



Société vaudoise de médecine

Annexe 3

09.xxx

**Message
concernant la modification de la loi fédérale
sur l'assurance-maladie
(Mesures pour endiguer l'évolution des coûts)**

du 29 mai 2009

Madame la Présidente,
Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs,

Nous vous soumettons, par le présent message, une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, en vous proposant de l'adopter.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Présidente, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

29 mai 2009

Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération, Hans-Rudolf Merz
La chancelière de la Confédération, Corina Casanova

Condensé

Les dépenses assumées par les assureurs pour les prestations de l'assurance obligatoire des soins ont excédé les recettes provenant des primes en 2008, tendance qui se dessine à nouveau pour 2009. Partant, les assureurs ont dû puiser dans les réserves, ce qui a entraîné une diminution du taux de réserve en deçà du minimum légal. La situation difficile sur le marché financier renforce cette tendance. Ainsi, en tablant sur une hausse des coûts de 4 % et en vue d'atteindre d'ici la fin 2010 le taux de réserve minimal fixé par la loi, il est nécessaire d'augmenter les primes 2010 de l'ordre de 15 %. Dans ce contexte, le Conseil fédéral estime indispensable de prendre rapidement des mesures efficaces pour endiguer l'évolution des coûts.

Les débats parlementaires relatifs aux propositions du Conseil fédéral de réviser la LAMal dans les domaines de la participation aux coûts, de la liberté de contracter et du « managed care » sont en cours. Une hausse considérable des primes se dessinant pour l'année prochaine, il n'est pas envisageable d'attendre l'entrée en vigueur des projets examinés par le au Parlement.

Comme les Chambres fédérales ont adopté, en décembre 2007, une nouvelle réglementation du financement hospitalier, l'endiguement des coûts dans le secteur hospitalier suit son cours. Les processus correspondants ont été lancés, et il n'est pour l'heure pas opportun d'aller plus avant en la matière. En revanche, il est nécessaire d'intervenir sur l'évolution des coûts dans les secteurs ambulatoire et ambulatoire des hôpitaux. Les présentes mesures urgentes proposées par le Conseil fédéral doivent notamment déployer leurs effets dans ces secteurs. A ce propos, aucune des mesures proposées en 2004 pour maîtriser les coûts n'a encore été mise en œuvre. Les mesures inscrites dans le présent projet visent aussi bien l'offre que la demande. D'une part, les cantons sont tenus de piloter l'offre dans le secteur ambulatoire hospitalier en plus de leur tâche actuelle de planification du secteur hospitalier. D'autre part, les mesures suivantes se répercutent sur la demande: le prélèvement d'un ticket modérateur dont l'assuré doit s'acquitter en espèces et la création d'un service de consultation par téléphone, gratuit et accessible à l'ensemble des assurés avant d'aller consulter un médecin le cas échéant. Enfin, la compétence de baisser les prix (tarifs) est déléguée au Conseil fédéral si une hausse des coûts supérieure à la moyenne est enregistrée dans un certain secteur. En inscrivant ces mesures dans la loi, le Conseil fédéral entend garantir que le principe de maîtrise des coûts agira aussi sur les secteurs ambulatoire et ambulatoire des hôpitaux.

Afin d'atténuer les augmentations de primes annoncées en faveur des personnes en situation économique précaire, le Conseil fédéral prévoit par ailleurs pour une durée limitée et à titre de mesure conjoncturelle d'engager des moyens supplémentaires de 200 millions de francs en 2010..

Message

1 **Grandes lignes du projet**

1.1 **Contexte**

Les annonces des assureurs-maladie sur l'évolution de leurs finances rend prévisible, pour 2010, une hausse considérable des primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10). Deux raisons expliquent ce phénomène: d'une part, la hausse des coûts en 2008 a été plus élevée que celle prévue par les assureurs lors de la communication des primes et, d'autre part, en 2009 également, les dépenses assumées par ces derniers devraient excéder les recettes provenant des primes. Ces facteurs ont entraîné des pertes, ayant pour conséquence une diminution d'environ 4 % le taux de réserve en 2008. Cette tendance se poursuivra en 2009. En outre, les marchés financiers ont subi des pertes inattendues. De fait, le taux de réserve devrait être de l'ordre 9 % à la fin 2009, soit 2,5 % sous le taux de réserve minimal. En raison de primes trop basses par rapport à l'évolution des coûts en 2008 et en 2009, il existe un besoin de rattrapage. Or, celui-ci occasionne à lui seul une augmentation des primes de 7 % environ.

Au regard de l'évolution de ces dernières années, il faut également s'attendre à l'avenir à une hausse annuelle des coûts de 4 à 4,5 %. En partant d'une augmentation attendue de cet ordre et compte tenu du fait que, avec des primes en hausse, il faut aussi accroître les réserves afin de maintenir le même taux, les recettes des assureurs doivent augmenter de près de 12 % en 2010. Or, pour obtenir des recettes supplémentaires de 12 % sur les primes, il faut augmenter ces dernières de 13 % environ, puisque les assurés choisissent souvent, en cas de hausse, des modèles d'assurance meilleur marché. Ainsi, pour atteindre d'ici la fin 2010 le taux de réserve minimal de 11,5 % fixé par la loi, il est nécessaire d'augmenter les primes de l'ordre de 15 %. Par ailleurs, la situation varie selon l'assureur et le canton.

Dans le contexte économique actuel, le Conseil fédéral estime que la baisse du pouvoir d'achat qui découle de cette hausse n'est pas supportable pour la population. A la condition d'un apaisement graduel de la crise financière internationale et d'une reprise progressive de l'économie mondiale, les experts du Département fédéral de l'économie tablent sur une croissance légèrement positive pour l'économie suisse en 2010. Cependant, il faut encore s'attendre à une dégradation du marché du travail l'année prochaine. Partant, le Conseil fédéral estime urgent d'agir prioritairement sur les futures augmentations des coûts de l'AOS, sur lesquelles les assureurs se basent pour calculer les primes. C'est pourquoi ces mesures sont proposées sous la forme d'une loi fédérale urgente limitée à trois ans.

1.2 **Projets de révision en cours**

En 2004, le Conseil fédéral a notamment proposé de réviser la LAMal dans les domaines de la liberté de contracter, de la participation aux coûts et du *managed care* (FF 2004 4085 4135 et 5283). Les projets font l'objet des débats parlementaires. Le Conseil fédéral n'envisage pas de préjuger de ces débats en proposant de

prendre des mesures urgentes. Il est nécessaire de prendre plutôt des mesures ponctuelles en vue de maîtriser, dans un bref délai, les coûts dans certains secteurs.

1.3 Objectifs politiques

L'évolution des coûts peut être endiguée si l'on agit sur l'offre et la demande ainsi que sur les prix. Comme les Chambres fédérales ont décidé, en révisant la LAMal dans le secteur du financement hospitalier, des mesures visant à maîtriser aussi bien l'offre (planification hospitalière) que le prix (forfaits liés aux prestations), le présent projet ne prévoit aucune mesure en vue de réglementer davantage le domaine hospitalier. Les mesures proposées par le Conseil fédéral visent plutôt à agir ponctuellement et à court terme sur l'offre, la demande et les prix dans les secteurs ambulatoire et ambulatoire des hôpitaux.

1.4 Procédure de consultation relative au projet du Conseil fédéral concernant les mesures urgentes pour endiguer l'évolution des coûts

La procédure de consultation relative au projet du Conseil fédéral en vue de la révision de la LAMal concernant les mesures urgentes pour endiguer l'évolution des coûts a été ouverte le 6 mai 2009. Le 11 mai 2009, une audition a eu lieu sous la direction du chef du Département fédéral de l'intérieur. Environ 80 représentants des milieux intéressés y ont pris part. Les intéressés ont en outre eu la possibilité de se prononcer par écrit jusqu'au 15 mai 2009.

Aucune des modifications de la loi proposées par le Conseil fédéral n'a rencontré une adhésion totale. La mesure la mieux acceptée est l'introduction d'un service gratuit de conseil par téléphone pour tous les assurés. Le Conseil fédéral a été invité à veiller avec une attention particulière à la garantie de la qualité et de la protection des données. La prolongation de la durée du rapport d'assurance pour les assurés ayant choisi une franchise à option et l'augmentation de la fréquence du monitoring des coûts ont été acceptées par la majorité. Les propositions concernant le pilotage de l'offre dans le secteur ambulatoire, l'introduction d'un ticket modérateur de 30 francs et la délégation au Conseil fédéral de la compétence de baisser les tarifs dans le domaine ambulatoire ont reçu un accueil très mitigé ou ont été rejetées. L'augmentation envisagée des subsides fédéraux a été saluée par beaucoup de participants, refusée par principe par quelques-uns et considérée comme insuffisante par les autres.

2 Les changements proposés

2.1 Données des assureurs-maladie

Afin de permettre un contrôle continu de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie et de pouvoir réagir rapidement en cas de hausse imprévue des coûts dans des domaines particuliers de prestations, la transmission des données par les assureurs-maladie doit être ramenée à un rythme mensuel. Une telle modification de la fréquence du monitoring des coûts nécessite, d'une part, une modification de

l'art. 21, al. 4, LAMal et, d'autre part, une modification des dispositions d'application contenues dans l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102), en particulier de l'art. 28, al. 3, lequel définit le type de données que les assureurs-maladie doivent fournir à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour le monitoring de l'évolution des coûts dans l'assurance-maladie (adoption d'un nouvel art. 28, al. 3^{bis}, OAMal).

2.2 Tarifs

Dans son message du 26 mai 2004 relatif à la révision partielle de la LAMal portant sur la liberté de contracter, le Conseil fédéral a proposé l'introduction de cet instrument favorisant la concurrence dans le secteur ambulatoire. Le Conseil des Etats ayant décidé de ne pas entrer en matière lors de la session d'hiver 2008 et la réglementation actuelle concernant la clause du besoin pour les fournisseurs de prestations dans le secteur ambulatoire arrivant à échéance le 31 décembre 2009 (art. 55a LAMal), les instruments permettant de piloter l'offre dans le secteur ambulatoire manquent. Le seul instrument qui permette un certain pilotage des coûts dans le domaine ambulatoire est la convention concernant le contrôle et le pilotage des prestations et des prix dans le domaine TARMED (CPP nationale). Celle-ci a été conclue entre SantéSuisse et les sociétés cantonales de médecins et approuvée le 22 février 2006 par le Conseil fédéral. Elle s'applique en principe aux médecins indépendants dispensant des soins ambulatoires et prévoit un pilotage des coûts par le biais de la valeur du point tarifaire. Cependant, comme l'adhésion à la convention est facultative, et qu'elle n'est pas applicable dans tous les cantons, les effets de cet instrument sur l'ensemble des coûts du secteur ambulatoire est inconnu. L'introduction dans la loi de cet instrument n'est pas considéré par le Conseil fédéral comme opportun pour plusieurs raisons. Les solutions contractuelles de pilotage des coûts devront encore être possibles. Ensuite, l'introduction dans la loi d'une solution contractuelle n'est pas idoine parce que dans le cadre de la CPP nationale, il ne peut être que convenu d'entamer des négociations pour la réduction de la valeur du point, dès lors qu'un montant d'un certain volume a été dépassé. La réduction de la valeur du point pour chaque domaine n'a pas lieu automatiquement. Enfin, le Conseil fédéral est d'avis que les réductions tarifaires doivent être possibles sous certaines conditions comme moyens décisifs. Partant, il est nécessaire de créer un instrument en vue de maîtriser les coûts qui ait un effet immédiat sur les tarifs et sur les valeurs du point tarifaire («prix»). Aussi le projet propose-t-il de donner au Conseil fédéral la compétence de baisser, par voie d'ordonnance, de manière ciblée les valeurs du point tarifaire convenus ou fixés, ou encore les tarifs forfaitaires ou au temps consacré, dans les cantons connaissant une hausse des coûts supérieure à la moyenne dans le secteur ambulatoire. Il s'agit d'une compétence subsidiaire du Conseil fédéral, qui ne peut être exercée hors d'une situation d'urgence et sans tenir compte des compétences cantonales. Ces dernières années, nombre de cantons ont connu une évolution des coûts supérieure à la moyenne dans certains secteurs du domaine ambulatoire et ambulatoire des hôpitaux (cf. annexe). Par contre, la différenciation des valeurs du point tarifaire pour les généralistes et les spécialistes ou l'harmonisation intracantonale de la valeur du point sont du ressort des partenaires tarifaires.

2.3 Pilotage de l'offre dans le secteur ambulatoire hospitalier

Les coûts des prestations à charge de l'AOS dans le secteur ambulatoire hospitalier augmentent de manière supérieure à la moyenne depuis des années (cf. annexe). Par conséquent, il est nécessaire de prendre des mesures non seulement en matière de tarifs, mais aussi d'offres. Le pilotage cantonal du secteur ambulatoire hospitalier permet d'agir d'autorité sur l'offre ambulatoire des hôpitaux, d'empêcher que l'offre évolue ou s'étende indépendamment des besoins et garantit en outre la coordination avec le secteur hospitalier.

2.4 Service médical par téléphone

Ces dernières années, de nouveaux services par téléphone ou par Internet ont été développés en vue de procéder d'orienter l'assuré vers l'offre appropriée. Ces services sont de mieux en mieux acceptés en Suisse. Malgré le manque de preuves scientifiques, certaines expériences ont laissé entrevoir que les services téléphoniques peuvent contribuer à maîtriser les coûts. Le Conseil fédéral prévoit de rendre cette prestation obligatoire pour tous les assureurs, notamment en vue de compenser l'introduction du ticket modérateur. La permanence téléphonique fera ainsi partie de l'offre standard de tous les assureurs. Les assureurs ne peuvent gérer eux-mêmes ce service, mais doivent en confier la gestion à un organe indépendant, afin de garantir qu'ils n'aient pas accès aux données médicales des assurés. Une combinaison avec un service d'urgence cantonal ou régional existant est envisageable. L'exploitant de la permanence téléphonique doit en garantir la qualité et répond des éventuelles erreurs. La protection des données, même envers l'assureur mandant, est capitale.

Bien que le conseil par téléphone doive être effectué par des professionnels de la santé, il ne constitue pas une prestation LAMal, et les coûts de ce service sont considérés comme des frais administratifs des assureurs. La possibilité d'obtenir une réduction de prime liée à une forme d'assurance particulière par laquelle la personne assurée s'engage à toujours s'adresser en premier un service de conseil médical par téléphone doit demeurer.

2.5 Ticket modérateur

Dans le but de responsabiliser davantage les assurés et de contenir la demande en prestations médicales, le Conseil fédéral propose d'introduire, en plus de la franchise et de la quote-part de 10 %, un nouvel élément de participation aux coûts: le ticket modérateur. Cette participation aux coûts du traitement est assumée par l'assuré lui-même et décharge d'autant la communauté des assurés.

Le ticket modérateur doit être versée par les assurés pour tout traitement ambulatoire dispensé par un généraliste, un spécialiste ou un établissement hospitalier. Cet instrument existe depuis un certain temps en Allemagne (*Praxisgebühr*) et en France (taxe de consultation). Il vise à influencer le comportement des assurés en les obligeant à s'interroger sur la nécessité de faire appel à un médecin dans les cas bénins et à les inciter à utiliser, dans la mesure du possible, des moyens plus économiques (par ex. automédication). Le fait de devoir verser un certain montant en espèces

directement au fournisseur de prestations consulté a aussi un effet psychologique par son incidence financière immédiate.

Le Conseil fédéral propose que le ticket modérateur soit fixée dans la loi à 30 francs, montant suffisamment élevé pour dissuader les assurés de se rendre chez le médecin pour une consultation qui n'est pas vraiment indispensable et sans être dissuasif au point d'empêcher les assurés d'effectuer un traitement ambulatoire qu'ils estiment nécessaire. Le Conseil fédéral juge ce montant raisonnable et estime qu'un montant plus élevé, comme certains participants à la procédure de consultation l'ont proposé, serait disproportionné, dans la mesure où il constituerait une charge excessive pour les assurés par rapport à l'effet recherché. Toutefois, afin que les malades chroniques qui doivent se rendre régulièrement chez un médecin ne soient pas injustement pénalisés, le ticket modérateur n'est à la charge de l'assuré que pour les six premiers traitements ambulatoires par année civile. La charge supplémentaire ne dépassera pas 180 francs par an pour l'assuré. Les six premiers tickets modérateurs sont à la charge de l'assuré et seront prélevés en plus de la participation aux coûts actuelle (franchise et quote-part). Le fournisseur de prestations doit prélever le ticket modérateur lors de chaque consultation ambulatoire et ne lui est pas remboursée s'il ne le fait pas. L'assureur est toutefois tenu de prendre en compte les tickets modérateurs payés par l'assuré dès la septième consultation dans le décompte de la participation aux coûts de ce dernier (franchise et quote-part). En contrepartie, afin de ne pas alourdir exagérément les coûts à la charge des assurés qui ont régulièrement besoin de soins, le montant maximal de la quote-part au sens de l'art. 64, al. 2, let. b, LAMal, qui est actuellement de 700 francs pour les adultes, est réduit à 600 francs. L'art. 103, al. 2, OAMal, est modifié en conséquence.

Le Conseil fédéral estime par ailleurs, contrairement à certains participants à la procédure de consultation, que les frais de perception du ticket modérateur ne sont pas disproportionnés, eu égard aux économies financières que le ticket modérateur entraînera.

Pour assurer la cohérence avec le système actuel de participation aux coûts, les prestations spécifiques de maternité et les prestations de prévention effectuées dans le cadre de programmes nationaux et cantonaux, déjà exonérées de la franchise, sont exonérées du ticket modérateur. Pour les mêmes raisons, le Conseil fédéral propose que les enfants (jusqu'à 18 ans) soient totalement exemptés du ticket modérateur. L'introduction de ce nouvel instrument devrait permettre de réaliser certaines économies sur les prestations actuellement prises en charge par l'assurance obligatoire des soins. Par ce moyen, la demande en prestations de soins qui ne sont pas indispensables devrait en tout cas diminuer.

2.6 Durée du rapport d'assurance

L'assuré qui opte pour une forme d'assurance avec une franchise élevée assume une plus grande responsabilité. Pour cette raison, l'assureur peut lui proposer des primes réduites. Dans son message du 15 septembre 2004 relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie dans le domaine du *managed care* (FF 2004 5257), le Conseil fédéral a proposé que l'assureur puisse lier l'assuré à relativement long terme, avec son accord, au choix d'une forme particulière d'assurance, en vue d'éviter qu'en cas de maladie, l'assuré renonce à assumer cette plus grande part de responsabilité en repassant à l'assurance ordinaire. Pour donner plus de poids à

cette possibilité il ne faut pas la proposer comme option, mais l'imposer comme durée contractuelle ordinaire de deux ans en l'inscrivant dans la loi.

2.7 Contribution fédérale supplémentaire unique

Dans le contexte économique actuel, l'augmentation prévisible des primes frappera particulièrement durement un grand nombre d'assurés. C'est pourquoi le Conseil fédéral prévoit d'augmenter les subsides fédéraux pendant un an. En 2010 un montant de 200 millions de francs viendra s'ajouter au subside fédéral afin d'aider les assurés en situation économique précaire. Il va de soi que les cantons doivent contribuer à la réduction des primes, indépendamment de l'augmentation du subside fédéral, accordée au titre de mesure conjoncturelle. Seuls les cantons qui maintiennent leur contribution au même niveau (leur part proportionnelle) au moins que l'année précédente bénéficieront des subsides supplémentaires dans leur intégralité. La part des cantons qui auront diminué leur contribution sera réduite en conséquence dans la même proportion. Il convient de rappeler que, en 2008 et 2009, la Confédération a versé 1,8 milliard de francs par an et les cantons 1,6 milliard de francs en faveur de la réduction des primes. Pour les années 2010 et suivantes, il faut s'attendre à ce que, à l'instar des subsides fédéraux, les contributions versées par les cantons augmentent également.

3 Commentaires des dispositions

Art. 14b (nouveau)

L'al. 1 oblige les assureurs à mettre en place un service de conseil médical par téléphone. Pour les personnes assurées, cette permanence téléphonique doit être la première étape et être gratuite. Le Conseil fédéral y voit une mesure d'accompagnement à l'introduction du ticket modérateur, qui donne aux assurés la possibilité de recevoir des informations et, le cas échéant, d'étudier des alternatives avant d'opter pour un traitement. Ces conseils médicaux permettent d'éviter les mauvais aiguillages et d'adresser les assurés aux fournisseurs de prestations les plus adaptés. Afin de garantir la protection des données, l'al. 2 précise que l'exploitant de la permanence téléphonique ne doit fournir aucune information relative à la consultation à l'assureur.

Les services de conseil et les consultations téléphoniques sont largement répandus et bien acceptés dans les pays scandinaves et en Grande-Bretagne. Selon les auteurs d'une enquête de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), des études britanniques et suisses montrent que les services de conseil téléphoniques sont judicieux et répondent à un besoin, encore modeste mais en progression, des assurés et des patients (Peter Berchtold et Kurt Hess: *Pertinence des modèles de managed care, analyse de la littérature européenne en tenant compte de la situation en Suisse: effets du pilotage du système des soins sur la qualité et les coûts*, Neuchâtel, 2007). Ces études n'apportent pas la preuve scientifique que ce type de services améliore le choix et l'étendue des prestations médicales ou de l'incidence sur les coûts de ces dernières. L'enquête de l'Obsan mentionne toutefois que les auteurs de deux études britanniques d'envergure ont observé, pendant la période sous revue, une diminution impor-

tante des visites médicales, des hospitalisations et des transferts aux urgences en dehors des heures de visite que lors de la période de contrôle (Lattimer, 1998). Dans l'analyse des coûts qu'ils ont effectuée par la suite, ces auteurs ont calculé que la réduction des coûts engendrée par un recours moindre aux prestations est plus importante que les frais supplémentaires générés par l'exploitation d'un service de conseil par téléphone (Lattimer, 2000).

Art. 21, al. 4

Actuellement, l'OFSP se fonde sur le relevé des données agrégées des factures de prestations de soins issues du pool de données de santé suisse pour le monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie. Le contenu de ce pool est actualisé chaque mois sur une base volontaire par les assureurs qui y participent. Chaque trimestre, l'OFSP obtient le relevé de ces données et s'en sert pour produire les chiffres destinés au monitoring. Les calculs se fondent sur les coûts bruts par assuré à la charge de l'assurance obligatoire des soins, c'est-à-dire sur les montants effectivement facturés, avant déduction de la participation aux coûts de l'assuré. L'attribution des coûts à un trimestre est déterminée par la date de paiement des prestations par l'assureur. Il n'existe pas de base légale permettant à l'OFSP d'effectuer un relevé en cours d'année auprès des assureurs. La modification de la loi permettra à l'OFSP d'obtenir chaque mois les données nécessaires pour suivre l'évolution des coûts. La protection des données est garantie par l'anonymisation des données des patients.

Art. 39, al. 1^{bis} (nouveau)

Cet article prévoit explicitement que les cantons règlent, à côté du secteur hospitalier, également le secteur ambulatoire des hôpitaux dans les mandats de prestation. Contrairement au secteur hospitalier, les cantons peuvent se contenter d'autoriser l'activité dans le secteur ambulatoire en définissant le contenu et l'étendue de celle-ci. La réglementation du secteur ambulatoire vise à mieux définir l'activité des hôpitaux dans le but d'améliorer la coordination entre les hôpitaux et de fixer les prestations qui ne doivent pas être fournies par certains hôpitaux. Le présent projet ne propose pas de planification particulière. Les règles qu'il établit doivent en outre maintenir la possibilité de prolonger l'admission liée au besoin des fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire et de ne pas exclure son extension au secteur ambulatoire hospitalier. La mise en œuvre par les cantons devrait toutefois prendre du temps et les effets ne se feront guère sentir avant 2011. Le signal donné par cette mesure ne doit cependant pas être sous-estimé.

Art. 55b (nouveau)

Selon l'art. 55 LAMal, les autorités d'approbation ont déjà la possibilité de geler les tarifs dans des conditions bien précises. Or, l'application de cet article est une tâche lourde et de longue haleine, en particulier à cause de la répartition des compétences. De plus, le gel des tarifs ne se montrerait, dans la situation actuelle, pas suffisamment efficace. La délégation au Conseil fédéral de la compétence de baisser, par voie d'ordonnance, le tarif ou la valeur du point tarifaire est une nouvelle mesure rapide. Ce transfert de compétence temporaire permettra au Conseil fédéral

d'intervenir rapidement et assurera la mise en œuvre uniforme de l'article. La baisse du tarif ou de la valeur du point tarifaire toucherait les fournisseurs de prestations concernés par une ou plusieurs conventions ou décisions tarifaires, tels que le corps médical ou le secteur ambulatoire des hôpitaux d'un canton.

Pour déterminer si la hausse des coûts est supérieure à la moyenne dans un canton, elle est comparée avec l'évolution moyenne des coûts pour l'ensemble de la Suisse. Dans le cas où l'augmentation des coûts pour un domaine dépasse de plus de deux points de pour-cent l'augmentation des coûts pour l'ensemble de la Suisse, le Conseil fédéral peut, pour une durée d'une année, réduire de 10% au plus le tarif correspondant. Les données sur l'évolution moyenne des coûts dans les autres cantons pour l'année de comparaison, ainsi que les données sur l'évolution des coûts des différents domaines dans le canton (par ex., physiothérapie et prestations médicales) sont également utilisées. Les circonstances particulières des différents secteurs (par ex., changement de méthode de traitement ou transfert des traitements du secteur stationnaire au secteur ambulatoire) et les variations significatives de l'évolution des prix et des salaires doivent être prises en compte. Le niveau cantonal des coûts sert en premier lieu pour juger du caractère économiquement supportable de la hausse des primes dans un canton : dans les cantons « bon marché », ayant un niveau des coûts relativement bas, les hausses de primes devraient être moins problématiques que dans les cantons « chers ». Cette manière de procéder permet de lier les tarifs à l'évolution des volumes. La baisse du tarif ou de la valeur du point tarifaire ne se fait donc pas en appliquant une formule prédéterminée. Si un secteur montre une hausse des coûts supérieure à la moyenne, le Conseil fédéral décidera de baisser ou non, et dans quelle proportion, le tarif ou la valeur du point tarifaire en tenant compte des circonstances. Il dispose pour ce faire d'une certaine marge de manœuvre, la baisse des tarifs étant limitée à 10 %. En procédant de la sorte, il n'est pas nécessaire de réaliser une évaluation, problématique en termes de faisabilité et de dépense de temps, des différences cantonales concernant la morbidité et la répartition par tranche d'âge, c'est-à-dire intégrant des facteurs qui influent sur le niveau des coûts de chaque canton et sur lesquels ces derniers n'ont aucune prise. Le Conseil fédéral ne fera usage de sa compétence de baisser les tarifs que de manière subsidiaire, si les partenaires tarifaires ne prennent pas d'eux-mêmes les mesures nécessaires. Cette décision obéit à la procédure normale qui prévoit la consultation du Surveillant des prix. Les cantons doivent être consultés préalablement. L'art. 55 de la loi n'est pas applicable dans ce cas.

Art. 62, al. 2^{ter} (nouveau)

Les assurés qui choisissent une forme d'assurance avec une franchise élevée devront assumer une plus grande responsabilité en la conservant pendant une durée de deux années civiles au lieu d'un an (art. 94, al. 2, OAMal). Cette mesure vise à encourager les assurés à fonder leur choix en considération des avantages et des inconvénients du modèle d'assurance choisi plutôt que par opportunité personnelle au moment de conclure un contrat d'assurance. Le Conseil fédéral estime que l'obligation de conserver la forme d'assurance avec une franchise à option pendant deux ans est adéquate. Prévoir une durée plus longue, comme certains participants à la consulta-

tion l'ont proposé, serait dissuasif. En dérogation à l'art. 7, al. 2, LAMal, une augmentation des primes ne constitue en outre pas un motif de résiliation anticipée du contrat.

Art. 64a (nouveau)

Le ticket modérateur, que le Conseil fédéral propose de fixer à 30 francs, doit être versé à chaque consultation ambulatoire dispensée par un des fournisseurs de prestations suivants: généraliste, spécialiste et établissement hospitalier, indépendamment du nombre de fournisseurs de prestations consultés. Le patient doit payer ce ticket modérateur en espèces au fournisseur de prestations, à chaque consultation. Le paiement par carte de débit (EC, cash ou Postcard, etc.) est autorisé; en revanche, le paiement par carte de crédit est interdit afin de ne pas atténuer l'effet psychologique voulu. L'assuré ne doit assumer lui-même le ticket modérateur que six fois au plus par année civile. Pour le calcul de la franchise et de la quote-part, le ticket modérateur est déduit de la facture des six premières consultations.

L'assuré doit également s'acquitter de ce ticket modérateur à partir de la septième consultation et pour les consultations suivantes, mais il lui sera remboursé. Le ticket modérateur est alors imputé sur la franchise et lorsque celle-ci est atteinte, l'assureur, après déduction de la quote-part à charge de l'assuré, le lui rembourse. Comme l'assuré a déjà versé un «acompte» sur les coûts du traitement, le montant du ticket modérateur doit être décompté de la facture du fournisseur de prestations dans le système du tiers payant. Dans le système du tiers garant, la somme que l'assuré doit encore payer au fournisseur de prestations est réduite en conséquence.

Pour garantir la cohérence avec le système actuel de participation aux coûts, diverses exceptions sont prévues pour la perception du ticket modérateur. En effet, lorsque la franchise n'est pas retenue, il n'est guère justifié de percevoir le ticket modérateur. Ainsi, les prestations spécifiques de maternité (art. 64, al. 7, LAMal) et les prestations de prévention effectuées dans le cadre de programmes organisés au niveau national ou cantonal (art. 64, al. 6, let. d, LAMal) sont aussi exonérées du ticket modérateur. Les consultations relatives aux prestations de prévention effectuées dans le cadre de programmes organisés au niveau national ou cantonal concernent en particulier la vaccination contre le papillomavirus (HPV), la mammographie de dépistage et la vaccination contre l'influenza, en cas de menace de pandémie d'influenza ou en cas de pandémie d'influenza.

En ce qui concerne les bénéficiaires des prestations complémentaires AVS/AI, l'art. 14, al. 1, let. g, de la loi du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires (LPC; RS 831.30) prévoit que les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal. Le ticket modérateur ne constituerait donc pas une charge financière supplémentaire pour ces personnes.

Pour les formes particulières d'assurance, et en particulier pour les assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations, les assureurs peuvent renoncer en tout ou en partie au prélèvement de la quote-part et de la franchise (art. 99, al. 2, OAMal). Les assureurs peuvent donc, dans le cadre de cette forme particulière d'assurance, également renoncer au prélèvement du ticket modérateur pour les assurés qui consultent leur médecin de premier recours ou un cabinet médical (HMO). Il est en revanche exclu d'autoriser une forme particulière d'assurance qui aurait pour seule finalité d'éviter la perception du ticket modérateur.

Art. 106b

Conformément à l'art. 66 LAMal, la Confédération accorde aux cantons des subsides annuels destinés à réduire les primes. Ils correspondent à 7,5 % des coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins. Comme il est à craindre une augmentation sensible des coûts bruts, la Confédération doit compter, pour 2010, avec un besoin supplémentaire de l'ordre de 250 millions de francs afin que le montant versé par la Confédération atteigne les 7,5% prescrits. La Confédération entend ainsi engager un montant supplémentaire extraordinaire de 200 millions de francs au plus. Ce montant sera redistribué afin d'aider les assurés en situation économique précaire.

Les moyens supplémentaires de la Confédération doivent être distribués aux cantons proportionnellement à la réduction des primes pour l'année 2009. A l'échelle nationale, les subsides au titre de la réduction des primes se montaient à quelque 1,8 milliard de francs en 2008. Les 200 millions de francs de subsides supplémentaires pour 2010 représentent 11 % de ce montant. C'est pourquoi il est prévu que les cantons recevront en 2010 au plus 11 % du montant reçu en 2009 pour la réduction des primes. Par ailleurs, pour obtenir cette part supplémentaire, les cantons devront fournir au DFI la preuve qu'ils n'ont pas diminué leur part à la réduction des primes par rapport à l'année précédente. Le Conseil fédéral souhaite en effet que les subsides supplémentaires profitent bien aux assurés de condition modeste, auxquels ils sont destinés.

Cette mesure doit être comprise comme une mesure extraordinaire qui vient compléter le système de réduction des primes sans pour autant se confondre avec lui, raison pour laquelle, l'octroi des subsides sera soumis à des conditions particulières qui seront réglées en détail par le Conseil fédéral, en accord avec les cantons.

Feront partie de ces conditions notamment le cercle des personnes qui bénéficieront des subsides et la mesure dans laquelle elles en profiteront et l'information des assurés concernant ces moyens supplémentaires. Ainsi, conformément à cette disposition, les bénéficiaires recevront un décompte séparé pour la réduction des primes et pour les subsides fédéraux supplémentaires. De la sorte, il sera clair que ces moyens supplémentaires constituent une prestation financière unique et qu'ils sont effectivement versés.

Afin de s'assurer que les cantons utiliseront cet argent conformément au but prévu, les dispositions concernant les décomptes et les contrôles relatifs à la réduction des primes seront applicables.

Dispositions transitoires

1. Introduction des services de conseils médicales par téléphone

Les assureurs doivent offrir le service de conseil par téléphone mentionné à l'art. 14b au plus tard un an après l'entrée en vigueur de la présente modification. Les assureurs qui offrent déjà un tel service au titre d'une forme particulière d'assurance pourront le maintenir dans la même forme jusqu'à fin 2010, année transitoire. Il s'agit notamment de tenir compte des diverses tâches administratives (changement de noms, de contrat par exemple) que devront accomplir les assureurs et de permettre à ceux qui proposent ce service ou qui souhaitent le proposer en 2010 d'appliquer leur plan d'entreprise pour 2010.

2. Introduction de la communication mensuelle des données

Afin que les assureurs aient le temps de s'adapter aux nouvelles exigences, il est prévu que la communication des données se fasse trimestriellement en 2010, puis mensuellement à partir de 2011.

4 Lien du projet avec d'autres modifications législatives en cours

Les propositions soumises dans le présent message ne préjugent pas des débats parlementaires sur la révision de la LAMal dans les domaines de la participation aux coûts, du *managed care* et de la liberté de contracter. Dans le cadre de la révision de la LAMal relative à la participation aux coûts, le ticket modérateur pourra être inscrite de manière durable dans la loi sous la forme proposée ou sous une forme modifiée. Il en est de même pour les dispositions concernant la durée minimale du rapport d'assurance pour les franchises élevées et l'obligation pour les assureurs de proposer un service de conseil par téléphone. Dans le cadre du développement du *managed care*, inscrire de manière durable la possibilité pour le Conseil fédéral de baisser la valeur du point tarifaire pourrait être une option pour certains secteurs.

5 Conséquences

5.1 Conséquences sur les ressources financières et humaines

Les mesures proposées touchent le secteur ambulatoire, le secteur ambulatoire hospitalier et les assurés. Le ticket modérateur vise à endiguer les coûts et représente une charge financière légèrement plus élevée pour les assurés et les patients. La baisse du tarif et le pilotage de l'offre dans les secteurs ambulatoire et ambulatoire hospitalier permettront à l'AOS de réaliser des économies, que les fournisseurs de prestations concernés pourraient toutefois partiellement compenser en étoffant leur offre.

5.1.1 Conséquences financières pour la Confédération

L'augmentation extraordinaire des subsides de la Confédération exigera de celle-ci un engagement financier unique de 200 millions de francs en 2010. Il s'agit d'un maximum. Les cantons peuvent demander l'octroi de subsides supplémentaires et démontrer que le nombre d'assurés de condition modeste bénéficiant de ces subventions ou que le montant de cette aide a augmenté. Pour que ces mesures aient un effet conjoncturel, il est essentiel que les cantons ne diminuent pas leur participation mais qu'ils la maintiennent au moins. Ainsi, l'intégralité des moyens supplémentaires engagés par la Confédération retournera dans le circuit économique. Simultanément, cette mesure est un instrument de politique sociale puisque les bénéficiaires resteront les assurés de condition économique modeste conformément à l'art. 66a LAMal.

Cela étant, la diminution des coûts aura une répercussion positive pour les finances fédérales. Comme il est dit sous pt. 5.2, l'économie espérée s'élève à 500 millions de francs. En tenant compte du fait que conformément à l'art. 66, al. 2, LAMal, la Confédération octroie sous forme de subsides un montant équivalent à 7,5% des coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins, l'économie pourrait s'élever à 37,5 millions de francs pour la Confédération sur les subsides accordés.

5.1.2 Conséquences pour le personnel de la Confédération

Jusqu'ici, l'OFSP ne relevait les données statistiques auprès des assureurs qu'une fois par an dans le cadre de la surveillance de la situation financière. Le passage à un rythme mensuel pour suivre en continu l'évolution des coûts par fournisseur de prestations (monitorage) nécessite une dotation supplémentaire en personnel. On peut estimer qu'il faut de deux à quatre collaborateurs de plus exclusivement pour les tâches supplémentaires liées au monitoring mensuel. En plus du relevé, de la validation, de l'analyse, de l'évaluation et de la publication des données à un rythme mensuel, il est également nécessaire de suivre le développement dans les cantons, chez les assureurs et chez les fournisseurs de prestations afin de pouvoir interpréter correctement l'évolution des données concernant les factures.

5.1.3 Conséquences financières pour les cantons et les communes

Selon l'art. 65 LAMal, les cantons accordent des réductions de primes aux assurés de condition économique modeste. Pour les bas ou moyens revenus, ils réduisent en outre de 50 % au moins les primes des enfants et des jeunes adultes en formation. Les cantons sont responsables de l'organisation de la réduction des primes. A la lumière notamment des perspectives économiques mentionnées au ch. 1.1, les cantons ont aussi un intérêt à la mise en place de mesures de maîtrise des coûts et à des primes les plus basses possibles. Cette réflexion est valable pour les communes qui, en vertu des réglementations cantonales, assument les primes des bénéficiaires de l'aide sociale.

Dans la mesure où les cantons remboursent aux bénéficiaires des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI les frais payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal et qu'ils doivent par conséquent également prendre en charge les tickets modérateurs de ces personnes, leurs charges augmenteront.

En règle générale, les cantons paient 1000 francs au plus, ce qui correspond à la pleine participation aux coûts avec la franchise minimale de 300 francs et la quote-part maximale de 700 francs. Afin d'éviter que les assurés qui ont besoin de soins réguliers subissent une charge excessive du fait de l'introduction du ticket modérateur, la quote-part sera réduite de 700 francs à 600 francs ; il en résultera une diminution de la charge des cantons au titre des prestations complémentaires. Le ticket modérateur constituera toutefois une charge financière pour eux. En tenant compte de ces deux paramètres, les cantons devront assumer une charge supplémentaire de l'ordre de 15 à 20 millions de francs.

5.2 Conséquences financières pour l'assurance-maladie

En 2007, les médecins et les hôpitaux ont décompté près de 7661 millions de francs à charge de l'AOS pour les soins ambulatoires, ce qui représente 36 % de l'ensemble des dépenses. Celles pour le secteur ambulatoire hospitalier ont représenté 2825 millions, soit 13 % des dépenses globales. Les mesures proposées influenceront en première ligne sur ce secteur de l'assurance obligatoire des soins. Elles devraient permettre d'économiser au total 500 millions de francs par an.

5.3 Conséquences économiques

Indépendamment de l'ordre de grandeur des mesures proposées du point de vue financier, celles qui empêchent l'augmentation incontrôlée des primes d'exploser contrent la diminution du pouvoir d'achat. Cet aspect est capital dans le contexte économique actuel.

6 Programme de la législature

Le projet n'est mentionné ni dans le message du 23 janvier 2008 sur le programme de la législature 2007 à 2011 (FF 2008 639) ni dans l'arrêté fédéral du 18 septembre 2008 sur le programme de la législature 2007 à 2011 (FF 2008 7745).

7 Relation avec le droit européen

7.1 Les prescriptions communautaires

Dans l'optique de la garantie de la libre circulation des personnes, le droit communautaire en matière de sécurité sociale ne prévoit pas l'harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Dans le cadre des principes de coordination (par ex., non-discrimination, prise en compte des périodes d'assurance, prestations transfrontalières), prévus par le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil 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 (RS 0.831.109.268.1) et de son règlement d'application (Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil ; RS 0.831.109.268.1), les Etats membres conservent la faculté de déterminer librement la conception concrète de leur système de sécurité sociale. Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} juin 2002, de l'Accord sur la libre circulation des personnes conclu avec la CE et ses Etats membres (RS 0.142.112.681), les principes de coordination sont également applicables à la Suisse.

7.2 Les instruments du Conseil de l'Europe

Le code européen de sécurité sociale du 16 avril 1964 a été ratifié par la Suisse le 16 septembre 1977 (RO 1978 1491). Il est complété par un protocole qui fixe des

normes supérieures. La Suisse n'a pas ratifié ce protocole. Le code européen de sécurité sociale (révisé) du 6 novembre 1990 est un accord distinct du code européen de sécurité sociale qu'il ne remplace pas. Aux termes de l'art. 10, par. 2, du code européen de sécurité sociale, le bénéficiaire (ou son «soutien de famille») peut être tenu de participer aux frais des soins médicaux reçus en cas d'état morbide, mais les règles relatives à cette participation doivent être établies de telle sorte qu'elle n'entraîne pas une charge trop lourde. Le code révisé prévoit une disposition analogue (art. 10, par. 2). La notion de charge trop lourde n'est définie ni dans le code européen de sécurité sociale ni dans le code révisé, laissant ainsi une marge d'appréciation à l'organe de contrôle. Quant au protocole, il dispose que la participation de l'assuré aux coûts des soins médicaux reçus en cas d'état morbide ne saurait dépasser 25 %. Il prévoit en outre que lorsque la participation est fixée à une somme uniforme pour chaque cas de traitement ou chaque prescription de fournitures pharmaceutiques, le total des paiements effectués par toutes les personnes protégées ne doit pas dépasser 25 % du coût total des soins en question au cours d'une période donnée.

7.3 Compatibilité avec le droit européen

Le projet de modification prévoit un ticket modérateur de 30 francs pour chaque traitement ambulatoire. Étant donné que cette contribution n'est à la charge de l'assuré que pour les six premiers traitements par année civile, on peut considérer qu'elle n'entraîne pas pour l'assuré de charge trop lourde au sens du code européen de sécurité sociale et de son protocole. Le projet est donc conforme au droit européen (droit de la Communauté européenne et droit du Conseil de l'Europe) repris par la Suisse.

S'agissant des autres domaines traités dans le présent projet (tarifs, pilotage de l'offre ambulatoire en milieu hospitalier), le droit européen n'établit pas de normes. Les États demeurent libres de régler ces aspects comme ils l'entendent.

8 Aspects juridiques

8.1 Constitutionnalité

Le projet se fonde sur l'art. 117 de la Constitution (Cst. : RS 101).

8.2 Forme de l'acte à adopter

Les dispositions proposées doivent être édictées sous la forme d'une loi fédérale urgente limitée dans le temps. Aux termes de l'art. 165, al. 1, Cst., une loi fédérale peut être déclarée urgente lorsque son entrée en vigueur ne souffre aucun retard. L'urgence est motivée par le fait qu'une augmentation considérable des primes de l'assurance obligatoire des soins est prévisible pour 2010 et qu'aucune nouvelle mesure visant à réduire les coûts ne sera prête en temps utile.

L'urgence des mesures préconisées se justifie, car sans elles, on s'attend à une hausse moyenne des primes de l'ordre de 15 % pour 2010. Par conséquent, l'entrée

en vigueur de la présente modification de la LAMal ne souffre aucun retard et obéit aux conditions mentionnées à l'art. 165, al. 1, Cst. Si elle n'était pas déclarée urgente, le pouvoir d'achat de larges franges de la population en serait considérablement réduit. La classe moyenne, c'est-à-dire les personnes et les ménages dont les revenus se situent juste au-dessus du seuil ouvrant droit à la réduction de primes, serait la plus touchée.

8.3 Frein aux dépenses

L'art. 159, al. 3, let. b, Cst. prévoit que les dispositions relatives aux subventions, ainsi que les crédits d'engagement et les plafonds de dépenses, s'ils entraînent de nouvelles dépenses uniques de plus de 20 millions de francs ou de dépenses périodiques de plus de 2 millions de francs, doivent être adoptés à la majorité des membres de chaque conseil. Comme le montant prévu dans le nouvel art. 106*b* dépasse ces limites, cette disposition est soumise au frein aux dépenses.

8.4 Délégation de compétences législatives

L'art. 96 LAMal délègue au Conseil fédéral les compétences de réglementation nécessaires à la mise en œuvre de l'assurance-maladie sociale (édiction des dispositions d'exécution). Le présent projet ne prévoit aucune autre délégation de compétences législatives.

Prestations brutes¹ en francs par assuré (2008)

Canton	Fournisseurs de prestations								Total	
	Médecins (sans médic.)	Médicaments (médecins, pharmacies)	Hôpitaux		Etablissements médico-sociaux	Physio- thérapeutes	SPITEX	Laboratoires		Autres
			ambulatoire	hospitalier						
ZH	783	575	425	635	242	72	53	63	97	2945
BE	628	595	479	884	300	65	80	60	103	3195
LU	529	479	430	574	245	60	40	52	96	2505
UR	499	443	423	583	251	41	49	47	69	2405
SZ	618	485	381	548	219	65	37	55	92	2499
OW	497	461	459	532	183	67	44	51	92	2385
NW	490	439	391	512	159	68	50	53	100	2262
GL	542	503	417	582	252	83	38	44	88	2548
ZG	608	453	364	583	209	65	30	61	91	2465
FR	635	585	406	644	235	55	44	65	99	2769
SO	656	614	472	739	162	70	74	61	92	2941
BS	804	823	649	1044	272	104	97	69	110	3972
BL	795	621	504	767	151	94	59	73	100	3165
SH	611	639	431	636	229	86	45	43	95	2815
AR	526	436	386	561	219	51	37	36	77	2329
AI	460	391	337	574	129	42	45	35	81	2095
SG	582	489	354	576	199	64	39	42	89	2435
GR	534	531	385	631	227	63	57	50	112	2591
AG	591	585	447	693	156	69	37	47	90	2715

Canton	Fournisseurs de prestations									Total
	Médecins (sans médic.)	Médicaments (médecins, pharmacies)	Hôpitaux		Etablissements médico-sociaux	Physio- thérapeutes	SPITEX	Laboratoires	Autres	
			ambulatoire	hospitalier						
TG	531	447	434	713	198	78	41	40	94	2574
TI	694	697	443	858	293	77	59	96	109	3324
VD	746	715	652	626	205	70	106	92	106	3319
VS	591	625	404	621	184	61	47	62	101	2695
NE	605	735	437	631	343	56	93	93	118	3111
GE	1043	807	583	770	221	101	87	157	114	3881
JU	529	667	494	705	258	58	101	52	77	2940
Suisse	679	603	465	696	229	71	62	68	99	2973

¹ Y c. la participation aux coûts

Source: Monitoring AMal.

Prestations brutes¹ par assuré (2008, variation en pour-cent par rapport à l'année précédente)

Canton	Fournisseurs de prestations							Total	
	Médecins (sans médic.)	Médicaments (médecins, pharmacies)	Hôpitaux		Etablissements médico-sociaux	Physio- thérapeutes	SPITEX		Laboratoires
			ambulatoire	hospitalier					
ZH	3.2	4.8	13.4	3.2	0.6	3.1	5.9	10.1	4.9
BE	4.3	4.3	9.3	-0.6	5.6	2.8	6.4	9.5	3.7
LU	2.0	3.7	14.0	-1.5	2.1	0.3	1.9	16.6	3.6
UR	0.2	-0.1	10.0	-3.5	8.6	-0.1	-2.1	9.9	1.4
SZ	2.3	4.4	14.0	-2.4	3.9	3.0	8.6	10.7	3.5
OW	6.2	7.4	10.5	-2.4	-2.9	-6.8	-1.5	15.2	4.3
NW	3.6	3.8	7.3	-2.0	-0.6	-2.4	23.2	7.6	2.6
GL	2.6	5.9	11.1	9.5	7.8	7.5	1.6	7.9	5.9
ZG	3.4	6.0	8.9	-2.4	3.0	2.4	3.5	6.8	3.1
FR	4.1	3.8	11.9	0.8	0.8	4.7	5.2	10.1	2.9
SO	5.9	6.7	14.2	3.7	4.9	3.5	8.8	9.1	5.2
BS	6.2	5.2	10.4	6.6	-2.9	5.4	8.8	7.3	6.0
BL	6.1	5.8	11.4	3.3	10.8	6.5	10.0	10.3	6.3
SH	4.3	5.9	6.1	1.2	-1.1	3.0	3.0	4.0	3.5
AR	6.3	7.1	4.9	2.1	7.4	6.2	1.2	2.8	5.0
AI	4.5	7.2	10.5	25.8	16.2	10.0	12.3	7.7	12.6
SG	3.2	3.4	4.9	0.3	5.3	3.4	4.7	6.5	3.0
GR	2.6	3.0	5.1	1.5	7.3	4.6	5.4	10.1	3.0
AG	5.2	5.0	14.6	2.0	5.7	3.4	5.6	6.6	5.5
TG	3.8	6.2	10.7	2.5	5.4	7.0	7.8	8.0	5.3
TI	1.0	-3.1	3.7	-3.2	5.6	-12.3	-3.7	-5.3	-1.1

Canton	Fournisseurs de prestations								Total
	Médecins (sans médic.)	Médicaments (médecins, pharmacies)	Hôpitaux		Etablissements médico-sociaux	Physio- thérapeutes	SPITEX	Laboratoires	
			ambulatoire	hospitalier					
VD	6.0	2.6	8.7	2.7	-3.6	3.5	5.4	8.5	2.4
VS	7.1	6.4	11.6	-0.9	4.2	5.1	4.6	19.8	4.1
NE	7.4	5.2	22.8	-3.7	-1.0	2.7	4.1	4.0	4.1
GE	5.1	3.6	7.0	7.7	7.5	3.0	6.6	10.3	4.8
JU	6.7	1.6	5.8	1.8	1.7	4.1	1.8	2.4	2.7
Suisse	4.3	4.1	10.4	1.5	3.0	2.6	5.5	8.5	3.9

¹ Y c. la participation aux coûts

Source: Monitoring AMal.

Prestations brutes¹ par assuré (1999–2007)

Année	Prestations										Total
	Traitement médical (ambulatoire)	Médicaments (médecin, pharm.)	Soins hospitaliers		Etablissements médico-sociaux	SPITEX	Physiothérapie	Analyses de laboratoire (y c. médecins)	Moyens et appareils	Autres	
			ambulatoire	hospitalier							
<i>En francs, par an</i>											
1999	518	400	204	497	161	32	60	57	17	65	2011
2000	529	446	229	509	167	35	61	61	25	68	2131
2001	549	481	264	520	172	37	66	63	24	68	2244
2002	559	515	269	515	190	39	69	66	28	77	2328
2003	566	536	290	558	200	43	67	65	29	77	2431
2004	593	562	297	619	213	49	68	80	35	75	2592
2005	609	577	359	646	213	52	72	89	40	78	2736
2006	619	575	354	654	218	56	72	84	45	79	2755
2007	642	585	375	682	226	61	73	84	50	86	2863
<i>Variation par rapport à l'année précédente (en pour-cent)</i>											
1999	0.1	6.4	13.6	0.8	6.8	4.7	4.3	3.8	19.4	6.0	3.9
2000	2.3	11.7	12.3	2.4	3.9	7.7	2.3	7.1	44.0	3.6	5.9
2001	3.8	7.9	15.0	2.2	3.0	6.3	6.9	4.0	-4.3	-0.1	5.3
2002	1.8	7.1	1.8	-1.0	10.0	6.7	4.8	4.3	16.6	14.5	3.7
2003	1.2	4.0	8.2	8.3	5.7	9.9	-3.3	-1.4	5.3	-1.0	4.5
2004	4.8	4.9	2.2	11.0	6.3	13.9	2.7	22.9	21.0	-1.5	6.6
2005	2.7	2.8	21.0	4.4	0.2	5.6	4.5	11.7	13.8	4.0	5.6

Année	Prestations										Total
	Traitement médical (ambulatoire)	Médicaments (médecin, pharm.)	Soins hospitaliers		Etablissements médico-sociaux	SPITEX	Physio- thérapie	Analyses de laboratoire (y c. médecins)	Moyens et appareils	Autres	
			ambulatoire	hospitalier							
2006	1.7	-0.4	-1.5	1.3	1.9	6.7	0.9	-6.5	12.2	0.3	0.7
2007	3.6	1.7	6.0	4.2	4.1	8.6	1.9	0.4	10.2	9.8	3.9
<i>Variation moyenne annuelle de 1999 à 2007 (en pour-cent)</i>											
99-07	2.7	4.9	7.9	4.0	4.4	8.1	2.5	5.0	14.2	3.6	4.5

¹ Y c. la participation aux coûts

Source: Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2007.

**Loi fédérale
sur l'assurance-maladie (LAMal)
(Mesures pour endiguer l'évolution des coûts)**

Projet

Modification du ...

*L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,
vu le message du Conseil fédéral du 29 mai 2009¹,
arrête:*

I

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie² est modifiée comme suit:

Art. 14b (nouveau) Service médical par téléphone

¹ Les assureurs doivent offrir à tous les assurés un service de consultation médicale gratuit par téléphone atteignable 24 heures sur 24 durant toute l'année.

² La prestation doit être fournie par un service indépendant. Ce dernier ne peut communiquer à l'assureur aucune donnée concernant la consultation.

Art. 21, al. 4

⁴ Dans le cadre de la surveillance de l'application de la présente loi, les assureurs doivent communiquer à l'office, chaque mois, les données relatives à la facturation des prestations et, chaque année, les données concernant l'activité d'assurance.

Art. 39, al. 1bis (nouveau)

^{1bis} Dans les mandats visés à l'al. 1, let. e, les cantons règlent l'activité des hôpitaux dans le domaine ambulatoire.

Art. 55b (nouveau) Baisse des tarifs en cas d'évolution des coûts supérieure à la moyenne

Si la hausse des coûts moyens par assuré dans un secteur ambulatoire d'un canton est supérieure de deux points de pourcent en comparaison à la moyenne des coûts par assuré pour l'ensemble de la Suisse, le Conseil fédéral peut décider par voie d'ordonnance, après avoir consulté le canton, une baisse, pour une année, de 10 % au maximum des tarifs approuvés selon l'art. 46, al. 4, ou fixés selon l'art. 47. Pour ce faire, il tient compte du niveau des coûts sur le plan cantonal et des circonstances particulières comme notamment le transfert de traitements entre le domaine du

¹ FF 2009 ...

² RS 832.10

traitement hospitalier et le domaine ambulatoire. L'art. 55 n'est, dans ce cas, pas applicable.

Art. 62, al. 2^{er} (nouveau)

^{2er} Si l'assuré choisit une forme particulière d'assurance selon l'al. 2, let. a, la durée du rapport d'assurance est de deux années civiles. Une modification de la prime ou de la réduction de prime ne constitue pas un motif pour changer d'assureur. L'art. 7, al. 3 et 4, est réservé.

Art. 64bis (nouveau) Ticket modérateur

¹ La participation des assurés comprend en outre un ticket modérateur de 30 francs pour chaque consultation effectuée sous forme ambulatoire auprès d'un fournisseur de prestations visé aux art. 36, al. 1 et 2, 36a et 39, au plus 180 francs par année civile.

² Le fournisseur de prestations doit demander à l'assuré le paiement en espèces du ticket modérateur. Il déduit son montant de la facture, même s'il ne l'a pas perçu auprès de l'assuré.

³ Le ticket modérateur est à la charge de l'assuré pour les six premières consultations effectuées au cours d'une année civile. Dès la 7^{ème} consultation, l'assureur rembourse, sous déduction de la quote-part, le ticket modérateur pour autant que la franchise soit épuisée.

⁴ Aucun ticket modérateur n'est exigé pour les enfants et pour les prestations en cas de maternité. Le Conseil fédéral peut supprimer le ticket modérateur pour certaines mesures de prévention exécutées dans le cadre de programmes organisés au niveau national ou cantonal.

Art. 106b (nouveau) Contribution fédérale supplémentaire unique

¹ En plus des subsides accordés conformément à l'art. 66, la Confédération met à disposition des cantons un subside fédéral de 200 mio de francs en 2010.

² La part maximale garantie à chaque canton correspond à 11 pourcent de la subvention que la Confédération à octroyée au canton en 2009.

³ Les cantons peuvent demander que leur soient octroyés ces subsides supplémentaires jusqu'au 30 mars 2010.

⁴ S'il ressort des décomptes des cantons selon l'art. 5 de l'ordonnance du 7 novembre 2007 sur les subsides fédéraux destinés à la réduction des primes dans l'assurance maladie (ORPM) qu'un canton a réduit sa participation à la réduction des primes par rapport à l'année précédente, la Confédération réduit la part des subsides supplémentaires dans la même mesure.

⁵ Les art. 7 et 8 ORPM sont applicables aux moyens supplémentaires selon l'al. 1 de manière analogue.

⁶ Le Conseil fédéral règle les modalités de l'octroi des subsides supplémentaires et tient compte notamment des critères suivants :

- a. le cercle des personnes bénéficiaires des subsides complémentaires ;
- b. l'information faite aux assurés;
- c. la forme de l'attestation séparée du paiement par les assureurs et par les cantons des moyens supplémentaires de la Confédération.

II

Dispositions transitoires concernant la modification du ...

1. Introduction du service de conseil médical par téléphone

Les assureurs introduisent le service de consultation médicale par téléphone visé à l'art. 14b dans un délai d'une année à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification.

2. Introduction de la communication mensuelle des données

La mise en œuvre de la réglementation de l'art. 21, al. 4, a eu lieu au 1^{er} janvier 2011. Jusqu'à ce moment-là, dans le cadre de la surveillance de l'application de la présente loi, les assureurs doivent communiquer à l'office les données relatives à la facturation des prestations à la fin de chaque trimestre et, chaque année, les données concernant l'activité d'assurance.

III

¹ La présente loi est déclarée urgente en vertu de l'art. 165, al. 1, de la Constitution., et est sujette au référendum facultatif conformément à l'art. 141, al. 1, let. b, de la Constitution.

² Elle entre en vigueur le 1^{er} janvier 2010 et a effet jusqu'au 31 décembre 2012.