**Rapport explicatif
concernant la modification de la loi fédérale sur
l'assurance-maladie (adaptation de dispositions
ayant une portée internationale)**

Rapport pour la procédure de consultation

xx.xx.2014

Condensé

La présente révision de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) concerne principalement des dispositions qui ont une portée internationale.

Le premier groupe de dispositions prévoit un certain assouplissement du principe de territorialité en vigueur dans l'assurance-maladie. Depuis 2006, des projets pilotes prévoyant la prise en charge de prestations fournies à l'étranger, dans des zones frontalières, peuvent être réalisés à des conditions clairement définies (art. 36a de l'ordonnance sur l'assurance-maladie [OAMal ; RS 832.102]). Les projets pilotes qui ont été réalisés ont fait leurs preuves. La présente révision rend possible de façon durable une telle coopération internationale dans les régions frontalières (art. 34, al. 2 et 3, LAMal).

Les deuxième et troisième parties du projet concernent les personnes qui résident dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE et qui sont assurées en Suisse (assurés UE/AELE).

Les nouvelles dispositions prévues à l'art. 49a LAMal obligeront les cantons à prendre en charge, en cas de traitement hospitalier en Suisse, la part cantonale pour les assurés UE/AELE ayant un lien actuel avec la Suisse (p. ex., frontaliers et membres de leur famille), de la même façon que pour les assurés qui résident en Suisse. Pour les assurés qui n'ont pas de lien actuel avec la Suisse (rentiers et membres de leur famille), les cantons assumeront collectivement cette part, proportionnellement à leur population résidante.

Le complément apporté à l'art. 64a, al. 9, LAMal crée une base légale suffisante pour une réglementation différenciée de l'art. 105m OAMal, qui règle les conséquences du non-paiement des primes et des participations aux coûts par les assurés qui résident dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE.

Enfin, la présente révision permet de répondre à deux motions adoptées par le Parlement, à savoir les motions 12.4224 et 12.4098 « LAMal. Abrogation d'une disposition inadéquate et inéquitable », qui demandent l'abrogation de l'art. 41, al. 1, 2^e phrase, LAMal. Une disposition analogue de la loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire (LAM ; RS 833.1) est supprimée par la même occasion (art. 17 LAM).

Commentaire

1 Contexte et nécessité de bases légales

1.1 Coopération transfrontalière

Depuis 2006, des projets pilotes pour la prise en charge de prestations à l'étranger peuvent être menés pour une durée limitée. La présente révision vise à rendre ce type de coopération durablement possible dans les zones frontalières.

L'art. 36a OAMal a été mis en vigueur le 10 mai 2006. Sur la base de cette disposition, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) peut autoriser des projets pilotes, présentés conjointement par un ou plusieurs cantons et par un ou plusieurs assureurs-maladie, prévoyant la prise en charge de prestations fournies dans des zones frontalières, à des personnes résidant en Suisse. La durée de validité des différents projets pilotes a été fixée à quatre ans, avec possibilité de les prolonger une seule fois, de quatre ans au maximum. Les demandes relatives à de nouveaux projets pilotes pouvaient être déposées jusqu'au 31 décembre 2012.

Le premier projet pilote, qui a débuté le 1^{er} janvier 2007, concerne la région frontalière comprenant les cantons de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne et le district de Lörrach. Il est ouvert aux personnes assurées auprès d'un assureur participant au projet et qui résident dans le canton de Bâle-Ville ou de Bâle-Campagne. Ce projet contient une liste des cliniques du district de Lörrach qui y participent. Toutes les prestations que ces cliniques sont autorisées à fournir en Allemagne conformément aux conventions conclues avec les assureurs-maladie et les assureurs de rente allemands peuvent être sollicitées dans le cadre du projet pilote. Celui-ci a eu pour effet que la législation allemande en matière d'assurances sociales a été adaptée en ce sens que les assurés allemands peuvent se faire traiter par les fournisseurs de prestations suisses de façon plus étendue que ce que prévoient les règles du droit européen de coordination. Le suivi scientifique du projet est assuré, pour la Suisse, par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan). Depuis le début du projet en 2007, ce sont surtout des traitements de réadaptation qui ont été suivis en Allemagne (97 % des cas). Le dernier rapport de monitoring de l'Obsan, publié en mai 2013, fait état d'une augmentation constante du nombre de cas et, pour 2012, de 260 personnes qui ont reçu des soins à l'étranger dans le cadre du projet pilote. Bien que les frais de traitement en Allemagne soient plus bas qu'en Suisse, le rapport ne permet pas de dire si le projet pilote a contribué de façon notable à faire baisser les coûts de l'assurance-maladie. Cela tient certainement au petit nombre de personnes qui ont eu recours à un traitement à l'étranger. Mais le monitoring montre aussi que les coûts n'ont pas augmenté. Selon les études publiées par l'Obsan, la majorité des assurés étaient satisfaits de ces traitements. Ce projet pilote peut encore être mené jusqu'au 31 décembre 2014.

Un deuxième projet concernant le canton de Saint-Gall et la Principauté de Liechtenstein a été autorisé au 1^{er} janvier 2008. Les personnes assurées auprès d'un assureur participant au projet et domiciliées dans le canton de Saint-Gall peuvent aussi se faire soigner à l'Hôpital de Liechtenstein, à Vaduz. A ce jour, quelques centaines d'assurés ont profité de cette possibilité. Il ressort de l'étude de suivi scientifique

que les acteurs concernés et les assurés traités jusqu'à présent évaluent le projet de façon positive. Comme les tarifs de l'Hôpital de Liechtenstein correspondent aux tarifs suisses, ce projet ne peut aboutir à une baisse des coûts pour l'assurance-maladie. Mais on a constaté qu'il n'a pas non plus entraîné de coûts supplémentaires pour les assureurs-maladie suisses qui y participent. La libre circulation réciproque accordée dans ce projet pour le recours aux prestations de santé à l'étranger en zone frontalière est jugée importante pour la coopération en général dans les régions de frontière. Ce projet est venu remplacer la libre circulation unilatérale, existant depuis des années, qui permettait uniquement aux assurés de la Principauté de se faire soigner dans les hôpitaux du canton de Saint-Gall à la charge de l'assurance-maladie liechtensteinoise. Un retour à cette libre circulation unilatérale à l'échéance du projet pilote pourrait se révéler être un obstacle à la coopération entre le canton de Saint-Gall et le Liechtenstein, et aboutir à une réduction du nombre de patients liechtensteinois adressés aux hôpitaux saint-gallois. Ce projet pilote dure encore jusqu'au 31 décembre 2015.

L'art. 36a OAMal ne constitue pas une base légale suffisante pour des projets pilotes. Une telle base légale devait être créée par une révision de l'art. 34 LAMal qui était incluse dans le projet « Managed Care »¹. Or, comme on sait, ce projet a été refusé par le peuple le 17 juin 2012. Etant donné que personne n'a contesté à l'époque la base légale pour des projets pilotes, ce thème est repris dans la présente révision.

Une base légale formelle est indispensable pour que les projets pilotes existants puissent être poursuivis durablement et que d'autres formes de coopération transfrontalière, pour lesquelles d'autres cantons frontaliers ont déjà manifesté leur intérêt, puissent voir le jour.

Par ailleurs, le Conseil fédéral a adopté, le 16 avril 2013, un mandat de négociation relatif à une convention-cadre avec la France sur la coopération transfrontalière dans le domaine de la santé. Le traité visé aurait pour objet de définir les formalités et le cadre légal dans lequel les collectivités publiques suisses et françaises ainsi que les institutions publiques et privées concernées pourraient conclure, en fonction de leurs intérêts et de leurs besoins, des coopérations dans le domaine de la santé avec les régions et institutions frontalières. La présente révision de loi devrait aussi garantir pour une durée illimitée la coopération transfrontalière faisant l'objet de ladite convention avec la France. C'est surtout le canton de Genève qui a exprimé à de nombreuses reprises son intérêt pour une coopération dans le domaine de la santé avec les régions frontalières françaises.

Avec la mobilité accrue des personnes et en raison des risques liés aux crises sanitaires transfrontalières, l'intérêt pour une coopération avec les pays voisins dans le domaine de la santé s'est accentué ces dernières années en Suisse. Cette tendance se confirme également au niveau de l'Union européenne, dont les institutions ont pris conscience de l'importance que revêt une telle coopération. Cela s'est traduit notamment par l'adoption de la directive 2011/24/UE relative à l'application des

¹ FF 2004 5257

droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. A l'heure actuelle, cette directive n'entraîne aucune obligation pour la Suisse.

La révision permettrait de continuer à faire fructifier les sommes investies et les expériences positives faites dans les deux projets pilotes existants. Les assurés qui résident dans un canton ayant instauré une coopération transfrontalière pourront aussi recourir à des traitements à l'étranger dans les régions limitrophes, ce qui aboutira à une amélioration de l'offre de soins dans ces régions.

1.2 Prise en charge des frais de traitement hospitalier en Suisse d'assurés qui résident dans un Etat de l'espace UE/AELE et qui sont assurés en Suisse

L'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (accord sur la libre circulation des personnes, ALCP) et l'Accord AELE du 21 juin 2001, qui sont entrés en vigueur le 1^{er} juin 2002, règlent la coordination de la sécurité sociale. Ces accords soumettent à l'obligation de s'assurer en Suisse contre la maladie des personnes qui résident dans un Etat de l'espace UE/AELE (p. ex., frontaliers et rentiers). C'est pourquoi la LAMal a été révisée au 1^{er} juin 2002. Des dispositions y ont été intégrées pour ces nouveaux assurés, p. ex., l'art. 6a sur le devoir d'information des cantons ou l'art. 65a sur la réduction des primes par les cantons. Il est vrai que l'interdiction de discrimination reprise avec le droit de coordination de l'UE exige que les assurés UE/AELE soient traités exactement de la même manière que les assurés résidant en Suisse, mais des réglementations spéciales n'en restent pas moins nécessaires pour des situations spécifiques. La présente révision inclut de nouvelles dispositions en lien avec le financement hospitalier pour les assurés qui résident dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE.

L'art. 37, let. a, OAMal précise que pour les personnes qui résident dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE et qui sont assurées en Suisse, l'assureur prend en charge les forfaits prévus par l'art. 49, al. 1, LAMal (hors contribution du canton) qui sont facturés pour le traitement dans un hôpital répertorié en Suisse. En effet, seule cette solution était possible au niveau de l'ordonnance ; on ne pouvait imposer aux cantons de prendre en charge les coûts de traitements hospitaliers. Une base légale est nécessaire pour modifier cette réglementation afin que les cantons soient aussi tenus de participer aux coûts des traitements hospitaliers en Suisse des assurés UE/AELE, comme pour les assurés résidant en Suisse. Seule une telle règle satisfait à l'interdiction de discrimination.

1.3 Conséquences du non-paiement des primes et des participations aux coûts par les assurés qui résident dans un Etat de l'espace UE/AELE

L'art. 64a, al. 9, LAMal contient lui aussi une disposition qui ne concerne que les assurés qui résident dans un Etat membre UE ou de l'AELE. Il s'agit de la procédure appliquée lorsque ces assurés ne s'acquittent pas de leurs primes et de leurs participations aux coûts. Le complément apporté par la présente révision à cette norme de

délégation crée la base légale requise pour les dispositions d'ordonnance déjà en vigueur.

Sur la base de l'art. 64a, al. 9, LAMal, le Conseil fédéral édicte des dispositions sur le non-paiement des primes et des participations aux coûts des personnes tenues de s'assurer qui résident dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE. Cette norme de délégation est formulée de façon trop générale et, partant, ne constitue pas une base légale suffisante pour les règles de l'art. 105m OAMal. On s'en était cependant accommodé, pour une brève période de transition, parce qu'une réglementation rationnelle devait être établie au niveau de l'ordonnance. Mais en même temps qu'il adoptait la révision d'ordonnance du 22 juin 2011, le Conseil fédéral avait chargé le DFI de compléter l'article de loi en question lors de la prochaine révision de la LAMal, afin que la base légale requise existe.

1.4 Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des coûts des traitements ambulatoires pour toutes les personnes assurées en Suisse

Les deux motions 12.4224 et 12.4098 « LAMal. Abrogation d'une disposition inadéquate et inéquitable », adoptées par le Parlement, demandent la suppression de l'art. 41, al. 1, 2^e phrase, LAMal. La 1^{re} phrase de cet alinéa prévoit qu'en cas de traitement ambulatoire, l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. Mais, en vertu de la 2^e phrase, l'assureur ne prend en charge les coûts que jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs. Certes, prévoir le recours à des fournisseurs de prestations proches du lieu où l'assuré vit ou travaille est conforme, sur le fond, à un système de santé reposant sur des structures fédérales. Mais la mise en œuvre de cette disposition exige des assureurs-maladie une vérification dans chaque cas, ce qui est très lourd administrativement parlant. La présente révision répond à ces deux motions et adapte en ce sens l'art. 41, al. 1 et 2.

2 Présentation du projet

2.1 Coopération transfrontalière

L'assurance obligatoire est soumise en Suisse au principe de territorialité. Ne sont en principe prises en charge par l'assurance-maladie que des prestations qui sont fournies en Suisse par des fournisseurs de prestations admis en Suisse. Conformément à l'art. 34, al. 1, LAMal, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 LAMal. Le Conseil fédéral peut toutefois prévoir des exceptions et décider que l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts de prestations qui sont fournies à l'étranger pour des raisons médicales (art. 34, al. 2, LAMal). Il s'agit de traitements effectués en cas d'urgence, d'accouchements dans des cas spéciaux et de traitements qui ne sont pas disponibles en Suisse faute d'une offre médicale adéquate (art. 36, al. 1 à 3, OAMal). En outre, en vertu de l'art. 36, al. 5, OAMal, les dispositions sur l'entraide internationale en matière de prestations demeurent réservées (p. ex., droits découlant de la carte européenne d'assurance-

maladie, ou cas soumis à autorisation). L'application stricte du principe de territorialité est de plus en plus souvent remise en question par l'évolution en cours dans l'Union européenne, dans les Etats de l'UE et en Suisse. Dans ce contexte, le Conseil fédéral a adopté, en 2006, l'art. 36a OAMal, qui rend possible des projets pilotes pour la prise en charge des coûts de prestations fournies à l'étranger dans les zones frontalières.

Seuls quelques assurés recourent aux deux projets pilotes existants. Néanmoins, les régions frontalières concernées ont grand besoin qu'une coopération transfrontalière reste possible même après la fin du projet. Par ailleurs, d'autres cantons frontaliers ont manifesté leur intérêt pour ce type de coopération.

Il est important de poursuivre le renforcement des régions frontalières suisses. Il faut pouvoir continuer de tirer parti des sommes investies dans les projets pilotes existants de longue date avec des fournisseurs de prestations hospitalières en zone frontalière à l'étranger et des expériences positives qui ont été faites. Il est également possible de profiter des synergies entre les infrastructures techniques et les ressources en personnel des fournisseurs de prestations des zones frontalières. Les assurés qui habitent un canton ayant instauré une coopération transfrontalière peuvent également suivre des traitements hospitaliers ou ambulatoires auprès de fournisseurs de prestations étrangers sélectionnés. La révision amène donc aussi une amélioration de l'offre de soins dans les régions frontalières.

L'évaluation des projets pilotes existants a montré que les coûts n'ont pas augmenté pour l'assurance-maladie. Les frais de traitement sont, en règle générale, moins élevés à l'étranger qu'en Suisse et, dans le cadre des projets, ils ne peuvent être pris en charge qu'à concurrence des tarifs suisses. De plus, les projets pilotes n'ont pas entraîné d'augmentation du volume des prestations. Les conséquences financières continueront de faire l'objet d'un suivi scientifique, comme cela a été le cas jusqu'ici dans le cadre des deux projets pilotes. Ces études permettront aussi d'en apprendre davantage sur la mobilité transfrontalière des patients.

Pour la coopération dans les régions frontalières, il est important que la libre circulation soit réciproque en ce qui concerne le recours aux prestations de santé dans les pays limitrophes. C'est seulement si des assurés suisses vont aussi se faire soigner à l'étranger en zone frontalière que des personnes des zones frontalières étrangères continueront à suivre des traitements en Suisse, et en nombre croissant, ce dont les régions frontalières suisses profiteront. La réglementation de cette libre circulation doit se faire dans le droit étranger et non par la présente révision.

Pour toutes ces raisons, la présente révision doit permettre la poursuite à long terme des projets pilotes existants et la mise en place de nouvelles coopérations transfrontalières. Sans elle, les deux projets pilotes en cours devraient être abandonnés au terme de la période d'autorisation. La nouvelle disposition légale constituera la base de coopérations transfrontalières qui, comme jusqu'ici, se limiteront aux zones frontalières. Le principe de territorialité reste un principe important de l'assurance obligatoire des soins suisse et il n'est pas remis en question par le présent projet, mais simplement un peu assoupli.

La présente révision de l'art. 34, al. 2, LAMal comprend une norme de délégation au Conseil fédéral. Il appartient à ce dernier de régler la forme de la coopération transfrontalière au niveau de l'ordonnance. Pour ce faire, il s'inspirera de l'art. 36a OAMal actuel, qui règle les projets pilotes de durée limitée. Les coopérations transfrontalières seront liées aux conditions existantes et devront, à l'avenir aussi, être autorisées par le DFI. Elles se limiteront aux régions frontalières suisses, à un ou plusieurs cantons frontaliers et à un ou plusieurs assureurs-maladie. Les demandes devront être accompagnées d'une liste des fournisseurs de prestations étrangers autorisés à fournir des prestations dans le cadre de la coopération. Il pourra s'agir aussi bien de traitements ambulatoires que de traitements hospitaliers, qui devront répondre aux exigences légales posées aux prestations et aux fournisseurs de prestations au sens de la LAMal, surtout au regard de la qualité et de l'économicité. Les demandes devront également être accompagnées des accords conclus entre les assureurs-maladie suisses et les fournisseurs de prestations étrangers sur les tarifs applicables aux prestations fournies à l'étranger, lesquels ne doivent pas être supérieurs aux tarifs suisses. Les coopérations transfrontalières ne seront accessibles qu'aux personnes résidant dans le(s) canton(s) en question et assurées auprès d'un assureur-maladie participant à la coopération (assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal). Ces personnes ne pourront toutefois être contraintes de suivre un traitement à l'étranger. Seules les prestations obligatoirement prises en charge par la LAMal seront remboursées par l'assurance obligatoire des soins dans le cadre des coopérations. Le Conseil fédéral édictera au besoin d'autres prescriptions et fixera d'autres conditions dans le cadre de la révision de l'ordonnance.

2.2 Prise en charge des frais de traitement hospitalier en Suisse d'assurés qui résident dans un Etat de l'espace UE/AELE et qui sont assurés en Suisse

Les traitements hospitaliers sont financés en règle générale par des forfaits par cas liés aux prestations (art. 49, al. 1, LAMal). Pour les assurés domiciliés en Suisse, les forfaits sont pris en charge par les cantons (via les recettes fiscales) et par les assureurs-maladie, à raison de 55 % au moins par les cantons et de 45 % au plus par les assureurs-maladie (art. 49a, al. 1 et 2, LAMal). La réglementation en vigueur pour les personnes qui résident dans un Etat de l'UE ou de l'AELE et qui sont assurées en Suisse déroge à cette règle puisque, en vertu de l'art. 37, let. a, OAMal, les assureurs-maladie doivent prendre en charge l'intégralité des forfaits.

L'interdiction de discrimination reprise avec le droit européen de coordination exige que les assurés qui résident dans un Etat de l'UE ou de l'AELE ne soient pas traités différemment des assurés qui résident en Suisse. C'est pourquoi ils doivent être traités exactement de la même manière en ce qui concerne les soins médicaux et la prise en charge des coûts. La Commission de l'UE a déjà critiqué à plusieurs reprises l'application de « tarifs plus élevés » pour les traitements hospitaliers en Suisse de frontaliers résidant dans un Etat de l'UE ou de l'AELE. Elle y voit une discrimination illicite de ces assurés.

Les assurés UE/AELE forment un petit groupe qui, selon une estimation de 2013, compte quelque 38 000 personnes, dont environ 30 000 frontaliers et membres de leur famille et environ 7000 rentiers et membres de leur famille. Les cantons perçoivent

vent des recettes fiscales importantes surtout des frontaliers travaillant sur leur territoire, suivant les conventions de double imposition applicables. Les rentiers qui perçoivent des prestations de la prévoyance professionnelle sont, eux aussi, imposés en partie en Suisse. Toutes les personnes assurées en Suisse qui résident dans un Etat de l'UE ou de l'AELE sont libres de choisir de suivre un traitement médical en Suisse ou dans leur Etat de résidence. Elles ne suivront donc pas toutes leurs traitements hospitaliers en Suisse.

Il est justifié d'adapter la prise en charge des prestations hospitalières fournies en Suisse aux assurés qui résident dans un Etat de l'UE ou de l'AELE de sorte que les coûts de ces prestations soient pris en charge tant par les assureurs-maladie que par les cantons dans les mêmes proportions que pour les assurés résidant en Suisse.

Comme pour le contrôle de l'obligation de s'assurer et pour la réduction des primes, pour lesquels des règles différentes s'appliquent selon que la personne a un lien actuel avec un canton donné ou aucun lien actuel avec la Suisse, des réglementations différenciées s'imposent aussi pour la prise en charge des prestations hospitalières.

Pour les frontaliers et les membres de leur famille, pour les membres non actifs de la famille des personnes qui sont titulaires d'une autorisation de séjour en Suisse et pour les personnes qui perçoivent une prestation de l'assurance-chômage suisse et les membres de leur famille, qui tous ont un lien actuel avec un canton donné, c'est ce canton qui devra prendre en charge la part cantonale pour les prestations hospitalières fournies en Suisse (art. 49a, al. 2, let. b, LAMal).

Quant aux rentiers et aux membres de leur famille, ils ne peuvent plus être attribués directement à un canton donné. Des motifs objectifs aussi bien que relevant de l'économie administrative s'opposent donc à ce que les coûts des traitements hospitaliers soient répartis entre les cantons en fonction du dernier domicile des rentiers. Mais étant donné que ces coûts, selon le droit en vigueur, sont pris en charge par l'assurance-maladie et par les cantons, une répartition entre les cantons des parts cantonales dues pour les traitements hospitaliers se justifie et s'impose, malgré ce problème d'attribution. En effet, la Confédération n'a jamais participé à ce jour aux frais hospitaliers, sous quelque forme que ce soit. Ce sont les cantons, avec l'assurance-maladie, qui sont responsables du domaine hospitalier et du financement des traitements hospitaliers. Si la Confédération prenait ces frais en charge, il en résulterait un transfert de charge injustifié des cantons à la Confédération. Par conséquent, le principe du financement proportionnel des traitements hospitaliers par les assureurs-maladie et les cantons doit être maintenu pour ces assurés aussi, comme pour les assurés suisses et les autres assurés UE/AELE. Du fait que les rentiers et les membres de leur famille ne peuvent plus être attribués à aucun canton en particulier, il s'agit de prévoir une réglementation dans laquelle les cantons prennent en charge collectivement la part cantonale fixée par le canton concerné pour les traitements hospitaliers suivis en Suisse par ces assurés. Ces coûts seront répartis entre les cantons en proportion de leur population résidente respective (art. 49a, al. 3^{bis}). En effet, ce critère reflète relativement bien les principales causes à l'origine des coûts de traitement hospitalier du groupe d'assurés concerné. Les facteurs déterminants des coûts dans les différents cantons sont en effet la structure d'âge, les taux de morbidité et la probabilité d'un départ de Suisse. Dans l'ensemble,

il ne devrait guère y avoir à cet égard de grandes différences entre les cantons. Des calculs ont montré en effet que, par exemple, les écarts ne sont pas grands entre les proportions de la population des différents cantons par rapport à l'ensemble de la population suisse et celles des personnes de 65 ans et plus dans les différents cantons par rapport à l'ensemble de la population âgée en Suisse. L'on peut aussi partir de l'hypothèse que l'inclusion des taux de morbidité et des probabilités de quitter la Suisse ne modifierait pas ce tableau de manière déterminante. C'est pourquoi une répartition des coûts entre les cantons en fonction de leur population paraît être une solution facilement justifiable, appropriée et transparente. De plus, sa mise en œuvre est relativement simple et peu coûteuse.

Comme pour la réduction des primes prévue à l'art. 66a LAMal, qui est mise en œuvre par l'institution commune sur la base de l'art. 18, al. 2^{quinquies}, LAMal, les nouvelles tâches suivantes peuvent aussi être déléguées à l'institution commune en cas de traitement hospitalier en Suisse de rentiers et de membres de leur famille : fixer la contribution due par chaque canton, la percevoir auprès des cantons et verser la part cantonale aux hôpitaux. Quant à la manière précise dont l'institution commune devra s'acquitter de ces tâches, le Conseil fédéral la réglera au niveau de l'ordonnance.

Du fait que les assurés résidant dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE ne constituent qu'un petit groupe de personnes, les conséquences financières pour les cantons seront relativement minimales. D'après la statistique de l'assurance obligatoire des soins établie par l'Office fédéral de la santé publique et le pool de données de santé suisse pour l'année 2012, les coûts annuels pour les cantons seront de l'ordre de 4 millions de francs en ce qui concerne les frontaliers et les membres de leur famille et de 7,5 millions de francs pour ce qui est des rentiers et des membres de leur famille, soit d'environ 11,5 millions de francs au total.

Les frontaliers et les membres de leur famille peuvent, en vertu de l'art. 41, al. 1^{bis}, 1^{ter}, 3 et 3^{bis}, LAMal, choisir librement parmi les hôpitaux figurant sur la liste des hôpitaux du canton où ils travaillent ou de celle du canton où se situe l'hôpital (hôpitaux répertoriés). Les forfaits sont pris en charge proportionnellement par le canton où travaille le frontalier et par l'assureur-maladie (art. 41, al. 1^{bis} et 3, 49, al. 1, et 49a, al. 1 à 3, LAMal). Si l'assuré se fait soigner dans un hôpital répertorié qui ne figure pas sur la liste du canton où il travaille, sans que des raisons médicales le justifient, il doit prendre en charge l'excédent de coûts éventuel (art. 41, al. 1^{bis}, LAMal).

Sur la base de la nouvelle disposition prévue à l'art. 41, al. 2, les rentiers et les membres de leur famille pourront aussi choisir librement parmi tous les hôpitaux répertoriés. Etant donné qu'ils ne peuvent plus être attribués à un canton en particulier, ils n'auront en aucun cas d'excédent de coûts à assumer.

2.3 Conséquences du non-paiement des primes et des participations aux coûts par les assurés qui résident dans un Etat de l'espace UE/AELE

La norme de délégation de l'art. 64a, al. 9, LAMal ne constitue pas une base légale suffisante pour les règles différenciées de l'art. 105m OAMal. Elle doit donc être complétée à deux égards.

L'art. 105m, al. 1, OAMal contient des règles applicables aux assurés qui résident dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE dont le droit prévoit que les assureurs peuvent engager des poursuites en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts (cela concerne actuellement l'Allemagne, et aussi, dans un proche avenir, l'Autriche). Pour les assurés qui ont un lien actuel avec la Suisse (frontaliers et membres de leur famille, membres non actifs de la famille de personnes qui sont titulaires d'une autorisation de séjour en Suisse, bénéficiaires d'une prestation de l'assurance-chômage suisse et membres de leur famille), il est justifié que le canton d'exercice de l'activité lucrative, qui perçoit les recettes fiscales déterminantes, ou le canton responsable des prestations de l'assurance-chômage prenne en charge 85 % des créances non recouvrées. Il est vrai que la disposition d'ordonnance prévoit déjà cette obligation pour les cantons, mais il reste à créer une base légale suffisante habilitant le Conseil fédéral à obliger les cantons à prendre ces montants en charge. Pour les rentiers et les membres de leur famille, qui n'ont plus de lien actuel avec la Suisse, les assureurs-maladie compétents seront tenus de prendre en charge les créances non recouvrées.

L'art. 105m, al. 2, OAMal contient des règles applicables aux assurés qui résident dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE dont le droit ne permet pas aux assureurs de recouvrer les primes et les participations aux coûts que ces assurés n'ont pas payées (cela concerne actuellement tous les Etats de l'espace UE/AELE à l'exception de l'Allemagne et, dans un proche avenir, de l'Autriche). Pour ces assurés, il est justifié que les assureurs-maladie puissent, à certaines conditions, suspendre la prise en charge des coûts des prestations. Pour que la réglementation applicable puisse ne pas être la même que pour les assurés qui résident en Suisse, il faut aussi qu'il existe une base légale formelle suffisante habilitant le Conseil fédéral à accorder dans ces cas ce droit aux assureurs.

2.4 Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des coûts des traitements ambulatoires pour toutes les personnes assurées en Suisse

L'art. 41, al. 1, 2^e phrase, LAMal est adapté en réponse aux motions 12.4224 et 12.4098, « LAMal. Abrogation d'une disposition inadéquate et inéquitable », acceptées par les Chambres fédérales. La 1^{re} phrase de l'art. 41, al. 1, prévoit qu'en cas de traitement ambulatoire, l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. Mais, en vertu de la 2^e phrase de cet alinéa, l'assureur ne prend en charge les coûts que jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs. Cette disposition est adaptée en ce sens que les coûts sont pris en charge par les assureurs-maladie au tarif applicable au fournisseur de prestations choisi par l'assuré. Cette adaptation rend superflu l'art. 41, al. 2, qui prévoit que si, pour des raisons médica-

les, l'assuré se soumet à un traitement administré par un autre fournisseur de prestations, l'assureur prend en charge les coûts correspondant au tarif applicable à cet autre fournisseur ; cet alinéa doit donc être abrogé.

Il est remplacé par un nouvel al. 2, qui prévoit qu'en cas de traitement hospitalier en Suisse, les rentiers et les membres de leur famille qui résident dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE peuvent choisir librement parmi les hôpitaux répertoriés.

La loi sur l'assurance militaire contient des dispositions analogues à l'art. 41, al. 1, LAMal (art. 17, al. 2 et 4, LAM). L'on profite de la présente révision de la LAMal pour disposer simplement qu'en cas de traitement ambulatoire dans l'assurance militaire, l'assuré a aussi la liberté de choix parmi le personnel médical approprié, comme dans l'assurance-maladie. La restriction prévoyant que l'assuré doit avoir recours aux soins du personnel médical approprié qui exerce au lieu où il séjourne ou dans les environs, sauf en cas d'urgence (al. 2), est supprimée. C'est pourquoi la disposition de l'al. 4, en vertu de laquelle l'assuré doit supporter les frais supplémentaires découlant du traitement lorsqu'il a eu recours, sans autorisation de l'assurance militaire, à un autre personnel médical que celui qui exerce au lieu où il séjourne ou dans les environs, doit aussi être supprimée.

L'assurance militaire rembourse les frais de voyage nécessaires à l'assuré pour se rendre auprès du personnel médical approprié (art. 19 LAM). Si l'assuré choisit un membre du corps médical qui exerce ailleurs qu'au lieu où il séjourne, ses frais de voyage sont remboursés à hauteur du montant qu'il aurait dû déboursier s'il s'était rendu auprès d'une personne exerçant au lieu où il séjourne.

Les dispositions de l'art. 17, al. 2 et 4, LAM qui sont supprimées par la présente révision sont de toute manière sans effet, car des tarifs uniformes à l'échelle suisse ont été négociés dans l'assurance militaire pour les traitements ambulatoires.

2.5 Adaptations nécessaires au droit européen

L'on profite également de la présente révision pour procéder aux adaptations au droit européen nécessaires. Dans l'ensemble de l'acte, l'expression « Communauté européenne » est remplacée par « Union européenne ». De plus, l'art. 95a LAMal, qui règle la relation avec le droit européen, est mis à jour et renvoie, pour les Etats de l'UE, aux règlements européens actuels en matière de coordination des systèmes de sécurité sociale.

3 Relation avec le droit européen

Les présentes modifications de loi sont compatibles avec les obligations internationales contractées par la Suisse, et en particulier avec l'accord sur la libre circulation. L'annexe II de cet accord rend applicables à la Suisse les règles de coordination de l'Union européenne concernant les systèmes de sécurité sociale. Le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la

coordination des systèmes de sécurité sociale² contient des dispositions précises sur l'accès aux soins pour différentes catégories de personnes, y compris les frontaliers, les rentiers et les membres de leur famille, ainsi que sur la prise en charge des frais.

4 Commentaire des dispositions

Remplacement d'une expression

L'expression « Communauté européenne » est remplacée dans tout l'acte par « Union européenne », avec les ajustements grammaticaux nécessaires.

Art. 18, al. 2^{sexies} et 2^{septies}

La nouvelle disposition de l'art. 49a, al. 3^{bis}, LAMal impose de nouvelles tâches à l'institution commune. Celle-ci s'acquitte aujourd'hui déjà de diverses tâches pour remplir les obligations internationales de la Suisse. Il allait donc de soi de lui confier les tâches de fixer la contribution due par chaque canton, en vertu de l'art. 49a, al. 3^{bis}, pour les traitements hospitaliers des rentiers et des membres de leur famille qui résident dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE, de percevoir cette contribution auprès des cantons et de verser aux hôpitaux la part cantonale. Les modalités de la procédure devront être réglées au niveau de l'ordonnance. Ces nouvelles tâches sont énumérées à l'art. 18, al. 2^{sexies}.

Etant donné qu'il constitue une disposition de réserve (« peut assumer ... d'autres tâches d'exécution »), l'al. 2^{sexies} actuel de l'art. 18 doit figurer après la nouvelle disposition. C'est pourquoi il devient l'al. 2^{septies}.

Art. 25a, al. 2, 1^{re} phrase

Cette disposition est modifiée uniquement par une adaptation que nécessite la nouvelle règle de l'art. 49a, al. 3^{bis} : il faut également y mentionner l'ensemble des cantons.

Art. 34, al. 2 et 3

L'art. 34, al. 2, actuel doit être reformulé en raison de la nouvelle disposition relative à la coopération transfrontalière. Toutefois, seul le deuxième motif de fourniture de

² RS 0.831.109.268.1

prestations à l'étranger mentionné à l'art. 34, al. 2, let. a, constitue la nouvelle exception au principe de territorialité. Les autres exceptions mentionnées à l'al. 2 et la règle du nouvel al. 3 reprennent tel quel le contenu de l'actuel art. 34, al. 2.

Le deuxième motif mentionné à l'art. 34, al. 2, let. a, implique une nouvelle norme de délégation au Conseil fédéral, qui l'habilite à édicter des règles de coopération transfrontalière sans limite dans le temps. On garantit ainsi que les assurés qui résident dans une zone frontalière suisse peuvent se faire soigner dans une zone frontalière étrangère à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Cette disposition suivra pour l'essentiel les mêmes critères que l'actuel art. 36a OAMal.

Art. 41, al. 1 et 2

En réponse aux motions 12.4224 et 12.4098, « LAMal. Abrogation d'une disposition inadéquate et inéquitable », adoptées par le Parlement, l'art. 41, al. 1, qui prévoit que, pour les traitements ambulatoires, l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie, est adapté en ce sens que désormais, les coûts sont pris en charge par les assureurs-maladie selon le tarif applicable au fournisseur de prestations choisi par l'assuré.

Cette adaptation rend superflu l'art. 41, al. 2, qui prévoit que si, pour des raisons médicales, l'assuré se soumet à un traitement administré par un autre fournisseur de prestations, l'assureur prend en charge les coûts correspondant au tarif applicable à cet autre fournisseur ; cet alinéa doit donc être abrogé.

Il est remplacé par un nouvel al. 2, qui prévoit qu'en cas de traitement hospitalier, les rentiers et les membres de leur famille qui résident dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE peuvent choisir librement parmi les hôpitaux répertoriés.

Art. 49a, al. 2, 2^{bis}, 2^{ter} et 3^{bis}

La nouvelle disposition de l'art. 49a, al. 2, let. b, prévoit que, lorsque des assurés UE/AELE ayant un lien actuel avec un canton donné (frontaliers et membres de leur famille, membres non actifs de la famille de personnes qui sont titulaires d'une autorisation de séjour en Suisse, bénéficiaires d'une prestation de l'assurance-chômage suisse et membres de leur famille) suivent un traitement hospitalier en Suisse, les cantons doivent prendre en charge la part cantonale prévue à l'art. 49a, al. 2^{ter}. Est responsable le canton dans lequel la personne exerce son activité lucrative, car c'est ce canton qui perçoit les recettes fiscales, ou le canton compétent pour les prestations de l'assurance-chômage. L'al. 2^{bis} comprend une règle nouvelle : le canton en question est considéré comme le canton de résidence au sens de la LAMal.

Le nouvel al. 3^{bis} de l'art. 49a fait obligation aux cantons d'assumer collectivement la part cantonale due en vertu de l'art. 49a, al. 2^{ter}, en cas de traitement hospitalier en Suisse de rentiers et de membres de leur famille qui résident dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE. Le montant dû par les différents cantons au titre de cette part cantonale est réparti entre eux proportionnellement à leur population résidante. En

effet, étant donné que les personnes de cette catégorie n'ont plus de lien actuel avec la Suisse, il n'est pas possible d'obliger un canton donné à assumer ces coûts.

En raison de l'inscription de ces nouvelles dispositions à l'art. 49a, la règle selon laquelle les cantons prennent en charge la part cantonale des assurés qui résident sur leur territoire est formulée à l'al. 2, let. a. Cette règle est fixée actuellement à l'al. 2 (pour tous les habitants du canton). L'al. 2 actuel (sans la mention des habitants des cantons) devient l'al. 2^{ter}.

Art. 64a, al. 9, 2^e et 3^e phrases

Deux compléments sont apportés à cette disposition afin de fournir une base légale suffisante à la réglementation déjà inscrite à l'art. 105m OAMal.

Pour les assurés qui résident dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE dans lequel les assureurs-maladie peuvent procéder au recouvrement des primes et des participations aux coûts impayées, le Conseil fédéral peut obliger les cantons à prendre en charge 85 % des créances.

Pour les assurés qui résident dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE dans lequel les assureurs-maladie ne peuvent procéder au recouvrement des primes et des participations aux coûts impayées, le Conseil fédéral peut accorder aux assureurs-maladie le droit de suspendre la prise en charge des prestations. L'art. 105m, al. 2, OAMal contient déjà la règle suivant laquelle, si l'assuré, malgré la sommation, ne paie pas dans le délai imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur peut suspendre la prise en charge des coûts des prestations.

Art. 79a

Sont apportées à cet article les adaptations rendues nécessaires par la nouvelle règle de l'art. 49a, al. 3^{bis}. Le droit de recours collectif des cantons, nouveau, est mentionné à l'al. 1, let. b. L'al. 2 habilite l'institution commune à faire valoir le droit de recours collectif des cantons.

Art. 95a

Pour que les dispositions sur la coordination prévues par l'accord sur la libre circulation des personnes s'appliquent en plus des dispositions de lois nationales et priment sur d'éventuelles dispositions divergentes, il a été précisé dans chaque loi de sécurité sociale qu'il faut tenir compte de cet accord ainsi que des règlements mentionnés (cf. message sur l'ALCP, ch. 275.211). La norme de renvoi en vigueur doit être actualisée et complétée par la mention des nouveaux règlements mentionnés dans l'accord. Depuis l'entrée en vigueur de l'ALCP, son annexe II a été modi-

fiée par trois décisions du Comité mixte : la décision n° 2/2003 du 15 juillet 2003 (RO 2004 1277), la décision n° 1/2006 du 6 juillet 2006 (RO 2006 5851) et la décision n° 1/2012 du 31 mars 2012 (RO 2012 2345). Le Conseil fédéral a approuvé de sa propre autorité les actualisations de l'annexe II de l'ALCP, qui précisent les principes de coordination et leur application technique sans nécessiter d'adaptations matérielles sur le plan légal. En revanche, la mise à jour des renvois faits dans les lois de sécurité sociale à l'annexe II de l'ALCP et aux règlements de l'UE qui y sont mentionnés est du ressort de l'Assemblée fédérale.

Il en va de même en ce qui concerne l'appendice 2 de l'annexe K de la convention AELE, qui a été actualisé à deux reprises jusqu'à présent. Une troisième actualisation est en préparation, qui nécessitera elle aussi une mise à jour des renvois faits dans les lois de sécurité sociale au droit de l'UE.

Pour toutes ces raisons, le projet prévoit de reformuler la norme de renvoi inscrite dans les lois de sécurité sociale. L'al. 1 désignera de façon plus précise le droit applicable, en se référant au champ d'application personnel, à l'acte normatif européen concerné et à la version de l'annexe II de l'ALCP, déterminante pour la Suisse. Les règlements (CE) n°s 883/2004 et 987/2009, où les principes de coordination des règlements (CEE) n°s 1408/71 et 574/72 ont été mis à jour et qui sont déterminants pour la Suisse depuis la troisième actualisation de l'annexe II ALCP, seront mentionnés dans cette norme. L'annexe II de l'ALCP continue néanmoins de se référer aux règlements (CEE) n°s 1408/71 et 574/72 lorsque les règlements (CE) n°s 883/2004 et 987/2009 s'y réfèrent ou pour les cas relevant du passé.

L'al. 2, qui concerne l'appendice 2 de l'annexe K de la convention AELE, est reformulé à cette occasion de façon similaire, les règlements (CEE) n°s 1408/71 et 574/72 demeurant toutefois déterminants pour les relations entre la Suisse et ses partenaires au sein de l'AELE.

L'al. 3, nouveau, accorde au Conseil fédéral la compétence d'adapter de sa propre autorité les renvois faits dans les lois de sécurité sociale, aux al. 1 et 2 de la norme de renvoi, aux actes normatifs européens chaque fois que l'annexe II de l'ALCP ou l'appendice 2 de l'annexe K de la convention AELE auront été modifiés.

L'al. 4 précise que toutes les expressions utilisées dans les lois de sécurité sociale pour désigner les Etats membres de l'UE désignent les Etats contractants auxquels l'accord sur la libre circulation est applicable.

Modification d'autres actes

Etant donné que la révision de la LAMal du 21 décembre 2007³ a supprimé la distinction entre traitement hospitalier et traitement semi-hospitalier, il doit en aller de même dans l'assurance militaire. C'est pourquoi l'expression « traitement semi-hospitalier » est supprimée aux art. 16, al. 2, 1^{re} phrase, 17, titre et al. 3, 1^{re} phrase ainsi que 71, al. 1, LAM, les ajustements grammaticaux nécessaires étant effectués.

A l'art. 17 LAM, la limitation, pour les traitements ambulatoires, au personnel médical approprié qui exerce au lieu où l'assuré séjourne ou dans les environs, cas d'urgence exceptés (al. 2), et par voie de conséquence l'obligation pour l'assuré de supporter les frais supplémentaires découlant de la non-observation de cette limitation (al. 4) sont supprimées. Ainsi, la liberté de choix parmi le personnel médical approprié, pour les traitements ambulatoires, est garantie dans l'assurance militaire comme elle le sera aussi dans l'assurance-maladie.

³ RO 2008 2049