sup> septembre 2017<sup>4</sup> et C-1970/2015 du 7 novembre 2017<sup>5</sup>, par lesquels le Tribunal administratif fédéral a confirmé que le matériel de soins utilisé par le personnel soignant fait partie intégrante des prestations. Ce matériel ne peut donc pas faire l'objet d'une rémunération séparée et doit être rémunéré par les trois agents payeurs (AOS, cantons resp. communes et personnes assurées) selon la clé de répartition du financement des soins.

1 RS 832.10

2 RS 832.112.31

3 RS 832.112.31

4 ATAF 2017 V/6

5 Non publié

Depuis ces arrêts, les discussions avec les acteurs concernés ont repris en avril 2018 sur l'initiative de l'OFSP. Elles ont notamment permis d'estimer les coûts du matériel de soins pour les EMS et les soins ambulatoires (environ 55 et 10 millions de francs respectivement). Pour la majorité des participants à ces séances de discussions, la future réglementation ne devrait plus faire de distinction entre l'utilisation du matériel de soins par le patient lui-même et l'utilisation par le personnel soignant.

## **1.2 Solutions étudiées et solution retenue**

Le projet vise à supprimer la distinction en matière de rémunération entre le matériel de soins utilisé par le patient lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel et celui utilisé par le personnel soignant, par l'ajout d'un financement séparé des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques pour les soins visés à l'art. 25a, al. 1 et 2, LAMal. Dans le domaine des soins ambulatoires, une grande partie du matériel est de toute manière aussi bien utilisée par le patient que par le personnel soignant.

Le matériel se subdivise en trois grandes catégories :

- Catégorie A : produits consommables simples en lien direct avec les soins (par ex. gants, gaze, produits désinfectants, masque et vêtement de protection) et matériel et appareils à usage multiple pour différents patients (par ex. tensiomètres, stéthoscopes, thermomètres médicaux, oreillers ergonomiques spéciaux, instruments réutilisables tels que ciseaux et pincettes).
- Catégorie B : moyens et appareils pour le diagnostic et la thérapie de la maladie selon la LiMA (par ex. matériel d'incontinence, matériel pour pansement, inhalateurs, matériel de stomathérapie, traitement compressif, accessoires pour trachéostomes), utilisés par l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel ou utilisés par le personnel soignant.
- Catégorie C : moyens et appareils qui ne peuvent pas être utilisés par le patient lui-même ou par un intervenant non professionnel (par ex. système de traitement par pression négative, ventilation à domicile).

Le matériel de la catégorie A est rémunéré conformément au nouveau régime de financement des soins. Une prescription médicale pour les soins est suffisante pour délivrer ce type de matériel.

La suppression de la distinction concernant l'agent qui utilise le matériel suppose que le financement soit garanti par un même agent payeur. La rémunération par l'AOS du matériel figurant dans la LiMA et utilisé par le patient lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel n'étant pas remise en cause, la rémunération du matériel utilisé par le personnel soignant devra être également effectuée par le biais de l'AOS. En conséquence, le matériel des catégories B et C qui est délivré sur ordonnance médicale et remis par un centre qui respecte les conditions fixées à l'art. 55 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)<sup>6</sup> sera rémunéré uniquement

par l'AOS, selon les règles fixées dans la LiMA ou dans les conventions tarifaires entre assureurs-maladie et EMS ou fournisseurs de prestations de soins ambulatoires.

Le Conseil fédéral a écarté l'idée de financer le matériel de soins par une augmentation des contributions aux soins, parce qu'elle ne couvrirait pas l'ensemble des situations, notamment celles dans lesquelles le matériel de la catégorie C est utilisé. Il n'est en effet pas exclu qu'il reste des situations dans lesquelles du matériel particulièrement cher ou très spécifique soit utilisé et que cette augmentation ne suffise pas à couvrir le coût de ce matériel. Pour avoir une approche plus complète et plus différenciée en fonction de la situation, le projet prévoit un financement individuel selon le système de la LiMA ou selon un système forfaitaire par le biais de conventions conclues entre assureurs-maladie et EMS ou fournisseurs de prestations de soins ambulatoires pour un certain nombre de matériel qui sera déterminé par le Conseil fédéral.

La question du financement du matériel de soins est aussi importante pour les soins aigus et de transition (art. 25a, al. 2, LAMal). Ces soins peuvent être prescrits par un médecin de l'hôpital à la suite d'un séjour hospitalier pour une durée maximale de deux semaines et ne diffèrent pas en principe des prestations de soins de l'art. 25a, al. 1, LAMal. En effet, l'art. 7, al. 3, OPAS dispose que les soins aigus et de transition sont les prestations mentionnées à l'al. 2 de ce même article. Par contre, il en va différemment de leur financement. Les soins aigus et de transition sont rémunérés selon la même clé de financement que pour le financement hospitalier (art. 49a LAMal et art. 7b OPAS). Les cantons et les assureurs-maladie couvrent exclusivement les coûts des soins, tandis que les coûts de séjour (hébergement et assistance) restent à la charge de l'assuré. Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent de forfaits pour les soins aigus et de transition par convention. Selon la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral, les prestations comprennent actuellement le matériel utilisé par le personnel soignant. Plusieurs possibilités de financement pour le matériel de soins seraient envisageables. Comme il s'agit de soins fournis sur une durée courte et déterminée, prévus par le législateur pour répondre à une situation particulière à la suite d'une hospitalisation, et par souci de simplification, le régime retenu est similaire à celui proposé pour les soins prévus à l'art. 25a, al. 1, LAMal. Ainsi, pour les soins aigus et de transition, le matériel des catégories B et C utilisé lors de la fourniture des soins est rémunéré séparément par l'AOS, selon les règles fixées dans la LiMA ou dans les conventions tarifaires entre assureurs-maladie et hôpitaux, EMS ou fournisseurs de prestations de soins ambulatoires. Le matériel A fait partie des forfaits convenus pour les soins.

### **1.3 Relation avec le programme de la législature et avec les stratégies du Conseil fédéral**

Le projet n'a été annoncé, ni dans le message du 27 janvier 2016 sur le programme de la législature 2015 à 2019<sup>7</sup>, ni dans l'arrêté fédéral du 14 juin 2016 sur le programme de la législature 2015 à 2019<sup>8</sup>.

<sup>7</sup> FF 2016 981

<sup>8</sup> FF 2016 4999

## **1.4 Interventions parlementaires**

### **Motion de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) 18.3710 « Produits figurant sur la LiMA. Prise en compte par les prestataires de soins »**

Par cette motion déposée le 6 juillet 2018, la CSSS-N charge le Conseil fédéral de créer les conditions juridiques nécessaires pour que les prestataires des soins visés à l'art. 25a LAMal puissent prendre en compte les produits figurant sur la LiMA aussi bien lorsqu'ils sont utilisés par la personne assurée elle-même que lorsqu'ils sont utilisés par le personnel soignant.

Le Conseil fédéral avait proposé le rejet de cette motion le 5 septembre 2018. Le Conseil national l'a cependant adoptée le 19 septembre 2018. Le conseiller fédéral Alain Berset a expliqué lors de la séance du Conseil des États du 20 juin 2019 que, pour des raisons formelles, le Conseil fédéral continuait de préconiser le rejet de cette motion. Toutefois, il a indiqué que si cette motion devait être acceptée, elle irait dans le sens des travaux que l'OFSP avait d'ores et déjà entrepris. Le Conseil des États a adopté la motion lors de cette séance.

Le présent projet répond à la demande formulée dans cette motion.

## **2 Présentation du projet**

### **2.1 Réglementation proposée**

La LAMal définit les prestations à la charge de l'AOS. Selon l'art. 34 LAMal, les prestations autres que celles prévues ne sont pas rémunérées par les assureurs-maladie. Le matériel utilisé dans le cadre des soins prodigués par le personnel professionnel fait en principe partie intégrante des prestations et il est rémunéré selon les tarifs applicables. À l'heure actuelle, seuls les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques qui sont utilisés par le patient lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel sont pris en charge par l'AOS séparément, pour autant qu'ils figurent dans la LiMA.

Dans beaucoup de situations, il est très difficile voire impossible pour les assureurs de faire la distinction entre le matériel utilisé par le patient lui-même ou un intervenant non professionnel et celui utilisé par le personnel soignant lorsque le matériel est remis par la pharmacie sur ordonnance médicale. Le problème se pose notamment pour le matériel d'incontinence ou les pansements, mais aussi pour des appareils, tels que ceux pour la ventilation assistée à domicile : s'ils sont bien installés et contrôlés par le personnel soignant, ils sont utilisés le reste du temps par le patient.

La réglementation proposée simplifie la rémunération du matériel de soins des catégories B et C : celle-ci ne dépendra plus de la personne qui utilise effectivement le matériel (le patient, lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel, ou le personnel soignant des EMS et des fournisseurs de soins ambulatoires) et relèvera uniquement de l'AOS, alors que jusqu'ici le matériel utilisé par le personnel soignant était rémunéré par le biais du financement des soins. Dans le cadre des soins aigus et de transition, ce matériel ne sera plus rémunéré par l'AOS et les cantons mais uniquement par l'AOS. La nouvelle base légale permettra également au Conseil fédéral de

désigner les moyens et appareils pour lesquels une rémunération forfaitaire est envisageable par voie de convention entre assureurs-maladie et EMS ou fournisseurs de prestations de soins ambulatoires ainsi qu'entre assureurs et hôpitaux lors de soins aigus et de transition.

## **2.2 Adéquation des moyens requis**

Le financement du matériel de soins est actuellement effectué par l'AOS, le patient et le canton ou la commune, comme précisé par le Tribunal administratif fédéral. Les contributions de l'AOS et du patient sont fixes. Il existe par contre de grandes disparités entre les cantons pour le financement résiduel, ce qui peut entraîner pour les patients le risque de ne plus avoir accès au matériel de soins nécessaire en raison de coûts qui ne seraient pas couverts. De plus, pour les assureurs-maladie, il est difficile sinon impossible de vérifier si le matériel facturé selon les règles de la LiMA n'est utilisé que par le patient lui-même ou un intervenant non professionnel, condition nécessaire à son remboursement par l'AOS. La charge administrative nécessaire pour distinguer les deux types d'usage est trop importante pour les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie. Le projet permettra une rémunération uniforme dans toute la Suisse, quel que soit l'agent qui utilise le matériel. En outre, comme les catégories B et C de matériel de soins seront rémunérées par l'AOS uniquement, les assureurs-maladie pourront exercer la surveillance nécessaire au contrôle des factures sur la base des infrastructures et du savoir-faire dont ils disposent, ce qui permettra d'éviter des doublons entre assureurs-maladie et cantons.

## **2.3 Mise en œuvre**

Le projet permet la prise en charge par l'AOS des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques utilisés par le personnel soignant en sus des contributions prévues par l'art. 25a, al. 1, LAMal et des forfaits prévus à l'art. 25a, al. 2, LAMal. Les dispositions d'exécution relatives aux moyens et appareils diagnostiques et thérapeutiques sont contenues dans l'OAMal, l'OPAS et son annexe 2 (LiMA).

Actuellement, l'OPAS prévoit que l'AOS octroie uniquement un remboursement pour les moyens et appareils thérapeutiques ou diagnostiques utilisé par le patient lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel. Pour que l'AOS puisse rembourser également des moyens et appareils utilisés par le personnel soignant, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) devra modifier l'OPAS. Il lui appartiendra également de régler la prise en charge des catégories A, B et C. La LiMA sera notamment subdivisée en deux parties comprenant respectivement le matériel des catégories B et C. Le matériel de la catégorie B utilisé par l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel ou celui utilisé par les fournisseurs de soins ambulatoires sera rémunéré de manière individuelle, jusqu'au montant maximal de remboursement prévu par la LiMA. Pour la remise par les EMS, une réduction de 10 à 20 % sur ce montant sera appliquée. En effet, les montants maximaux de la LiMA sont conçus pour une distribution à un seul patient et ne correspondent pas aux prix habituels dans le commerce de gros. Or, en EMS il n'y a pas de trajet vers chaque patient de sorte que la disponibilité des stocks de matériel communs pour tous leurs patients permet une ges-

tion économique. La rémunération de la catégorie C de matériel se fera aussi de manière individuelle, pour les fournisseurs de soins ambulatoires et les EMS, jusqu'au montant maximal de remboursement prévu par la LiMA. La création d'une liste mentionnant tout le matériel de la catégorie A n'est pas envisagée.

### **3** **Commentaire des dispositions**

#### *Art. 25a, al. 1 et 2*

Les compléments apportés à ces deux alinéas permettent de rendre transparent le fait que les contributions prévues par l'art. 25a, al. 1 LAMal et les forfaits prévus à l'art. 25a, al. 2 LAMal n'épuisent pas les prestations de l'AOS. La prise en charge par l'AOS des appareils et moyens diagnostiques ou thérapeutiques en sus des contributions et des forfaits est ainsi rendue possible.

#### *Art. 52, al. 1, let. a, ch. 3*

La compétence du DFI d'édicter des dispositions sur l'obligation de prise en charge et l'étendue de la rémunération des moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques sur ordonnance médicale est élargie à ceux utilisés lors de la fourniture de soins par les EMS et les fournisseurs de prestations de soins ambulatoires ainsi que lors de la fourniture de soins aigus et de transition par les EMS, les fournisseurs de prestations de soins ambulatoires et les hôpitaux.

#### *Art. 52, al. 3*

Cette modification permet au Conseil fédéral d'offrir, pour un certain nombre de moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques, la possibilité aux assureurs-maladie et aux EMS ou au fournisseurs de prestations de soins ambulatoires de conclure des conventions pour un remboursement forfaitaire. Cette possibilité sera également donnée aux hôpitaux lors de soins aigus et de transition.

## **4** **Conséquences**

### **4.1** **Conséquences pour la Confédération**

Le projet entraîne une charge financière supplémentaire pour la Confédération, étant donné que l'extension prévue de la prise en charge par l'assurance-maladie fait augmenter les coûts bruts de l'AOS (cf. point 4.3). Cela provoque automatiquement une augmentation des subsides fédéraux accordés aux cantons concernant la réduction individuelle de primes (RIP), puisque ceux-ci correspondent à 7,5% des coûts bruts de l'AOS. L'augmentation des coûts à charge de l'assurance-maladie estimée à 65 millions de francs fait ainsi augmenter les subsides fédéraux pour la RIP à hauteur de 4,9 millions de francs par an.

L'adoption du projet n'aura pas de conséquences sur les ressources en personnel de la Confédération.

## **4.2**

### **Conséquences pour les cantons et les communes, ainsi que pour les centres urbains, les agglomérations et les régions de montagne**

La loi actuelle ne permet pas la rémunération par l'AOS de matériel de soins utilisé par le personnel soignant en plus de celle prévue par le financement des soins, comme l'a confirmé le Tribunal administratif fédéral. Par conséquent, les coûts du matériel de soins qui ne sont pas couverts par la contribution aux soins versées par l'AOS et par la contribution du patient doivent être pris en charge par les cantons ou les communes.

Selon les chiffres fournis par les acteurs de la santé, les coûts du matériel figurant dans la LiMA facturé par les EMS sont estimés à 58 millions de francs en 2017. Comme la part du matériel utilisé par le patient lui-même est estimé à 5%, les coûts du matériel figurant dans la LiMA utilisé par le personnel soignant s'élèveraient à environ 55 millions de francs. Pour les organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmiers indépendants, le coût total du matériel facturé selon les règles de la LiMA est estimé à 10 million de francs en 2017 ; le pourcentage de ce matériel utilisé par le patient lui-même n'est pas connu. Le coût total du matériel LiMA à la charge des cantons et des communes est donc de 65 millions de francs par an. Ce chiffre a été estimé sur la base des données disponibles récoltées lors des travaux destinés à établir la transparence dans le domaine du matériel de soins. Il correspond à la réduction de la charge financière des cantons et des communes qu'entraînera la modification de la loi. Il faut toutefois considérer qu'une partie des moyens et appareils utilisés lors de la fourniture de soins ne figurent pas dans la LiMA (par ex. système de traitement par pression négative) et qu'il n'existe pas d'estimation des coûts qui en découlent.

## **4.3**

### **Conséquences financières pour l'assurance-maladie**

Le projet permettra de rémunérer de manière spécifique par l'AOS le matériel de soins des catégories B et C utilisés lors de la fourniture de soins. L'augmentation de la charge financière de l'AOS (65 millions de francs par an) correspond au montant économisé par les cantons et les communes. Elle représente une part de 0,2 % des coûts totaux de l'AOS (32 318 millions de francs en 2017).

Les coûts bruts des produits figurant dans la LiMA facturés à la charge de l'AOS s'élevaient à 720 millions de francs en 2017 et représentaient ainsi 2,2 % des coûts totaux de l'AOS. Les conséquences financières du projet sur les primes de l'assurance-maladie devraient être relativement faibles. Il faut toutefois relever que, jusqu'aux arrêts du Tribunal administratif fédéral en 2017, les coûts susmentionnés qui s'élèvent à 65 millions de francs par an ont été pris en charge en grande partie par l'AOS et représentaient une partie des coûts de la LiMA facturés en 2017.

## **4.4**

### **Conséquences sanitaires et sociales**

L'application des arrêts du Tribunal administratif fédéral fait courir le risque aux patients de ne plus avoir accès au matériel de soins nécessaire, car certains cantons ou communes n'ont pas garanti le financement résiduel indispensable pour couvrir les coûts du matériel de soins. Le projet permet de garantir les soins ambulatoires et en



EMS et d'éviter que des coûts en relation avec les prestations de soins ne soient répercutés de manière illicite sur les tarifs d'assistance et de pension en EMS.

#### **4.5 Conséquences environnementales**

Le projet n'entraînera manifestement aucune conséquence pour l'environnement.

#### **4.6 Autres conséquences**

Le projet ne devrait pas avoir d'autres conséquences que celles mentionnées.

### **5 Aspects juridiques**

#### **5.1 Constitutionnalité**

Le projet se fonde sur l'art. 117 de la Constitution (Cst.)<sup>9</sup>, qui confère à la Confédération une compétence étendue en matière d'organisation de l'assurance-maladie.

#### **5.2 Compatibilité avec les obligations internationales de la Suisse**

Le domaine de l'assurance-maladie est national et relève, dans la réglementation européenne, des compétences étatiques réservées. Les modifications prévues concernent uniquement des acteurs en Suisse (cantons, assureurs-maladie, fournisseurs de prestations et personnes assurées). Les règles générales de la LAMal d'obligation d'affiliation ou d'admission des fournisseurs de prestations ne seront pas touchées par ces dispositions. De plus, l'art. 34, al. 2, LAMal ne permet pas au Conseil fédéral de prévoir la prise en charge par l'AOS des coûts des prestations visées à l'art. 25a LAMal qui seraient fournies à l'étranger. Les modifications prévues n'ont ainsi pas d'effet à l'extérieur de la Suisse. Elles sont compatibles avec les obligations internationales de la Suisse, et en particulier avec l'accord sur la libre circulation des personnes Suisse-UE (ALCP)<sup>10</sup> et avec la Convention AELE<sup>11</sup>. En vertu de l'annexe II de l'ALCP et de l'appendice 2 de l'annexe K de la Convention AELE le droit de coordination de l'UE concernant les systèmes de sécurité sociale est applicable dans ses rapports avec les États membres de l'UE ou de l'AELE. Ce droit ne vise pas à harmoniser les systèmes nationaux de sécurité sociale dans l'optique de la libre circulation des personnes : les États membres sont libres de déterminer dans une large mesure la structure concrète, le champ d'application personnel, les modalités de financement et l'organisation de leur système de sécurité sociale. Ils doivent toutefois observer les principes de coordination tels que l'interdiction de discrimination, la prise en compte

<sup>9</sup> RS 101

<sup>10</sup> RS 0.142.112.681

<sup>11</sup> RS 0.632.31

des périodes d'assurance et la fourniture transfrontalière des prestations, qui sont définis dans le règlement (CE) n° 883/2004<sup>12</sup> et dans son règlement d'exécution, le règlement (CE) n° 987/2009<sup>13</sup>. Ces droits ne sont pas limités par le présent projet.

### **5.3                                      Forme de l'acte à adopter**

En vertu de l'art. 164 Cst. et de l'art. 22, al. 1, de la loi du 13 décembre 2002 sur le Parlement<sup>14</sup>, l'Assemblée fédérale édicte sous la forme d'une loi fédérale toutes les dispositions importantes qui fixent des règles de droit. L'adoption du présent projet est soumise à la procédure législative ordinaire.

### **5.4                                      Frein aux dépenses**

Selon l'art. 159, al. 3, let. b, Cst., les dispositions relatives aux subventions doivent être soumises au frein aux dépenses si elles entraînent de nouvelles dépenses uniques de plus de 20 millions de francs ou de nouvelles dépenses périodiques de plus de 2 millions de francs. Ne doivent pas seulement être soumises les dispositions fondamentales relatives aux subventions, mais également les prescriptions qui influent sur le montant de la subvention. Étant donné que les modifications des articles 25a et 52 LAMal entraînent une charge périodique annuelle supplémentaire de 4,9 millions de francs par an pour la Confédération, ces articles sont soumis au frein aux dépenses.

### **5.5                                      Délégation de compétences législatives**

L'art. 96 LAMal accorde au Conseil fédéral la compétence générale d'édicter des dispositions d'exécution dans le domaine de l'assurance-maladie sociale. En vertu des art. 25a, al. 3, et 52, al. 1, let. a, ch. 3, LAMal, le présent projet donne au DFI, sur délégation du Conseil fédéral, la compétence de désigner les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques utilisés par le personnel soignant des EMS ou des fournisseurs de soins ambulatoires qui pourront être rémunérés en plus du financement des soins, ainsi que ceux utilisés dans le cadre des soins aigus et de transition par le personnel soignant des EMS, des fournisseurs de soins ambulatoires ou des hôpitaux qui pourront être rémunérés en plus des forfaits pour les soins.

<sup>12</sup> RS 0.831.109.268.1

<sup>13</sup> RS 0.831.109.268.11

<sup>14</sup> RS 171.10