



15.078

Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie

(Adaptation de dispositions à caractère international)

du 18 novembre 2015

Messieurs les Présidents
Mesdames, Messieurs,

Par le présent message, nous vous soumettons le projet d'une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, en vous priant de l'adopter.

Nous vous proposons simultanément de classer les interventions parlementaires suivantes:

- | | | | |
|------|---|---------|--|
| 2013 | M | 12.4098 | LAMal. Abrogation d'une disposition inadéquate et inéquitable (E 18.3.2013, Kuprecht; N 12.9.2013) |
| 2013 | M | 12.4224 | LAMal. Abrogation d'une disposition inadéquate et inéquitable (N 22.3.2013, Humbel; E 9.9.2013) |

Nous vous prions d'agréer, Messieurs les Présidents, Mesdames, Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

18 novembre 2015

Au nom du Conseil fédéral suisse:

La présidente de la Confédération, Simonetta Sommaruga
La chancelière de la Confédération, Corina Casanova

Condensé

La présente révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) concerne principalement des dispositions qui ont une portée internationale. Une coopération transfrontalière dans le secteur de la santé doit à l'avenir être possible dans les régions proches de la frontière. Il s'agit de créer une base légale suffisante pour les dispositions d'ordonnance déjà en place concernant le non-paiement des primes et des participations aux coûts par les assurés qui résident dans un Etat de l'UE de l'AELE. Autre nouveauté, toute personne assurée en Suisse aura la possibilité de choisir librement son médecin partout en Suisse et ce, sans subir de préjudice financier.

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). Les projets pilotes menés dans les régions de Bâle/Lörrach et de Saint-Gall/Liechtenstein ont fait leurs preuves. Aussi le Conseil fédéral propose-t-il de rendre possible de façon durable une telle coopération internationale dans toutes les régions frontalières.

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).

Au niveau de la prise en charge des frais hospitaliers, les nouvelles dispositions corrigent un avantage actuel que possèdent les assurés UE/AELE sur ceux qui résident en Suisse.

Le Conseil fédéral propose par ailleurs de compléter l'art. 64a LAMal, de façon à créer une base légale suffisante pour une réglementation différenciée dans l'OAMal du non-paiement des primes et des participations aux coûts par les assurés qui résident dans un Etat de l'UE/AELE.

Dans un quatrième et dernier domaine, le Conseil fédéral vise à répondre aux motions Kuprecht 12.4098 et Humbel 12.4224 «LAMal. Abrogation d'une disposition inadéquate et inéquitable» adoptées par le Parlement. La LAMal doit encore être adaptée afin qu'en cas de traitement ambulatoire, toutes les personnes assurées en Suisse aient comme jusqu'ici le libre choix entre les fournisseurs de prestations admises et que dorénavant, l'assureur-maladie prenne en charge dans tous les cas les coûts selon le tarif applicable au fournisseur de prestations choisi. Une disposition analogue de la loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire doit être adaptée par la même occasion.

Message

1 Présentation du projet

1.1 Contexte

1.1.1 Coopération frontalière

Depuis 2006, des projets pilotes pour la prise en charge de prestations fournies à l'étranger peuvent être menés pour une durée limitée. Désormais, une telle coopération transfrontalière doit être durablement possible dans les zones frontalières.

L'art. 36a de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)¹ est entré 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 à l'étranger, 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 Conseil fédéral a modifié l'art. 36a, al. 3, let. a, OAMal le 15 octobre 2014, avec pour effet que les projets pilotes peuvent être prolongés une seconde fois de quatre ans de façon à se poursuivre jusqu'à l'entrée en vigueur de la présente révision de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)². Cette modification de l'OAMal est entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2014.

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. La législation allemande en matière d'assurances sociales a été adaptée dans ce contexte, 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 de coordination de l'Union européenne (UE). 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, orthopédique notamment, qui ont été suivis en Allemagne voisine. Le rapport de monitoring de l'Obsan publié en juin 2015 fait état d'un faible nombre de personnes (2011: 224; 2012: 269; 2013: 251; 2014: 233) ayant 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

¹ RS 832.102

² RS 832.10

permet pas de dire si le projet pilote a contribué à faire baisser les coûts de l'assurance-maladie de façon notable. Cela tient certainement au nombre limité de cas. Selon les études publiées par l'Obsan, la majorité des assurés étaient satisfaits de ces traitements. Suite à sa seconde prolongation, le projet pilote peut être mené jusqu'au 31 décembre 2018.

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, le 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. Le 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 porter préjudice à la coopération entre le canton de Saint-Gall et la Principauté de Liechtenstein, et aboutir à une réduction du nombre de patients liechtensteinois adressés aux hôpitaux saint-gallois. Le projet pilote peut être poursuivi jusqu'au 31 décembre 2019, grâce à une seconde prolongation.

L'art. 36a OAMal ne constitue pas une base suffisante pour ces projets pilotes. La modification du 30 septembre 2011 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie³ (Réseaux de soins) devait créer une base légale formelle avec l'art. 34 LAMal. Or, ce projet a été refusé en votation populaire le 17 juin 2012. Etant donné que la base légale pour des projets pilotes était un élément du projet Managed Care qui n'était pas contesté, 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, parce qu'une nouvelle prolongation n'est pas possible au niveau de l'ordonnance.

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 a 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 la LAMal 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

3 FF 2011 6849

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'UE, 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/UE⁴.

1.1.2 Prise en charge des frais de traitement hospitalier en Suisse d'assurés qui résident dans un Etat de l'UE ou de l'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)⁵, qui est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, et la Convention du 4 janvier 1960 instituant l'Association européenne de libre-échange (convention AELE)⁶ 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'UE ou de l'AELE (par ex., frontaliers et rentiers). C'est pourquoi la LAMal a été révisée au 1^{er} juin 2002⁷. Des dispositions y ont été intégrées pour ce nouveau groupe d'assurés, par exemple sur le devoir d'information des cantons (art. 6a LAMal) ou sur la réduction des primes par les cantons (art. 65a LAMal). 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 une nouvelle disposition en lien avec la prise en charge des frais de traitement hospitalier pour les assurés qui résident dans un Etat de l'UE/AELE.

Dans ce contexte, les assurés UE/AELE étaient avantagés jusqu'ici par rapport à ceux qui résident en Suisse. En cas de traitement hospitalier en Suisse, ils peuvent choisir librement parmi les hôpitaux répertoriés. Les coûts sont pris en charge par les assureurs conformément à l'art. 37 OAMal selon le tarif applicable à l'hôpital choisi.

4 Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, JO L 88 du 4.4.2011, p. 45

5 RS **0.142.112.681**

6 RS **0.632.31**

7 RO **2002 858**

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

L'art. 64a, al. 9, LAMal contient lui aussi une disposition qui ne concerne que les assurés UE/AELE. Il prévoit que le Conseil fédéral édicte des dispositions sur la procédure applicable aux personnes soumises à l'obligation de s'assurer qui résident dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE et qui ne paient pas leurs primes ou leurs participations aux coûts. Il l'a déjà fait pour l'actuel art. 105m OAMal. En effet, l'interdiction de discrimination reprise avec le droit de coordination de l'UE a nécessité d'étendre autant que possible l'art. 64a LAMal aux assurés UE/AELE. Il serait contraire à l'interdiction de discrimination que les assureurs-maladie puissent, à certaines conditions, suspendre la prise en charge des coûts des prestations de tous les assurés UE/AELE en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts. Pour cette raison, le Conseil fédéral a édicté les réglementations différenciées de l'art. 105m OAMal, qui se sont révélées le plus souvent appropriées dans la pratique.

La norme de délégation de l'art. 64a, al. 9, LAMal est cependant 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 transitoire, 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 et de créer la base légale requise.

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

Les motions au contenu identique Kuprecht 12.4098 et Humbel 12.4224 «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 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, 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.

1.2 Dispositif proposé

1.2.1 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 (par 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'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.

Les assurés qui recourent aux deux projets pilotes existants ne sont pas nombreux. 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. Chez les fournisseurs de prestations des zones frontalières, il est également possible de profiter des synergies entre les infrastructures techniques et les ressources en personnel. L'offre de soins dans les régions transfrontalières est en outre améliorée si les assurés qui habitent dans ces régions peuvent également continuer à suivre des traitements hospitaliers ou ambulatoires auprès de fournisseurs de prestations étrangers sélectionnés.

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 figure dans le droit des Etats voisins et n'est pas l'objet de la présente révision.

Pour toutes ces raisons, la LAMal doit être révisée de façon à permettre la poursuite à long terme des projets pilotes existants et la mise en place de nouvelles coopérations transfrontalières. Sans base légale formelle, les deux projets pilotes en cours devraient être abandonnés au terme de la période d'autorisation. La base de coopérations transfrontalières doit désormais être inscrite dans la LAMal. Comme jusqu'ici, ces coopérations 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 modification de l'art. 34, al. 2, LAMal proposée comprend une norme de délégation au Conseil fédéral. Il appartiendra 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 et les coopérations transfrontalières seront liées aux conditions suivantes à l'avenir également:

- Les coopérations se limitent à un ou plusieurs cantons frontaliers et à un ou plusieurs assureurs-maladie, qui doivent solliciter auprès de la Confédération l'autorisation correspondante. Il ne peut donc y avoir de coopération transfrontalière contre la volonté d'un canton transfrontalier.
- Les coopérations se limitent aux régions frontalières.
- Les fournisseurs de prestations étrangers autorisés à fournir des prestations dans le cadre de la coopération seront inscrits sur une liste. Ils doivent 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 coopérations transfrontalières ne seront accessibles qu'aux personnes résidant dans le ou les cantons en question et assurées auprès d'un assureur-maladie participant à la coopération.
- Les tarifs convenus entre les assureurs-maladie suisses et les fournisseurs de prestations étrangers pour les prestations fournies à l'étranger ne doivent pas être supérieurs aux tarifs suisses applicables au domicile des assurés. En cas de traitement hospitalier, on entend dans ce contexte la part des coûts que l'assureur-maladie doit prendre en charge en vertu de l'art. 49a, al. 2, LAMal.
- Dans le cadre des coopérations, l'assurance ne rembourse que les prestations obligatoirement prises en charge par la LAMal. Il peut s'agir ici de traitements ambulatoires comme de traitements hospitaliers.
- Les hôpitaux étrangers ne pourront pas figurer sur la liste hospitalière cantonale correspondante. Les cantons restent tenus de proposer à toutes les personnes assurées en Suisse une offre de prestations adaptée aux besoins sur sol helvétique.

- Les assurés ne pourront être contraints de suivre un traitement à l'étranger.
- Les assureurs ne sont pas autorisés à développer en tant que forme particulière d'assurance avec réduction de prime la possibilité de se faire traiter de l'autre côté de la frontière.
- Les coopérations transfrontalières feront l'objet d'un suivi scientifique.

Le Conseil fédéral édictera au besoin d'autres prescriptions et fixera d'autres conditions dans le cadre de la révision de l'OAMal. Dans ce contexte, il n'obligera pas les cantons à participer financièrement aux traitements hospitaliers fournis à l'étranger en zone frontalière. Ils sont toutefois libres d'y apporter une contribution financière.

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

Les frontaliers et les membres de leur famille, les membres non actifs de la famille de personnes qui sont titulaires d'une autorisation de séjour en Suisse, ainsi que les personnes qui perçoivent une prestation de l'assurance-chômage suisse et les membres de leur famille ont le libre choix entre les hôpitaux répertoriés, selon les nouvelles dispositions de l'art. 41, al. 2 et 2^{bis}, P-LAMal. L'assureur assume les rémunérations forfaitaires conformément à l'art. 37 OAMal, jusqu'à concurrence du tarif applicable pour le traitement concerné dans un hôpital répertorié du canton auquel ils sont rattachés. Si ces assurés UE/AELE se font soigner dans un autre hôpital répertorié sans que des raisons médicales ne le justifient, ils devront prendre en charge l'excédent de coûts éventuel.

Le canton avec lequel ces assurés UE/AELE ont un lien actuel apparaît clairement. Il s'agit du même canton que pour la réduction de primes accordée aux assurés UE/AELE en vertu de l'art. 65a LAMal, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2002. Le canton dans lequel la personne exerçant une activité lucrative à son domicile – ou son lieu de travail, si elle réside dans un Etat membre de l'UE/AELE – est compétent aussi bien pour cette personne que pour les membres de sa famille. Dans le cas des personnes qui perçoivent une prestation de l'assurance-chômage suisse et des membres de leur famille, c'est le canton du dernier domicile ou du dernier lieu de travail de la personne au chômage qui est compétent. C'est ce qui ressort du message du 31 mai 2000 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie⁸.

Sur la base des nouvelles dispositions prévues à l'art. 41, al. 2 et 2^{ter}, P-LAMal, les rentiers et les membres de leur famille pourront aussi choisir librement parmi tous les hôpitaux répertoriés. L'assureur assumera les rémunérations forfaitaires sur la base de l'art. 37 OAMal jusqu'à concurrence du tarif applicable pour le traitement concerné dans un hôpital répertorié du canton de référence. Si ces assurés UE/AELE se font soigner dans un autre hôpital répertorié sans que des raisons médicales ne le justifient, ils devront prendre en charge l'excédent de coûts éventuel. Le Conseil

⁸ FF 2000 3751 3759

fédéral désignera par voie d'ordonnance le canton de référence, soit le canton dont les tarifs des hôpitaux répertoriés se rapprochent le plus du tarif moyen au niveau suisse.

Cette nouvelle règle met fin à un avantage actuel des assurés UE/AELE par rapport aux assurés qui résident en Suisse pour la prise en charge des frais de traitement hospitalier en Suisse.

1.2.3 Conséquences du non-paiement des primes et des participations aux coûts par les assurés qui résident dans un Etat de l'UE ou de l'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 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 principales de ces assurés, ou le canton responsable des prestations de l'assurance-chômage prenne en charge 85 % des créances non recouvrées. Il est vrai que la disposition de l'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 en charge ces coûts. 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'UE/AELE à l'exception de l'Allemagne et 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 est aussi nécessaire de créer une base légale formelle suffisante habilitant le Conseil fédéral à accorder dans ces cas ce droit aux assureurs.

1.2.4 **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 exécution des motions au contenu identique Kuprecht 12.4098 et Humbel 12.4224, «LAMal. Abrogation d'une disposition inadéquate et inéquitable», transmises 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 actuellement 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 doit être 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.

Comme à la différence des prestations hospitalières (art. 49a LAMal), il n'est en principe pas prévu que les cantons assument une part des coûts des prestations ambulatoires, cette adaptation n'aura de conséquences que pour les assureurs-maladie. Ceux-ci devront dorénavant rémunérer les prestations ambulatoires au tarif en vigueur au lieu de traitement. A propos du financement des coûts des soins, il incombe toujours aux cantons de régler le financement résiduel, comme le prévoit la dernière phrase de l'art. 25a, al. 5, LAMal. Il est à noter que dans ce domaine également, les assurés ont la liberté de choix parmi les fournisseurs de prestations.

La loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire (LAM)⁹ contient à l'art. 17, al. 2 et 4, des dispositions analogues à l'art. 41, al. 1, LAMal. On profite de la 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 (art. 17, al. 2, LAM), est supprimée. C'est pourquoi la disposition de l'art. 17, al. 4, LAM 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 doivent être 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.

⁹ RS 833.1

1.2.5 Adaptations nécessaires au droit de l'UE

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

1.3 Comparaison avec le droit du Conseil de l'Europe

La Charte sociale européenne du 18 octobre 1961 garantit le respect des droits sociaux et économiques fondamentaux dans les Etats parties à l'accord. Le droit à la sécurité sociale est inscrit à l'art. 12 de la Charte sociale: les parties contractantes s'engagent à établir ou à maintenir un régime de sécurité sociale, à le maintenir à un niveau satisfaisant, à s'efforcer de le porter progressivement à un niveau supérieur et à prendre des mesures pour assurer l'égalité de traitement entre les nationaux de chacune des parties contractantes et les ressortissants des autres parties en ce qui concerne les droits à la sécurité sociale. La Suisse a signé la charte le 6 mai 1976, mais le Parlement a refusé en 1987 sa ratification.

La Charte sociale européenne (révisée) du 3 mai 1996 a mis à jour et adapté matériellement la charte de 1961. Elle constitue un traité séparé et n'abroge donc pas la charte de 1961. Le droit à la sécurité sociale y est également inscrit à l'art. 12. Cette charte révisée est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 1999. La Suisse ne l'a pas ratifiée.

Le 16 septembre 1977, la Suisse a en revanche ratifié le Code européen de sécurité sociale du 16 avril 1964¹⁰. La Suisse a cependant exclu l'application de la partie II relative aux soins médicaux. Concernant l'organisation des systèmes d'assurances sociales, l'art. 71 du code prévoit que des représentants des personnes protégées doivent participer à l'administration ou y être associés avec pouvoir consultatif dans des conditions prescrites lorsque l'administration n'est pas assurée par un département gouvernemental responsable devant un parlement; la législation nationale peut aussi prévoir la participation de représentants des employeurs et des autorités publiques. Le code est complété par un protocole, qui fixe des normes supérieures. La Suisse n'a pas ratifié ce dernier.

Le Code européen de sécurité sociale (révisé) du 6 novembre 1990 est lui aussi un traité distinct du code de 1964; il ne le remplace donc pas. Le code révisé augmente les normes précédentes en étendant le champ d'application personnel, en octroyant de nouvelles prestations et en relevant le montant des prestations en nature. Il introduit parallèlement une plus grande flexibilité en simplifiant les conditions de ratification et en formulant les normes de manière à tenir compte le mieux possible des réglementations des différents Etats. Le code révisé n'a pour l'heure été ratifié que par un seul Etat; il n'est donc pas encore entré en vigueur, étant donné que deux

¹⁰ RS 0.831.104

ratifications au moins sont nécessaires à cet effet (art. 84, al. 2, du code européen de sécurité sociale révisé).

1.4 Classement d'interventions parlementaires

Le Conseil fédéral propose de classer les interventions parlementaires suivantes: motion 12.4098 Kuprecht «LAMal. Abrogation d'une disposition inadéquate et inéquitable» et motion 12.4224 Humbel «LAMal. Abrogation d'une disposition inadéquate et inéquitable».

Les deux motions adoptées par le Parlement demandent que pour les prestations ambulatoires, toutes les personnes assurées en Suisse aient le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et que désormais, les coûts soient pris en charge par les assureurs-maladie selon le tarif applicable au fournisseur de prestations choisi par l'assuré. Le présent projet de loi met en œuvre ces deux interventions.

1.5 Résultats de la procédure de consultation

Le 15 octobre 2014, le Conseil fédéral a ouvert la consultation sur la modification de la LAMal (adaptation de dispositions ayant une portée internationale). Celle-ci s'est terminée le 15 février 2015.

La majorité des participants, à l'exception des fournisseurs de prestations, a accueilli favorablement la disposition relative à la coopération transfrontalière.

Tous les cantons, sauf GE et NE, rejettent les nouvelles dispositions concernant la prise en charge des frais des traitements hospitaliers en Suisse des assurés UE/AELE. Ils ne sont pas prêts à participer à ces coûts comme ils le font pour les assurés domiciliés en Suisse.

La création d'une base légale suffisante pour régler les conséquences du non-paiement des primes et des participations aux coûts par des assurés qui résident dans un Etat de l'UE ou de l'AELE est acceptée par la majorité des participants. Sept cantons demandent en revanche de pouvoir suspendre les prestations de tous les assurés UE/AELE en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts.

Tous les participants approuvent les modifications relatives au choix du fournisseur de prestations et à la prise en charge des coûts des traitements ambulatoires pour toutes les personnes assurées en Suisse.

Les détails de la consultation sont disponibles dans le rapport sur les résultats de la consultation¹¹.

En raison de l'opposition des cantons, le Conseil fédéral renonce aux dispositions qui contraignent ces derniers à prendre en charge également la contribution canto-

¹¹ Le rapport sur les résultats de la consultation est disponible sous www.admin.ch > Droit fédéral > Procédures de consultation > Procédures de consultation et d'auditions terminées > 2014 > DFI

nale pour les traitements stationnaires en Suisse des assurés UE/AELE, comme c'est le cas pour les assurés résidant en Suisse. Le Conseil fédéral a examiné l'amélioration proposée dans le cadre de la procédure de consultation et concernant le choix de l'établissement hospitalier ainsi que la prise en charge des coûts des assurés UE/AELE par rapport à la situation des assurés résidant en Suisse. Il a adapté son projet en conséquence. Le présent message contient différentes précisions allant dans le sens des remarques émises lors de la consultation.

2 **Commentaire des dispositions**

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. L'exception au principe de territorialité introduite par la coopération transfrontalière concerne le deuxième point de l'art. 34, al. 2, let. a. 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.

L'introduction de la coopération transfrontalière dans la liste de l'art. 34, al. 2, accorde au Conseil fédéral la compétence d'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. Lors de la formulation des dispositions d'ordonnance, le Conseil fédéral suivra pour l'essentiel les mêmes critères que l'actuel art. 36a OAMal.

Titre précédant l'art. 41

Lors de l'introduction de l'art. 41a LAMal, aucun titre n'a été donné à l'art. 41 LAMal qui était jusqu'alors l'unique disposition de la section. L'adaptation du titre précédant l'art. 41 LAMal a également été omise. C'est pourquoi le titre précédant l'art. 41 est complété. Le titre actuel précédant l'art. 41 LAMal devient le titre de cette disposition et le titre de l'art. 41a LAMal est également complété.

Art. 41, al. 1, 2^e phrase, 2, 2^{bis} et 2^{ter}

En exécution des motions Kuprecht 12.4098 et Humbel 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'actuel 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 est remplacé par un nouvel al. 2, selon

lequel en cas de traitement hospitalier en Suisse, les assurés UE/AELE ont également le libre choix entre les hôpitaux répertoriés.

Le nouvel al. 2^{bis} prévoit que si des assurés UE/AELE ont un lien actuel avec un canton, ce dernier est déterminant pour la rémunération de la prestation. L'assureur assume la prise en charge selon l'art. 37 OAMal à concurrence du tarif applicable dans ce canton

Le nouvel al. 2^{er} prévoit que si des assurés UE/AELE n'ont pas de lien actuel avec la Suisse, l'assureur assume la rémunération conformément à l'art. 37 OAMal à concurrence du tarif applicable dans un canton de référence. Ce dernier est déterminé par le Conseil fédéral.

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.

Selon cette disposition, 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, ce qui a déjà été fait à l'art. 105m, al. 1, OAMal.

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 en outre accorder aux assureurs-maladie le droit de suspendre la prise en charge des prestations.

Art. 79a

Seul le renvoi à l'art. 25a est ajouté dans cet article.

Art. 95a

Pour que les dispositions sur la coordination prévues par l'ALCP s'appliquent en plus des dispositions de lois nationales et priment 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 mentionnés¹². 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, la section A de son annexe II a été modifiée par quatre décisions du Comité mixte: la décision n° 2/2003 du 15 juillet 2003¹³, la décision no 1/2006 du 6 juillet 2006¹⁴, la décision no 1/2012 du 31 mars 2012¹⁵ et la décision n° 1/2014 du 28 novembre 2014¹⁶. Le Conseil

¹² Message du 23 juin 1999 relatif à l'approbation des accords sectoriels entre la Suisse et la CE, ch. 275.211, FF 1999 5440 5662

¹³ RO 2004 1277

¹⁴ RO 2006 5851

¹⁵ RO 2012 2345

¹⁶ RO 2015 333

fédéral a approuvé de sa propre autorité les actualisations de la section A 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 la section A de 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 au droit de l'UE faits dans les lois de sécurité sociale.

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° 883/2004¹⁷ et n° 987/2009¹⁸, où les principes de coordination des règlements (CEE) n° 1408/71¹⁹ et n° 574/72²⁰ ont été mis à jour et qui sont déterminants pour la Suisse depuis la troisième actualisation de la section A de l'annexe II ALCP, seront mentionnés dans cette norme. La section A de 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° 883/2004 et n° 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° 1408/71 et n° 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 la section A de 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'ALCP est applicable.

¹⁷ Règlement (CE) n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale; RS **0.831.109.268.1**

¹⁸ Règlement (CE) n°987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale; RS **0.831.109.268.11**

¹⁹ Règlement (CEE) n°1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté

²⁰ Règlement (CEE) n°574/75 du Conseil du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n°1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté

*Modification d'un autre acte***Loi fédérale sur l'assurance-militaire**

Etant donné que la révision de la LAMal du 21 décembre 2007²¹ 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, et 71, al. 1, LAM, les ajustements grammaticaux nécessaires étant effectués.

A l'art. 17, al. 2 et 4, 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 Conséquences**3.1 Conséquences pour la Confédération**

La modification de la LAMal n'a pas de conséquences financières pour la Confédération, ni n'effets sur son organisation ou son personnel.

3.2 Conséquences financières pour les cantons

En conférant aux projets pilotes en cours dans les régions frontalières la possibilité de revêtir un caractère permanent, la nouvelle disposition vise à garantir l'exploitation des synergies potentielles au niveau de l'infrastructure technique et des ressources humaines. La nouvelle coopération transfrontalière permettra de tirer parti de tels avantages dans toutes les régions frontalières. La nouvelle disposition n'entraînera aucun coût pour les cantons. Dans les deux projets pilotes existants, les cantons assument la part cantonale, alors même qu'ils n'en ont pas l'obligation légale pour des traitements hospitaliers effectués à l'étranger. La nouvelle coopération transfrontalière leur offre la même liberté. Elle n'engendre pas de coûts supplémentaires pour les cantons, faute de traitement simultané en Suisse auquel il leur faudrait participer.

Les autres dispositions n'ont pas de conséquences financières pour les cantons.

²¹ RO 2008 2049

3.3 Conséquences financières pour l'assurance-maladie

La nouvelle disposition relative à la coopération transfrontalière permanente ne devrait pas entraîner de coûts supplémentaires pour l'assurance-maladie, malgré l'élargissement de l'offre. Car il est déjà prévu aujourd'hui au niveau de l'ordonnance que les tarifs des prestations fournies à l'étranger ne doivent pas être supérieurs aux tarifs suisses, et d'ailleurs les projets pilotes existants ont montré qu'il n'y a pas eu d'augmentation du volume de prestations.

L'adaptation de l'art. 41, al. 1, 2^e phrase, LAMal et la suppression de son al. 2 ont pour effet, d'une part, une diminution des frais administratifs, étant donné que les dispositions actuelles exigent un lourd travail administratif de la part des assureurs-maladie, qui doivent procéder à l'examen des cas individuels. D'autre part, la révision concernant les traitements ambulatoires est susceptible d'entraîner des hausses de coûts. Selon les calculs de l'OFSP, la hausse des coûts des prestations ne devrait pas dépasser la baisse des coûts administratifs des assureurs-maladie. D'où l'absence de conséquences financières pour l'assurance-maladie.

Les autres dispositions n'ont pas de conséquences financières pour l'assurance-maladie.

3.4 Conséquences économiques

Il ne faut pas s'attendre à des conséquences économiques.

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

4.1 Relation avec le programme de la législature

Le projet n'a été annoncé ni dans le message du 25 janvier 2012 sur le programme de la législature 2011 à 2015²², ni dans l'arrêté fédéral du 15 juin 2012 sur le programme de la législature 2011 à 2015²³.

La modification législative proposée est néanmoins judicieuse car sans elle la coopération transfrontalière existante ne pourrait pas être poursuivie.

4.2 Relation avec les stratégies nationales du Conseil fédéral

La disposition du présent projet relative à la coopération transfrontalière concrétise une mesure découlant de l'objectif «Renforcer l'ancrage international» de la stratégie du Conseil fédéral «Santé 2020».

²² FF 2012 349

²³ FF 2012 6667

5 Aspects juridiques

5.1 Constitutionnalité et légalité

Le projet se fonde sur l'art. 117 de la Constitution²⁴ (Cst.). Aux termes de cette disposition, la Confédération légifère sur l'assurance-maladie et l'assurance-accidents.

5.2 Compatibilité avec les obligations internationales

Les présentes modifications de loi sont compatibles avec les obligations internationales contractées par la Suisse, et en particulier avec l'ALCP et avec la convention AELE. L'annexe II de l'ALCP et l'appendice 2 de l'annexe K de la convention AELE rendent applicable à la Suisse dans ses rapports avec les Etats UE/AELE le droit de coordination de l'UE concernant les systèmes de sécurité sociale. Ce droit ne vise pas à harmoniser les systèmes nationaux de sécurité sociale dans l'optique de la libre circulation des personnes. Les Etats 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. Ce faisant, ils doivent cependant observer les principes de coordination tels que l'interdiction de la discrimination, le calcul des périodes d'assurance et la fourniture transfrontalière de prestations, qui sont réglés dans le règlement (CE) n°883/2004 et dans le règlement d'application (CE) n°987/2009.

5.3 Forme de l'acte à adopter

Les dispositions proposées contiennent d'importantes règles portant sur les droits et obligations des cantons, des assureurs et des assurés. D'où la nécessité d'une base légale formelle claire.

5.4 Frein aux dépenses

Aux termes de l'art. 159 Cst., les dispositions relatives aux subventions, les crédits d'engagement et les plafonds de dépenses doivent être adoptés à la majorité des membres de chaque conseil s'ils entraînent de nouvelles dépenses uniques de plus de 20 millions de francs ou de nouvelles dépenses périodiques de plus de 2 millions de francs. Comme le projet ne prévoit aucune disposition entraînant des subventions ni aucune décision de financement à la charge de la Confédération, il n'est pas soumis au frein des dépenses.

²⁴ RS 101

5.5 Délégation de compétences législatives

L'art. 96 LAMal donne au Conseil fédéral la compétence d'édicter des dispositions d'exécution dans le domaine de l'assurance-maladie sociale.

Le projet habilite le Conseil fédéral à édicter des dispositions dans les domaines suivants:

Il lui incombe de définir les conditions de prise en charge des coûts des prestations fournies à l'étranger, dans le cadre de la coopération transfrontalière, à des assurés qui résident en Suisse (art. 34, al. 2, let. a, P-LAMal).

En vertu du nouvel art. 41, al. 2^{ter}, P-LAMal, le Conseil fédéral doit déterminer un canton de référence. En cas de traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, suivi par des assurés qui résident dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE et qui touchent une rente suisse ou par des membres de leur famille, ledit traitement sera rémunéré jusqu'à concurrence du tarif applicable dans un hôpital répertorié du canton de référence.

Le complément apporté à la délégation par l'art. 64a, al. 9, P-LAMal ne fait que créer la base légale nécessaire aux dispositions d'ordonnance déjà en place.