



Rapport explicatif
relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur
l'assurance-maladie (admission des fournisseurs de presta-
tions)

Condensé

Le présent projet renforce la qualité et l'économicité des prestations en augmentant les exigences envers les fournisseurs de prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Il donne également aux cantons un instrument de maîtrise de l'offre plus efficace. Il doit prendre le relais de l'actuelle limitation des admissions fixée à l'art. 55a LAMal, qui prendra fin le 30 juin 2019.

Contexte

Le nombre de médecins pour 1000 habitants en Suisse est l'un des plus élevés parmi les pays de l'OCDE et ne cesse d'augmenter. Parallèlement, l'évolution des coûts des prestations fournies dans le domaine ambulatoire à la charge de l'assurance obligatoire des soins n'a cessé d'augmenter depuis l'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie en 1996, contribuant ainsi très largement à la hausse des primes payées par les assurés. Cette évolution a des répercussions importantes sur le budget des ménages et sur les finances cantonales et fédérales, pour lesquelles les réductions de primes des assurés représentent une charge toujours plus importante. Ces subsides représentaient, en 2015, des coûts de plus de 4 milliards de francs, profitant à plus d'un quart des assurés.

Conscient de cet enjeu, le Parlement a introduit en 2000 une première clause du besoin visant à limiter l'installation de médecins en cabinet, entrée en vigueur en 2001. Cette mesure, initialement limitée à trois ans, a été prolongée à trois reprises jusqu'en 2011. Mais face à l'installation massive de nouveaux médecins en cabinet, le Parlement a réintroduit en urgence une limitation des admissions le 1^{er} juillet 2013. Après l'échec d'un nouveau projet pour le pilotage à long terme du domaine ambulatoire, le Parlement a prolongé encore une fois la disposition jusqu'à fin juin 2019. En même temps, il a chargé le Conseil fédéral d'évaluer dans un rapport différentes pistes et de mettre en consultation un nouveau projet d'ici à fin juin 2017. Pour rédiger son rapport du 3 mars 2017, le Conseil fédéral s'est appuyé sur des discussions menées par les acteurs centraux du domaine lors d'ateliers consacrés aux différentes solutions de pilotage envisagées. Le présent projet repose sur les conclusions de ce rapport.

Contenu du projet

Le Conseil fédéral propose un dispositif à 3 niveaux qui doit permettre de renforcer la qualité et l'économicité des prestations, en augmentant les exigences envers les fournisseurs de prestations, et donner aux cantons un instrument de maîtrise de l'offre plus efficace.

Premier niveau d'intervention

Premièrement, le projet de révision établit, pour toutes les personnes exerçant une profession médicale ou de la santé, un lien avec les lois correspondantes s'agissant

des conditions requises pour l'exercice de ces professions. Ces lois garantissent que les prestations sont fournies de manière économique et dans une haute qualité. Elles fixent les exigences qui doivent être remplies concernant la formation professionnelle de base et postgrade, pour l'obtention des diplômes et la reconnaissance des diplômes étrangers. La loi fédérale sur les professions médicales, révisée le 20 mars 2015, contient également des dispositions concernant l'enregistrement obligatoire des diplômés et des connaissances linguistiques des médecins et pharmaciens pratiquant sous leur propre responsabilité professionnelle. Cette révision constitue, avec l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur les professions de la santé une base solide garantissant la qualification des fournisseurs de prestations.

Deuxième niveau d'intervention

Le présent projet permet de relever les exigences envers les fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire de deux manières. D'abord, une procédure formelle d'admission est instituée. Le Conseil fédéral fixera des conditions permettant de garantir la fourniture de prestations adéquates et de haute qualité. Il pourra aussi prévoir que ces personnes observent avant l'admission un délai d'attente de deux ans après avoir achevé leur formation de base et postgrade. Il pourra également exiger des fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire une preuve des connaissances du système de santé suisse qui sont nécessaires pour assurer la qualité des prestations et prévoir un examen à cette fin. Ceux qui pourront apporter la preuve d'une expérience pratique de deux ans après la fin de la formation de base ou postgrade, acquise en Suisse dans le domaine d'activité concerné, pourront être dispensés de cet examen. Les assureurs désigneront en outre une organisation chargée de statuer sur les demandes d'admissions des nouveaux fournisseurs de prestations, qui vérifiera qu'ils remplissent les conditions fixées par le Conseil fédéral. En plus, le Conseil fédéral pourra imposer des charges pour pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, notamment en matière de qualité et d'économicité, auxquelles devront se conformer tous les fournisseurs de prestations, même ceux pratiquant déjà à la charge de l'assurance obligatoire des soins avant l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions. Il pourra par exemple rendre obligatoires des mesures d'amélioration de la qualité et la livraison des données nécessaires pour surveiller le respect des dispositions relatives au caractère économique et à la qualité des prestations. Les assureurs seront tenus de vérifier que les fournisseurs de prestations respectent ces charges. S'ils ne les respectent pas, ils s'exposeront à des sanctions.

Troisième niveau d'intervention

Les nouvelles dispositions permettront aux cantons de réguler eux-mêmes l'offre de soins, selon leurs besoins. Ils pourront fixer des plafonds s'ils entendent limiter le nombre de médecins admis à pratiquer à la charge de la LAMal, en tenant compte de leurs taux d'activité et en se coordonnant pour tenir compte de la mobilité des patients. Ces plafonds s'appliqueront à l'ensemble des médecins pratiquant à la charge de l'assurance obligatoire des soins dans le secteur ambulatoire du canton, qu'ils pratiquent en cabinet ou dans une institution de soins ambulatoires, y compris dans

le domaine ambulatoire des hôpitaux. Les cantons pourront également bloquer toute nouvelle admission de médecin s'ils constatent une hausse importante des coûts dans un ou plusieurs domaines de spécialité.

Table de matières

1	Présentation du projet	6
1.1	Contexte	6
1.1.1	Généralités	6
1.1.2	Genèse du projet	7
1.2	Dispositif proposé	8
1.2.1	Premier niveau d'intervention : renforcement des conditions de pratique professionnelle	9
1.2.2	Deuxième niveau d'intervention : renforcement des conditions d'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins	10
1.2.3	Troisième niveau d'intervention : limitation de l'admission	13
1.3	Appréciation de la solution retenue	14
1.4	Adéquation des moyens requis	16
1.5	Comparaison avec le droit étranger, notamment européen	17
1.6	Mise en œuvre	20
1.7	Interventions parlementaires	21
2	Commentaire des dispositions	24
3	Conséquences	30
3.1	Conséquences pour la Confédération	30
3.1.1	Conséquences financières	30
3.1.2	Conséquences sur le personnel	30
3.2	Conséquences pour les cantons et les communes, ainsi que les centres urbains, les agglomérations et les régions de montagne	30
3.3	Conséquences sanitaires et sociales	30
4	Relation avec le programme de la législature et avec les stratégies nationales du Conseil fédéral	32
4.1	Relation avec le programme de la législature	32
4.2	Relation avec les stratégies du Conseil fédéral	32
5	Aspects juridiques	33
5.1	Constitutionnalité	33
5.2	Compatibilité avec les obligations internationales	33
5.3	Forme de l'acte à adopter	34
5.4	Frein aux dépenses	34
5.5	Délégation de compétences législatives	35

Rapport explicatif

1 Présentation du projet

1.1 Contexte

1.1.1 Généralités

La Suisse bénéficie d'un excellent système de santé, ainsi qu'en attestent de très nombreux indicateurs. L'espérance de vie à la naissance en Suisse est par exemple l'une des plus hautes dans le monde. Cette bonne performance a toutefois un coût : les dépenses de santé en Suisse représentaient en 2015 12,1% du produit intérieur brut (PIB), le montant le plus haut après les États-Unis d'Amérique (16,9% du PIB) parmi les pays de l'OCDE. Or, avec 4,13 médecins en exercice pour 1000 habitants en 2014, la Suisse présente une des plus hautes densités médicales parmi les pays de l'OCDE. Or la densité a une nette influence sur l'activité (visites et consultations) et les coûts par assuré à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Cette problématique est relevée dans plusieurs interventions parlementaires (voir chap. 1.7).

Dans le domaine hospitalier, une importante révision de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)¹ est entrée en vigueur en 2009 et de nouvelles règles de financement pour les traitements hospitaliers sont mises en œuvre depuis 2012. La révision visait en particulier à contenir l'augmentation des coûts à la charge de l'AOS, tout en garantissant l'accès à des soins de haute qualité, notamment avec l'introduction des forfaits par cas. Cette révision est en cours d'évaluation. Dans le domaine ambulatoire, en revanche, la Suisse ne dispose pas d'instrument permettant de gérer efficacement la fourniture et la consommation de prestations, contrairement à la plupart des pays de l'OCDE (voir chap. 1.5).

L'évolution des coûts des prestations dans le domaine ambulatoire ces dernières années a démontré la nécessité d'une solution pour piloter ce domaine. En 2015, ces prestations ont représenté à elles seules plus de 70 % des coûts à la charge de l'assurance-maladie et ont augmenté plus fortement que les prestations hospitalières. Or, l'augmentation des primes ces dernières années a largement dépassé l'inflation et les salaires n'ont pas suivi. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, les primes ont connu une hausse annuelle de 4,6 % en moyenne et de 3,6 % au cours des dix dernières années. De ce fait, les primes d'assurance-maladie obligatoires prennent une part de plus en plus importante dans le budget des ménages. Cette évolution a des conséquences sociales importantes : de plus en plus de personnes n'arrivent plus à payer leurs primes, malgré le fait qu'en 2015, 26,9 % des assurés ont bénéficié de réductions de primes. Ces subsides représentaient en 2015 des coûts de plus de 4,1 milliards de francs, en augmentation de 2,8 % par rapport à l'année précédente, dont 2,3 milliards à la charge de la Confédération et le reste à la charge des cantons.

¹ RS 832.10

1.1.2 Genèse du projet

Une première clause du besoin, limitée à trois ans, avait été décidée par le Parlement le 24 mars 2000 à titre de mesure extraordinaire de maîtrise des coûts, en vue de l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'accord entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes², accepté par le peuple le 21 mai 2000. L'art. 55a LAMal, qui donne au Conseil fédéral la possibilité de limiter les admissions, est ainsi entré en vigueur le 1^{er} janvier 2001. Le Conseil fédéral en a fait usage à partir du 3 juillet 2002, date de l'entrée en vigueur de la première version de l'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (OLAF)³. Prolongée à trois reprises sous des formes partiellement différentes, la limitation des admissions est arrivée à échéance le 31 décembre 2011, mais a été réintroduite en urgence le 1^{er} juillet 2013, à nouveau pour une durée de trois ans, le temps que le Conseil fédéral propose une nouvelle solution pour le long terme. Le 18 février 2015, le Conseil fédéral a transmis au Parlement son message concernant la modification de la LAMal (Pilotage du domaine ambulatoire)⁴ (ci-après message relatif au pilotage du domaine ambulatoire). Ce projet a été rapidement remanié par le Parlement, qui l'a réduit à la prolongation de la limitation des admissions en vigueur, cette fois sans limite temporelle. Le 18 décembre 2015, le Conseil national rejeté ce projet au vote final. À la suite de ce rejet, le Parlement a décidé le 17 juin 2016, donnant suite à l'initiative parlementaire n°16.401 « Prolongation de la validité de l'article 55a LAMal » du 22 janvier 2016 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N), de prolonger de trois ans, jusqu'au 30 juin 2019, la validité de l'art. 55a LAMal. Il a assorti sa décision d'un mandat au Conseil fédéral, qui le chargeait de mettre en consultation, d'ici au 30 juin 2017, un projet de loi conforme au postulat n° 16.3000 « Possibilités de remplacer le système actuel de gestion en matière d'admissions de médecins » du 12 janvier 2016 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (CSSS-E) et à la motion n° 16.3001 « Système de santé. Équilibrer l'offre de soins en différenciant la valeur du point tarifaire » du 22 janvier 2016 de la CSSS-N. a

Le postulat n° 16.3000 demandait au Conseil fédéral de présenter un rapport sur les possibilités d'introduire un nouveau système de gestion en matière d'admission selon le besoin de médecins habilités à pratiquer à la charge de l'AOS. Le rapport devait également indiquer comment une gestion au moyen des tarifs serait envisageable et évaluer la possibilité d'un assouplissement de l'obligation de contracter. La motion n° 16.3001 complète le postulat n° 16.3000. Elle vise en particulier à ce que le Conseil fédéral soumette au Parlement des propositions de modification de la LAMal en s'appuyant sur les résultats du rapport précité. Le 3 mars 2017, le Conseil fédéral a transmis son rapport au Parlement, en exécution du postulat n° 16.3000⁵. Les conclusions de ce rapport ont servi de base pour l'élaboration du présent projet, qui répond ainsi au mandat reçu le 17 juin 2016 et à la motion n° 16.3001.

2 RS 0.142.112.681

3 RS 832.103

4 FF 2015 2109

5 Le rapport peut être consulté sur le site de l'Office fédéral de la santé publique à l'adresse suivante : www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurances > Assurance-maladie > Projets de révision en cours > Révision LAMal : admission des fournisseurs de prestations.

Le rapport du Conseil fédéral du 3 mars 2017 dresse un état des lieux de la problématique et de la gestion de l'offre de soins en Suisse. Il présente un bilan de la limitation des admissions et une évaluation des autres solutions envisageables. Ces dernières ont été préalablement discutées en profondeur par les représentants des principales organisations du domaine ambulatoire, dans le cadre de trois ateliers d'une demi-journée chacun en septembre 2016, animés par des experts du domaine de la santé. L'évaluation des différentes solutions est présentée au chapitre 1.3.

1.2 Dispositif proposé

Compte tenu des résultats du rapport du 3 mars 2017, le Conseil fédéral propose un modèle à trois niveaux qui, d'une part, permettra de renforcer les exigences en matière de qualité et d'économicité que doivent remplir les fournisseurs de prestations admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins et qui, d'autre part, mettra à la disposition des cantons un instrument de maîtrise de l'offre plus efficace. D'une manière générale, l'admission donne le droit aux fournisseurs de prestations mentionnés aux art. 35 à 40 LAMal de fournir à la charge de l'assurance obligatoire des soins les prestations définies aux art. 25 à 31, pour autant que ces prestations soient efficaces, appropriées et économiques (art. 32). Avec ce projet, le Conseil fédéral entend renforcer les devoirs des fournisseurs de prestations, en particulier en matière de qualité et d'économicité des prestations.

Premier niveau – La deuxième partie de la révision du 20 mars 2015 de la loi fédérale sur les professions médicales (LPMéd)⁶, qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2018, augmente les exigences pour l'exercice à titre indépendant des professions médicales universitaires, garantissant la qualification des fournisseurs de prestations concernés (médecins, dentistes, chiropraticiens, pharmaciens et vétérinaires). Le 30 septembre 2016, le Parlement a aussi adopté la loi fédérale sur les professions de la santé⁷, qui régleme la formation et l'exercice sous propre responsabilité professionnelle de différentes professions de la santé : les infirmiers, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les sages-femmes, les diététiciens, les optométristes et les ostéopathes. L'exercice à titre indépendant d'une profession médicale ou de la santé sous propre responsabilité professionnelle requiert l'autorisation du canton sur le territoire duquel la profession est exercée. Le canton désigne en outre une autorité chargée de surveiller les personnes concernées, en particulier afin qu'elles observent leurs devoirs professionnels.

Deuxième niveau –Le présent projet instaure une procédure formelle pour l'admission des fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m et n, LAMal à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Pour éviter une charge administrative trop lourde et assurer un processus rapide, les assureurs désigneront une institution chargée de l'admission des fournisseurs de prestations. Elle devra vérifier que les nouveaux fournisseurs de prestations répondent aux conditions fixées par le Conseil fédéral pour garantir la fourniture de prestations adéquates et de haute qualité. Le Conseil fédéral pourra en outre prévoir que les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a à e, LAMal observent, avant leur admission, un délai d'attente de deux ans après la fin de leur formation de base et postgrade. Il sera de plus possible d'exiger de ces fournisseurs de prestations une preuve des

⁶ RS 811.11

⁷ RS 811.21

connaissances du système de santé suisse qui sont nécessaires pour assurer la qualité des prestations fournies et de prévoir un examen à cet effet. Les fournisseurs de prestations qui pourront apporter la preuve d'une expérience pratique de deux ans après la fin de la formation de base ou postgrade, acquise en Suisse dans le domaine d'activité concerné, seront dispensés de cet examen. Cette exigence supplémentaire permettra notamment de réguler l'afflux de fournisseurs de prestations sur le marché de l'assurance-maladie.

En plus, le présent projet permettra au Conseil fédéral de lier l'admission des fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m et n, LAMal à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins au respect de certaines charges, afin de renforcer la qualité et l'économicité des prestations fournies à la charge de l'AOS. Des charges pourront être définies pour toutes les catégories de fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m et n, LAMal. Tous les fournisseurs de prestations qui pratiquent à la charge de l'AOS, y compris ceux qui y étaient déjà admis avant l'entrée en vigueur du présent projet, seront soumis à ces charges. La responsabilité des assureurs, qui devront contrôler le respect de ces charges dans le cadre de l'examen du caractère économique et de la qualité des prestations (art. 56 et suivants), s'en trouvera renforcée.

Troisième niveau – En plus des mesures visant à améliorer la qualité et l'économicité des prestations, chaque canton aura la possibilité de plafonner l'admission de nouveaux médecins à pratiquer à la charge de la LAMal. Ils pourront aussi le faire en cas de hausse massive des coûts dans une spécialité médicale.

1.2.1 Premier niveau d'intervention : renforcement des conditions de pratique professionnelle

La LPMéd établit, dans une première étape, des conditions structurelles permettant de fournir des prestations médicales de qualité. Elle fixe notamment les exigences auxquelles doivent répondre la formation universitaire et la formation postgrade, les conditions pour l'obtention des diplômes et celles pour la reconnaissance des diplômes étrangers ; elle établit également les règles régissant l'exercice des professions médicales universitaires à titre indépendant. La loi considère que les médecins, les dentistes, les chiropraticiens, les pharmaciens et les vétérinaires exercent une profession médicale universitaire.

Une importante révision de la LPMéd a été adoptée par le Parlement le 20 mars 2015. Une première partie des modifications de la loi est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016. Le rôle de la médecine de famille et des soins médicaux de base dans le système de santé a été renforcé par leur mention expresse dans les objectifs de formation contenus dans la loi. La médecine complémentaire est également citée dans ces objectifs de formation, afin de mettre en œuvre l'art. 118a de la Constitution, qui prévoit la prise en compte des médecines complémentaires par la Confédération et les cantons. La deuxième partie des dispositions entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2018. L'une des principales mesures dans cette seconde phase concerne l'enregistrement obligatoire des diplômes et des connaissances linguistiques des personnes exerçant une profession médicale universitaire. L'ordonnance sur les professions médicales⁸ fixera en particulier les modalités concernant les connais-

⁸ RS 811.112.0

sances linguistiques minimales nécessaires à l'exercice de la profession à titre indépendant, qui correspondront au niveau B2 du Cadre européen commun de référence pour les langues⁹. Toutes les personnes qui exercent une profession médicale universitaire seront inscrites au registre, avec leurs diplômes et connaissances linguistiques. De plus, avec ces nouvelles dispositions, toute personne exerçant « à titre d'activité économique privée, sous propre responsabilité professionnelle » devra posséder une autorisation délivrée par le canton dans lequel elle souhaite pratiquer.

Les personnes exerçant une profession médicale universitaire à titre d'activité économique privée sous leur propre responsabilité professionnelle doivent observer des devoirs professionnels. Ils doivent notamment approfondir, développer et améliorer, à des fins d'assurance qualité, leurs connaissances, aptitudes et capacités professionnelles par une formation continue tout au long de la vie professionnelle. Chaque canton doit désigner une autorité chargée de la surveillance des personnes exerçant, sur son territoire, une profession médicale universitaire à titre d'activité économique privée sous leur propre responsabilité professionnelle. Cette autorité de surveillance prend les mesures nécessaires pour faire respecter les devoirs professionnels. Elle pourra déléguer certaines tâches de surveillance aux associations professionnelles cantonales compétentes. En cas de violation des devoirs professionnels, des mesures disciplinaires peuvent être prononcées (art. 43, LPMéd).

Les conditions d'admission des médecins et des pharmaciens à pratiquer à la charge de la LAMal, fixées aux art. 36, 36a et 37 LAMal, font double emploi avec les dispositions relatives à la formation fixées dans la LPMéd. Aussi le présent projet prévoit-il de supprimer ces articles de la LAMal. Ces conditions seront toutefois reprises dans l'ordonnance, comme pour les autres professions pratiquées à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

La loi fédérale sur les professions de la santé, adoptée le 30 septembre 2016, définit notamment les compétences à acquérir durant les études, l'accréditation des filières d'études, la reconnaissance des diplômes étrangers, l'exercice de la profession sous propre responsabilité professionnelle et le registre des professions de la santé. La loi considère que les infirmiers, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les sages-femmes, les diététiciens, les optométristes et les ostéopathes exercent une profession de la santé. Dès son entrée en vigueur avec les ordonnances nécessaires à sa mise en œuvre, elle constituera, comme la LPMéd pour les professions médicales universitaires, une base solide garantissant la qualification des personnes qui exercent une profession de la santé sous leur propre responsabilité.

1.2.2 Deuxième niveau d'intervention : renforcement des conditions d'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins

Avec l'entrée en vigueur de la révision de la LPMéd et de ses ordonnances, les conditions structurelles visant à garantir la fourniture de prestations de qualité sont relevées. Plusieurs exigences concernant la formation, les connaissances linguistiques et la transparence concernant les diplômes, demandées notamment par la Fédération des médecins suisses lors des ateliers organisés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans le cadre des travaux relatifs au postulat n° 16.3000, sont

⁹ Le document peut être consulté sur le site du Conseil de l'Europe à l'adresse suivante : www.coe.int/lang-CECR

ainsi réalisées. Le Conseil fédéral estime toutefois que tous les fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire énumérés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m et n, LAMal doivent pouvoir être soumis à des exigences supplémentaires, comme c'est déjà le cas pour certaines catégories de fournisseurs de prestations prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical et pour les organisations qui les emploient. Ces exigences doivent pouvoir porter non seulement sur la qualité des prestations, mais également sur leur économicité.

Le présent projet permet de relever les exigences envers les fournisseurs de prestations de deux manières. Premièrement, une procédure formelle d'admission est instituée. Le Conseil fédéral fixera des conditions permettant de garantir la fourniture de prestations adéquates et de haute qualité. Ces conditions concerneront la formation de base et postgrade, conformément aux dispositions de la LPMéd et de la LPSan, selon les types de fournisseurs de prestations. Le Conseil fédéral pourra en outre exiger, comme condition d'admission supplémentaire, que les fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire observent, avant leur admission, un délai d'attente de deux ans après la fin de leur formation de base et postgrade. Il pourra prévoir ce délai d'attente pour certaines catégories de fournisseurs de prestations ou pour toutes. Il pourra aussi exiger de ces personnes qu'elles disposent des connaissances du système de santé suisse requises pour assurer la qualité des prestations et que l'acquisition de ces connaissances soit contrôlée au moyen d'une procédure d'examen. Le Conseil fédéral pourra charger une organisation de la réalisation de cette dernière. L'examen portera sur les connaissances du système de santé suisse qui sont nécessaires. Les fournisseurs de prestations qui pourront apporter la preuve d'une expérience pratique de deux ans après la fin de leur formation de base et postgrade, acquise en Suisse dans le domaine d'activité concerné, en seront toutefois dispensés. Cette nouvelle compétence permettra de réguler l'afflux de praticiens en cabinet et contribuera à améliorer la qualification des fournisseurs de prestations souhaitant pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins ainsi que leur connaissance du système de santé suisse. Dans le même temps, les fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire qui souhaitent pratiquer à la charge de l'AOS seront incités à travailler effectivement, pendant le délai d'attente, dans le domaine d'activité visé, afin d'être libérés de l'obligation de se soumettre à un examen pour prouver qu'ils ont les connaissances requises concernant le système de santé suisse.

Le Conseil fédéral fixera également des conditions structurelles nécessaires à la fourniture de prestations adéquates et de haute qualité. Ces conditions concernent par exemple, pour les organisations qui emploient des personnes prodiguant des soins sur prescription, la qualification de leur personnel, les équipements nécessaires, la délimitation du champ d'activité quant au lieu de leur intervention, aux horaires et aux patients auxquels elles fournissent leurs prestations, la participation aux mesures de contrôle de la qualité ou encore les autorisations nécessaires. De telles dispositions existent déjà dans le droit en vigueur pour certains fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire (art. 45a, art. 51, art. 52, art. 52a, art. 52b, art. 52c, art. 53, OAMal).

Avec le présent projet, les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m et n, LAMal ne seront plus admis automatiquement à pratiquer à la charge de l'AOS, mais le seront seulement lorsqu'ils auront été admis par un organe désigné conjointement par les assureurs. Les assureurs désigneront une organisation chargée de statuer sur les demandes d'admissions des nouveaux fournisseurs de prestations. Elle vérifiera qu'ils remplissent les conditions fixées par le Conseil fédéral. La mise

en place d'une procédure d'admission de ce type vise à décharger les différents assureurs et garantit que les fournisseurs de prestations qui sollicitent l'admission à pratiquer à la charge de l'AOS sont tous traités de la même façon. A cet égard, il faut relever qu'actuellement déjà, les assureurs ont organisé conjointement l'examen des conditions d'admission par SASIS SA. Le Conseil fédéral consultera les principaux acteurs du domaine ambulatoire à propos de la délégation de l'organisation de l'examen visé à l'art. 36, al. 3^{bis}, LAMal..

Au cas où les assureurs ne parvenaient pas à s'entendre sur l'organisation dans un délai d'un an après l'entrée en vigueur du présent projet, le Conseil fédéral la désignera lui-même. En cas de refus par l'organisation désignée de délivrer l'autorisation demandée, le demandeur pourra déposer un recours contre la décision auprès du Tribunal administratif fédéral, conformément à l'art. 33, let. h de la loi du 17 juin 2005 sur le tribunal administratif fédéral (LTAF)¹⁰. L'organisation désignée est donc réputée autorité selon l'art. 1, al. 1, en lien avec l'art. 1, al. 2, let. e de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA)¹¹ et se prononce sur les demandes d'admission par voie de décision conformément à l'art. 5, PA.

Pour se financer, les organisations visées à l'art. 36, al. 5 et 6, LAMal pourront percevoir auprès des demandeurs des émoluments pour l'examen de la demande d'admission et pour la réalisation de la procédure d'examen. Le Conseil fédéral fixera lui-même le montant de ces émoluments, qui ne dépassera pas le coût effectif des procédures respectives.

Deuxièmement, le Conseil fédéral pourra imposer des charges, notamment en matière de qualité et d'économicité, auxquelles devront se conformer tous les fournisseurs de prestations qui pratiquent à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Ces charges concerneront tous les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m et n, LAMal, même ceux pratiquant déjà à la charge de l'AOS avant l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions. Le Conseil fédéral pourra par exemple rendre obligatoires des mesures d'amélioration de la qualité des prestations et la livraison des données nécessaires pour surveiller le respect de l'art. 59a LAMal relatives au caractère économique et à la qualité des prestations. Il pourra s'agir par exemple de la participation à des programmes ou des mesures de garantie et d'amélioration de la qualité des prestations prévues dans des conventions conclues avec les assureurs, ou à celles mises en œuvre par les organisations de fournisseurs de prestations sous leur propre responsabilité. Dans ce cadre, l'application de standards et de méthodes, la participation à un système d'annonce des erreurs, la participation à un cercle de qualité ou à des *peer-reviews* pourraient être prévues.

Le 4 décembre 2015, le Conseil fédéral a par ailleurs transmis au Parlement son message concernant la modification de la LAMal portant sur le renforcement de la qualité et de l'économicité¹². Ce projet prévoit notamment de soutenir financièrement des programmes et projets concrets, notamment le développement de nouveaux indicateurs qui permettront de mesurer et d'évaluer la qualité des prestations médicales, y compris dans le domaine ambulatoire. À moyen terme, les résultats de ces travaux permettront de formuler dans l'ordonnance de nouvelles charges liées à la pratique à la charge de l'assurance obligatoire des soins, afin d'améliorer encore

¹⁰ RS 173.32

¹¹ RS 172.021

¹² FF 2016 217

la qualité et l'économicité des prestations fournies à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Chaque assureur-maladie, s'il est tenu à prestation, a déjà le droit et l'obligation de vérifier, pour chaque fournisseur de prestations, si celui-ci remplit les exigences relatives au caractère économique et à la garantie de la qualité des prestations qui sont prévues dans la loi (art. 56 et 58) ou dans un contrat. S'il ne les respecte pas, le tribunal arbitral cantonal (art. 89, LAMal) peut être saisi pour prononcer la sanction appropriée. Ces sanctions vont de l'avertissement à l'exclusion temporaire ou définitive de toute activité à la charge de l'AOS, en cas de récidive (art. 59, al. 1, LAMal), en passant par l'amende et la restitution de tout ou partie des honoraires touchés pour des prestations fournies de manière inappropriée. Avec le présent projet, les assureurs devront aussi vérifier que les fournisseurs de prestations respectent les charges fixées par le Conseil fédéral pour pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Le non-respect, total ou partiel, des charges prévues à l'art. 36, al. 4, LAMal vient s'ajouter à la liste des manquements pouvant entraîner les sanctions mentionnées (art. 59, al. 3, let. g, LAMal).

Le Conseil fédéral devra fixer les conditions relatives à l'admission et les charges liées à la pratique à la charge de l'assurance obligatoire des soins dans l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)¹³.

1.2.3 Troisième niveau d'intervention : limitation de l'admission

Alors qu'avec l'ancienne limitation des admissions, c'est le Conseil fédéral qui fixait des nombres maximaux de médecins admis par spécialité médicale, la révision doit permettre aux cantons de réguler eux-mêmes l'approvisionnement selon leurs besoins. Ils disposeront d'un délai de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation pour fixer des plafonds s'ils entendent limiter le nombre de médecins admis à pratiquer à la charge de la LAMal. Ces plafonds s'appliqueront à l'ensemble des médecins actifs dans le secteur ambulatoire du canton, qu'ils pratiquent en tant qu'indépendant ou employé ou dans une institution de soins ambulatoires qui emploie des médecins, y compris dans le domaine ambulatoire des hôpitaux, ce qui n'était pas le cas avec l'ancienne limitation de l'admission. De cette manière, une importante distorsion du marché est supprimée, puisque tous les fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire seront traités sur un pied d'égalité.

Avec l'augmentation du nombre de personnes qui travaillent à temps partiel, il est devenu nécessaire que les cantons tiennent compte du taux d'occupation des fournisseurs de prestations. Ils pourront s'appuyer à cet effet sur les données des fournisseurs de prestations et des assureurs, qu'ils pourront consulter sous une forme ou sous une autre (par ex. consultation écrite, groupe de travail ou commission). Ils devront également se coordonner avec les autres cantons afin de tenir compte de la mobilité des patients, qui de plus en plus vont chez un médecin près de leur lieu de travail, de formation ou de loisirs. Les cantons pourront décider que la coordination aura lieu par exemple de manière centralisée au niveau suisse, par la mise en place d'un organe de décision sur le modèle de la médecine hautement spécialisée, ou de manière bi- ou multilatérale sur le plan régional.

Le Conseil fédéral pourra fixer par voie d'ordonnance des principes méthodologiques et des critères supplémentaires pour la détermination des nombres maximaux de médecins admis, mais il ne les fixera plus lui-même. L'accès des assurés au traitement dans un délai raisonnable restera cependant un critère impératif.

Une autre nouveauté de ce dispositif permettra aux cantons de stopper immédiatement toute nouvelle admission dans un domaine de spécialité médicale, quels que soient les plafonds fixés. Si les coûts dans un domaine de spécialité augmentaient plus fortement que la moyenne des coûts des autres domaines de spécialité dans le canton concerné ou si les coûts d'un domaine de spécialité dans le canton concerné augmentaient plus fortement que la moyenne suisse des coûts de ce domaine de spécialité, le canton pourra prévoir qu'aucun nouveau médecin ne peut être admis à pratiquer à la charge de l'AOS dans le domaine de spécialité concerné. Les cantons disposeront ainsi d'un nouvel instrument de maîtrise des coûts rapide et efficace.

1.3 Appréciation de la solution retenue

Le postulat n° 16.3000 de la CSSS-E et la motion n° 16.3001 de la CSSS-N demandaient au Conseil fédéral d'étudier les différentes possibilités de remplacer la limitation des admissions. Trois pistes étaient mentionnées : une amélioration du système de gestion des admissions, un assouplissement de l'obligation de contracter et la possibilité pour les partenaires tarifaires de convenir de tarifs différenciés en fonction de l'offre, de la région, de la gamme de prestations ou encore de critères de qualité.

Pour évaluer ces trois axes de réforme et rédiger son rapport, l'administration a fait appel à des experts reconnus du domaine de la santé et a invité les principales organisations faitières du domaine ambulatoire à participer aux travaux. Dans un premier temps, dix questions leur ont été posées au moyen d'un questionnaire, portant sur la maîtrise de la croissance des quantités, sur le maintien de la qualité de l'offre de soins et la réduction de l'offre inadéquate et sur la suppression des mauvaises incitations du système. Après dépouillement des réponses reçues, une première version de l'avant-projet de rapport a été transmise aux organisations interrogées, qui ont été invitées par l'OFSP à participer à trois ateliers thématiques d'une demi-journée chacun, animés par les experts. Le premier atelier était consacré aux données de base nécessaires à toute gestion du domaine ambulatoire et à la gestion par l'admission. Le deuxième atelier avait pour sujets la liberté de contracter et la recherche de critères de qualité relatifs aux prestations. Enfin, le dernier atelier avait pour thématique principale les tarifs différenciés. Les avis exprimés par les acteurs de la santé et les experts durant ce processus ont permis de compléter le rapport. Les conclusions du rapport concernant les trois axes de réforme analysés sont synthétisées ci-après.

Tarifs différenciés

Concernant la différenciation des tarifs, le rapport du 3 mars 2017 relève la difficulté de fixer le « juste prix » des prestations en fonction des critères appliqués et la nécessité qu'il y aurait de devoir régulièrement adapter ce prix selon l'évolution des circonstances, ce qui engendrerait une grande insécurité économique pour les fournisseurs de prestations. Il relève aussi l'importance d'autres facteurs qui influencent les choix des fournisseurs de prestations. Il a été démontré à l'aide de plusieurs exemples concrets qu'une variation du prix de moins de 20 % ne produirait que peu d'effet sur le choix d'implantation des médecins. Les discussions ont abouti au

consensus qu'il n'est pas possible de gérer l'approvisionnement dans le domaine ambulatoire de manière efficace au moyen d'une différenciation des tarifs, à moins d'une différenciation massive qui créerait de nouvelles incitations indésirables et une inégalité de traitement pour les patients. De plus, du point de vue du Conseil fédéral, un relèvement de la valeur du point poursuivant exclusivement le but de corriger des déséquilibres régionaux en matière d'offres de soins serait contraire au principe d'économicité inscrit dans la LAMal. Le rapport relève toutefois que les dispositions légales en matière tarifaire laissent déjà une certaine marge de manœuvre aux acteurs et qu'il serait possible de mieux l'exploiter. Par exemple, favoriser les tarifs forfaitaires limiterait certaines incitations négatives inhérentes aux tarifs à la prestation.

Liberté de contracter

Un assouplissement de l'obligation de contracter introduirait plus de concurrence dans le marché des prestations à la charge de l'AOS. Il permettrait ainsi de laisser jouer les mécanismes du marché contre les incitations indésirables qui font augmenter les coûts et baisser la qualité. De nombreux projets de réforme visant un tel assouplissement ont cependant échoué au Parlement depuis l'entrée en vigueur de la LAMal. Les discussions lors des ateliers organisés par l'OFSP ont confirmé l'opposition fondamentale entre fournisseurs de prestations et assureurs sur ce sujet. Les discussions ont toutefois également montré qu'il n'y a pas de consensus, même parmi les partisans d'une telle réforme, sur un modèle donnant plus de liberté aux assureurs. Le potentiel de conflit d'intérêts pour les assureurs, actifs à la fois sur les marchés de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance privée complémentaire, nécessiterait selon le Conseil fédéral la mise en place d'un cadre relativement strict. La LAMal prévoit cependant déjà des formes particulières d'assurance, notamment des modèles dans lesquels le choix du fournisseur de prestations est limité en contrepartie d'une prime plus avantageuse. Le Conseil fédéral soutient, dans sa stratégie Santé2020¹⁴, le développement de formes d'assurance particulières, notamment celles incluant une coordination des soins. Malgré l'absence de consensus sur un modèle d'assouplissement de l'obligation de contracter pouvant entrer en vigueur en 2019 en remplacement de l'actuelle limitation des admissions, le Conseil fédéral est prêt à participer aux discussions sur un modèle donnant plus de liberté concurrentielle aux acteurs de la santé et à le soutenir.

Gestion des admissions

Une première évaluation de la limitation des admissions a été réalisée en 2004 sur mandat de l'office compétent à l'époque, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), par le bureau d'études Vatter Politikforschung & -beratung. Au vu des discussions portant sur le pilotage du domaine ambulatoire en 2015, l'OFSP a de nouveau chargé ce bureau d'étudier comment les cantons ont fait usage jusqu'ici de la limitation des admissions, comment ils l'ont appliquée sur le terrain, comment ils évaluent l'instrument de pilotage et quelles difficultés ils ont rencontrées dans son application. Le bilan de la limitation de l'admission est nuancé. Une petite majorité de 14 cantons a évalué positivement cette mesure comme instrument permettant de maîtriser la hausse des coûts, alors que 13 cantons ont évalué positivement son adéquation avec le pilotage professionnel et régional de l'offre ambulatoire. Le Conseil fédéral a constaté dans le rapport établi en exécution du postulat

¹⁴ La stratégie peut être consultée sur le site de l'OFSP à l'adresse suivante : www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Stratégie & politique > Stratégie Santé2020.

n° 16.3000¹⁵ que la réintroduction de la limitation de l'admission a toutefois permis de freiner l'afflux de médecins dans le domaine ambulatoire, qui avait très fortement augmenté entre fin 2011 et fin juin 2013, période durant laquelle la mesure n'était plus en vigueur. L'ajout par le Parlement d'une disposition prévoyant que les médecins ayant exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade ne sont pas soumis à la preuve du besoin, disposition dont la conformité avec l'accord sur la libre circulation des personnes était controversée, en a cependant réduit l'efficacité. Bien que la limitation des admissions a toujours été facultative pour les cantons, la plupart l'ont appliquée de manière relativement stricte jusqu'en 2011. Entre 2013 et 2016, 18 cantons ont appliqué une limitation des admissions. Dans le cadre des discussions menées avec les acteurs du domaine de la santé, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS a plaidé pour une solution simple et efficace en matière de maîtrise des coûts, avec laquelle les cantons pourraient exercer leurs responsabilités. Cependant, au-delà de la nécessité de maîtriser l'évolution des coûts, il est apparu clairement qu'un mécanisme de gestion de l'admission dans le domaine ambulatoire devait aussi avoir comme objectif une amélioration de la qualité de prestations.

1.4 Adéquation des moyens requis

S'agissant de l'admission des fournisseurs de prestations du domaine de la santé, il y a lieu de distinguer entre celle qui relève de la police sanitaire et celle qui relève du droit des assurances sociales. L'admission par l'autorité de surveillance sanitaire constitue une condition impérative, mais non suffisante, pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Cela tient à la différence d'objectif entre les deux types d'admission. L'exercice d'une activité économique privée, sous sa propre responsabilité professionnelle, pour le diagnostic et le traitement de maladies et de leurs conséquences est soumis par principe à une obligation d'autorisation cantonale, car il peut entrer en conflit avec la protection de la santé publique. Les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, LAMal ont donc besoin dans la plupart des cantons d'une autorisation de l'autorité de police sanitaire cantonale. Les critères qui s'y rapportent sont définis dans les lois cantonales sur la santé. S'il s'agit d'une profession médicale universitaire, la LPMéd s'applique. S'il s'agit d'une profession de la santé, c'est à l'avenir la LPSan qui s'appliquera.

La preuve d'une autorisation de l'autorité de police sanitaire pour pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins garantit que seules travaillent pour l'AOS des personnes qui ne mettent pas la santé publique en danger. Cependant, dans le domaine de l'AOS, d'autres aspects que ceux relevant de la police sanitaire importent encore. La restriction la plus importante est l'énumération exhaustive des fournisseurs de prestations qui peuvent pratiquer à la charge de l'AOS (art. 35, al. 2, LAMal). On peut citer, comme exemple d'autres critères d'admission en vertu du droit de l'assurance-maladie en vigueur, la preuve d'un titre de formation postgrade ou d'une activité pratiquée sous la surveillance d'un confrère qui remplit les conditions d'admission requises. Il importe que le Conseil fédéral obtienne *de lege ferenda* la compétence élargie de régler l'admission de tous les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m et n, LAMal. En même temps, il reçoit la compétence de définir des conditions en matière de qualité et d'économicité. De

¹⁵ Voir note 5.

même, l'admission à pratiquer à la charge de l'AOS n'est plus automatique du moment que les conditions d'admission sont remplies, mais passe par la décision d'une organisation désignée conjointement par les assureurs.

Une autre condition ne relevant pas de la police sanitaire est la limitation de l'admission des médecins à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins prévue à l'art. 55a LAMal. La *ratio legis* de cette disposition est la nécessité d'une maîtrise des coûts, le droit en vigueur prévoyant la possibilité de faire dépendre de l'établissement de la preuve d'un besoin l'admission des médecins qui n'ont pas travaillé au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade. Le présent projet prévoit d'adapter l'art. 55a LAMal de sorte qu'un canton puisse limiter l'admission de médecins dans un ou plusieurs domaines de spécialité médicale à un nombre maximal défini.

Le projet donne de nouvelles compétences aux assureurs, aux cantons et au Conseil fédéral dans le but de maîtriser l'augmentation des coûts des prestations à la charge de l'AOS et d'améliorer la qualité des prestations. Ces compétences sont proportionnées et conformes à la répartition actuelle des rôles dans le système de l'assurance obligatoire des soins.

1.5 Comparaison avec le droit étranger, notamment européen

Nombre d'États de l'OCDE disposent d'une solution pour gérer à long terme l'approvisionnement médical dans le domaine ambulatoire. Les pays limitrophes de la Suisse, en particulier, ont déjà introduit des systèmes pour limiter le nombre de médecins admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins ou le volume des prestations pouvant être facturées par ces médecins. Le rapport du Conseil fédéral du 3 mars 2017¹⁶ présente de manière assez détaillée les divers modèles de gestion du domaine ambulatoire appliqués dans les pays de l'OCDE, en particulier dans certains États voisins de la Suisse. Il se fonde en particulier sur une étude de 2013 réalisée sur mandat de l'OFSP.

Autorisation d'exercer la profession et admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins ou du service de santé

En ce qui concerne l'exercice de la profession, les États considérés exigent pour tous les médecins une autorisation ou une approbation. Les conditions d'obtention de ce document sont très similaires dans tous ces pays (études de médecine achevées d'au moins six ans, formation postgrade achevée, fiabilité et aptitude médicale), car elles mettent toutes en œuvre la directive 2005/36/CE¹⁷, qui fixe de manière uniforme les exigences minimales en matière de formation et de formation postgrade pour les États de l'UE et de l'AELE. Pour les médecins venant d'États avec lesquels la libre circulation des personnes s'applique en vertu du droit européen ou d'un accord international, les États examinés ne connaissent aucune limitation d'accès légale, ou alors ils exigent la connaissance d'une des langues nationales (comme la Suisse). À l'égard des médecins provenant d'États tiers (sans accord sur la libre circulation des personnes), quelques États élèvent des obstacles sous forme d'examens complémentaires ou d'exigences supplémentaires concernant l'expérience professionnelle.

¹⁶ Voir note 5.

¹⁷ Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, JO L 255 du 30.09.2005, p. 22.

Pour ce qui est de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins ou du service de santé, il existe dans à peu près la moitié des États examinés une obligation de contracter ou une obligation d'affiliation similaire à celle que connaît la Suisse. Dans quelques États, elle est limitée à certains domaines. On citera par exemple la France, qui distingue entre médecins employés dans des hôpitaux et médecins indépendants. Les prestations des médecins hospitaliers sont remboursées automatiquement par les assureurs-maladie, alors que les médecins indépendants peuvent s'affilier à un assureur. Les assureurs-maladie fixent par contrat les conditions auxquelles les médecins peuvent facturer pour trois ans leurs prestations aux assureurs. À cet égard, les réglementations de la République slovaque sont également intéressantes : à l'exception des soins de base ambulatoires, le nombre de contrats conclus entre assureurs et médecins est limité à la garantie d'une offre de soins minimale. Le choix des médecins est effectué par les assureurs-maladie, qui se fondent sur des critères de qualité fixés par la loi.

S'agissant de l'admission de médecins étrangers à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie ou du service de santé, il n'existe en principe aucune restriction légale dans les États examinés. La Suède connaît cependant des conditions spécifiques pour les médecins étrangers, exigeant une expérience médicale de plusieurs années ainsi qu'une qualification de médecin spécialiste. En Australie, un médecin étranger ne peut adhérer au système Medicare que s'il s'établit pour une durée de dix ans dans un *District of Workforce Shortage*, autrement dit une région où règne une pénurie de médecins. Ce n'est qu'au terme de cette période qu'il peut accéder librement au système.

Gestion de l'offre

Si l'on compare les systèmes de santé des divers États, on observe une gestion de l'offre dans différents domaines. Pour l'exercice de la profession, par exemple, la Belgique limite sur recommandation d'une commission, en cas d'offre excédentaire, le nombre de candidats à l'exercice de la profession de médecin. En Espagne, les besoins sont planifiés au moyen de « plans de santé » qui sont publiés par les régions et qui déterminent ainsi le besoin en médecins engagés dans le secteur public. Une forte majorité d'États influent également sur le nombre de places proposées pour la formation médicale. Il existe aussi des limitations des places de formation dans certains États pour les formations postgrade de spécialiste (France, République tchèque, Lettonie).

En ce qui concerne la gestion de l'offre dans le cadre du financement étatique, il existe une grande diversité de modèles dans les États examinés. Ainsi, le nombre de contrats ou de médecins admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins ou du système de santé est limité dans plusieurs États sur la base d'une évaluation des besoins (Allemagne, Autriche, Italie, Danemark, Islande, Lettonie, Slovaquie). L'Allemagne, par exemple, connaît pour l'autorisation de pratiquer en tant que médecin conventionné un système de planification des besoins qui est codifié dans la *Zulassungsverordnung für Vertragsärzte* (règlement régissant les conventions mutualistes des médecins). Les associations de médecins conventionnés élaborent, en accord avec les associations de caisses-maladie des différents Länder, un plan des besoins qui doit être présenté à l'autorité suprême du Land compétente pour les assurances sociales et que celle-ci peut contester dans un délai de deux mois. Le

plan des besoins doit comprendre entre autres des constatations concernant l'offre médicale compte tenu des groupes de médecins, concernant la densité et la structure de la population, concernant la nature et l'étendue de la demande en prestations de médecins conventionnés, concernant la couverture de cette demande et son attribution géographique dans le cadre de la prise en charge par les médecins conventionnés et concernant les liaisons de transport importantes pour cette prise en charge. Les principes de base de ce plan sont définis dans la *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Massstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung* (directive de la Commission fédérale commune concernant la planification des besoins et les critères de détermination d'une offre excédentaire ou insuffisante dans la prise en charge par les médecins conventionnés) : le plan fixe les principes de l'offre de soins régionale, rend compte du degré de prise en charge propre à chaque groupe de spécialité par région de planification et doit être régulièrement adapté. Quatre niveaux de prise en charge sont définis (médecine de famille et trois types de spécialités), qui sont déterminants pour l'attribution des médecins aux groupes de médecins, pour le découpage des domaines de planification et, par conséquent, pour la détermination du degré de prise en charge. Si le plan affiche un besoin de médecins conventionnés pour un domaine donné et que l'offre insuffisante ne peut être compensée dans un délai de six mois, l'association de médecins conventionnés doit mettre les postes conventionnés au concours. Dans des cas particuliers, la commission d'admission peut décider une exception à la limitation d'admission afin d'agir contre l'offre insuffisante. En cas d'offre excédentaire, qui se définit par un dépassement de 10 % au moins du degré général de prise en charge conforme aux besoins, la commission d'admission doit ordonner des limitations d'admission, qui sont réexaminées au plus tard après six mois et qui peuvent être révoquées. Aucune autre mesure (par ex. baisses de tarif) n'est prévue.

Le volume de l'offre est également géré dans divers États au moyen d'un budget destiné au financement de prestations médicales (notamment au Royaume-Uni et en Pologne ; en Allemagne, un montant total des honoraires est fixé). Notons qu'en Pologne, un premier traitement ambulatoire est payé par le service de santé de l'État lorsqu'il est donné par un médecin conventionné du Fonds national de la santé. Tous les médecins qui remplissent certains critères (comme le respect de standards épidémiologiques et hygiéniques) peuvent demander un contrat avec ce fonds, la sélection s'effectuant par une procédure d'attribution spéciale. L'offre est ainsi pilotée indirectement au moyen des prestations achetées par le Fonds national de la santé.

La Norvège et le Danemark connaissent un système de gestion de l'offre reposant sur des incitations financières, où les prestations dont l'offre est insuffisante sont mieux indemnisées.

Concurrence régulée

Aucun pays de l'OCDE ne connaît une liberté de contracter entre assureurs-maladie et fournisseurs de prestations telle que décrite au point 4.3 du rapport du Conseil fédéral établi en exécution du postulat n° 16.3000. Il faut toutefois mentionner le système de santé des Pays-Bas, qui suit les principes de la concurrence régulée et dans lequel les négociations entre assureurs et fournisseurs de prestations jouent un rôle considérable. Aux Pays-Bas, la rémunération des médecins de famille consiste pour l'essentiel dans des forfaits par patient et des forfaits de traitement. Le forfait par patient est échelonné en trois groupes d'âge (moins de 65 ans, 65 à 75 ans et plus de 75 ans) et lié à un facteur indiquant si le patient réside dans une région défavori-

sée sur le plan social et économique. Le forfait de traitement dépend de la longueur de la consultation (plus ou moins de 20 minutes). Des montants plus élevés sont versés pour les consultations à domicile, moins élevés pour les consultations par courriel ou par téléphone. Des contributions supplémentaires sont payées pour les prestations fournies en dehors des heures d'ouverture normales. Les prestations de spécialistes ne peuvent être fournies que sur indication d'un médecin de famille et sont facturées selon un système détaillé de forfaits par cas, s'apparentant à une rémunération à la prestation dans les cas de courtes consultations. Une partie importante des spécialistes sont employés par les hôpitaux. Par ailleurs, il existe des conventions nationales relatives à la croissance maximale admissible des dépenses.

1.6 Mise en œuvre

Le présent projet de modification de loi se fonde sur un modèle à trois niveaux. Pour la mise en œuvre du premier (exigences accrues pour l'activité des cantons en matière d'autorisation à exercer les professions régies par la LPMéd), on peut se référer au message (13.060) du 3 juillet 2013 relatif à la modification de la LPMéd.

Concernant le deuxième niveau d'intervention, le Conseil fédéral complétera pour l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions du présent projet les dispositions de l'OAMal avec des conditions pour l'admission des fournisseurs de prestations pour garantir que les prestations fournies soient adéquates et de haute qualité. Il complétera également ces dispositions avec des charges liées à la pratique à la charge de l'assurance obligatoire des soins, charges concernant l'économicité et la qualité des prestations. Les propositions seront mises en consultation comme toujours auprès des organisations intéressées (cantons, fédérations de fournisseurs de prestations, d'assureurs et de patients).

Dans un délai d'un an après l'entrée en vigueur du présent projet, les assureurs devront désigner une organisation commune chargée de vérifier que les fournisseurs de prestations souhaitant être admis à facturer à la charge de l'assurance obligatoire des soins remplissent les conditions fixées. Au cas où les assureurs ne parviendraient pas à un accord, le Conseil fédéral pourra désigner lui-même l'autorité chargée de l'examen des conditions d'admission. Il fixera aussi lui-même le montant de l'émolument perçu pour l'examen des demandes d'admission.

En ce qui concerne le troisième niveau du projet, la nouvelle réglementation de l'art. 55a concernant la limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie, les cantons auront la possibilité de fixer eux-mêmes les nombres maximaux de fournisseurs de prestations admis à pratiquer à la charge de la LAMal, par domaine de spécialité. Selon la répartition fédéraliste des rôles, les cantons doivent garantir la sécurité de l'approvisionnement et doivent en particulier veiller à ce que chaque personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé. Ils sont en effet mieux placés que le Conseil fédéral pour estimer le nombre de fournisseurs de prestations nécessaires pour satisfaire les besoins de leur population sur leur propre territoire. S'ils estiment qu'un nombre insuffisant de fournisseurs de prestations pratiquent à la charge de la LAMal sur leur territoire, ils pourront renoncer à appliquer cette mesure ou fixer des plafonds supérieurs au nombre de fournisseurs actuellement admis. S'ils estiment au contraire que l'offre de prestations est excédentaire, ce qui peut conduire à une hausse des coûts, ils pourront fixer des plafonds inférieurs au nombre de fournisseurs actuellement admis. De cette manière, avec les

sorties naturelles du marché, ils pourront efficacement réguler l'offre. Les cantons qui appliquent la limitation des admissions bénéficieront d'un délai de deux ans à compter de l'entrée en vigueur du présent projet, délai durant lequel ils pourront continuer, le cas échéant, d'appliquer la législation existante, notamment les nombres maximaux édictés par le Conseil fédéral à l'annexe 1 OLAF.

Le Conseil fédéral pourra fixer des critères et des principes méthodologiques, afin de garantir une mise en œuvre aussi uniforme que possible sur l'ensemble du pays. Pour que la mesure puisse être efficace et pour que les fournisseurs de prestations ne puissent pas la contourner, les cantons qui la mettront en œuvre devront prendre en considération tous les secteurs du domaine ambulatoire, donc aussi bien les médecins, qu'ils exercent comme indépendants ou comme employés, que les médecins qui pratiquent dans des institutions de soins ambulatoires ou encore ceux qui pratiquent au sein d'un hôpital, pour la part exercée dans le domaine ambulatoire. Pour tenir compte de l'évolution de la société, en particulier de l'augmentation du travail à temps partiel, les cantons devront pondérer les nombres maximaux de fournisseurs admis en équivalents plein-temps. Pour fixer les plafonds, ils consulteront les fédérations de fournisseurs de prestations concernées et d'assureurs, qui devront leur fournir gratuitement les données nécessaires, ainsi que les fédérations de patients. La manière d'organiser cette consultation est laissée à l'appréciation de chaque canton. Les cantons devront aussi se coordonner entre eux pour tenir compte de la mobilité croissante des patients, qui consomment de plus en plus souvent des prestations près de leur lieu de travail. Là encore, les cantons seront libres de s'organiser comme ils l'entendent.

Pour garantir la sécurité juridique et économique des médecins ayant pratiqué de manière dépendante ou indépendante à la charge de l'assurance obligatoire des soins avant la fixation de plafonds par les cantons, la disposition précise que les personnes qui ont pratiqué à la charge de la LAMal dans leur propre cabinet avant l'entrée en vigueur de la présente mesure n'y sont pas soumises. Il en va de même des personnes qui ont pratiqué à la charge de la LAMal au sein d'une institution de soins ambulatoires ou dans le domaine ambulatoire d'un hôpital, aussi longtemps qu'elles pratiquent au sein de la même institution ou du même hôpital.

Indépendamment des plafonds fixés, les cantons auront dès l'entrée en vigueur de la disposition la possibilité de bloquer l'admission de nouveaux fournisseurs de prestations dans un domaine de spécialité s'ils constatent une augmentation massive des coûts dans ce domaine par rapport aux autres domaines de spécialité ou par rapport aux autres cantons. Il s'agit là d'une mesure de dernière extrémité, qui permet aux cantons d'intervenir très rapidement pour éviter une explosion des coûts dans un domaine à la charge de la LAMal. La croissance rapide des primes des assurés ces dernières années, qui a notamment des conséquences sociales et financières importantes pour les assurés et les cantons, la rend acceptable.

1.7 Interventions parlementaires

Motion 16.3001 (CSSS-N) « Système de santé. Équilibrer l'offre de soins en différenciant la valeur du point tarifaire »

La motion n° 16.3001 a été déposée par la CSSS-N le 22 janvier 2016, dans le cadre du traitement de l'initiative cantonale n° 12.308 déposée par le canton de Genève concernant « L'ouverture de nouveaux cabinets médicaux ». Cette initiative a été

classée en raison du refus du Conseil national d'y donner suite le 27 avril 2016. La motion a été adoptée par le Conseil national le 15 mars 2016 et par le Conseil des États le 6 juin 2016, conformément à la proposition du Conseil fédéral du 4 mars 2016. Elle charge le Conseil fédéral de soumettre au Parlement des propositions de modification de la LAMal en s'appuyant sur les résultats du rapport qu'il était chargé de rédiger en exécution du postulat n° 16.3000 de la CSSS-E « Possibilités de remplacer le système actuel de gestion en matière d'admission de médecins », rapport qu'il a adopté le 3 mars 2017, pour évaluer les différentes pistes visant à optimiser l'offre ambulatoire. La motion demande que les pistes permettant notamment d'échelonner la valeur du point tarifaire en fonction de la région, de la gamme de prestations ou de critères de qualité soient évaluées, de manière à ce que les partenaires tarifaires puissent assumer leurs responsabilités et veiller à une offre territoriale équilibrée. Le Conseil fédéral a satisfait à cette demande dans l'évaluation des possibilités de remplacer le système actuel de gestion des admissions qu'il a faite dans son rapport du 3 mars 2017.

Motion 13.3265 (Jürg Stahl) « Contre-proposition à la limitation de l'admission de médecins »

La motion n° 13.3265 a été déposée le 22 mars 2013 par le conseiller national Jürg Stahl durant les débats concernant la réintroduction de la limitation des admissions, à la suite du rejet par la population du projet de modification de la LAMal sur les réseaux de soins¹⁸ le 17 juin 2012. Elle visait l'introduction de la liberté de contracter pour les assureurs-maladie à partir d'une certaine densité médicale, qu'il reviendrait au Conseil fédéral de fixer par spécialité pour l'ensemble de la Suisse. La motion a été adoptée le 10 septembre 2014 par le Conseil national, après que le Parlement eut accepté de réintroduire la limitation des admissions jusqu'au 30 juin 2016. Elle a cependant été rejetée par le Conseil des États le 2 mars 2016, qui lui a préféré le postulat n° 16.3000 de la CSSS-E.

Motion 15.3385 (groupe libéral-radical) «Système de santé. Équilibrer l'offre de soins en différenciant la valeur du point tarifaire au lieu de geler une nouvelle fois les admissions »

La motion n° 15.3385 a été déposée le 4 mai 2015 par le conseiller national Ignazio Cassis pour le groupe libéral-radical, à titre de solution de remplacement au message du 18 février 2015 concernant la modification de la LAMal (pilottage du domaine ambulatoire)¹⁹. Elle chargeait le Conseil fédéral de soumettre au Parlement un projet qui permette aux partenaires tarifaires de veiller à une offre territoriale équilibrée en échelonnant la valeur du point tarifaire en fonction de la région, de la gamme de prestations ou de critères de qualité. La motion a été retirée le 9 mars 2017, après que le Conseil fédéral eut adopté son rapport en exécution du postulat n° 16.3000 de la CSSS-S.

Interpellation 16.3821 (Heinz Brand) « La pénurie de médecins est-elle un réel problème? »

Dans son interpellation du 29 septembre 2016, le conseiller national Heinz Brand interrogeait le Conseil fédéral sur l'état de l'offre de prestations médicales en Suisse, compte tenu notamment des différences de densité de médecins et d'hôpitaux selon les régions, mais aussi de la mobilité accrue des patients et de l'évolution des tech-

¹⁸ FF 2011 6849

¹⁹ FF 2015 2109

nologies. Il estimait, au regard des chiffres des autres pays de l'OCDE, que l'offre en Suisse devait plutôt être considérée comme excédentaire et qu'elle constituait un facteur de hausse des coûts de la santé.

Interpellation 16.3828 (Jean-Paul Gschwind) « La Suisse serait-elle devenue un eldorado pour les médecins de l'Union européenne? »

Le 29 juin 2016, le conseiller national Jean-Paul Gschwind interpellait le Conseil fédéral en constatant un lien de causalité entre l'augmentation des coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins, qui entraîne la hausse des primes, et une hausse constante de la consommation des prestations médicales ambulatoires à mettre en corrélation avec l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux de médecins généralistes ou de médecins spécialistes. Il mettait notamment en cause les médecins provenant de l'Union européenne.

Interpellation 16.3940 (Barbara Schmid-Federer) « Pilotage de la densité des médecins. Optimisation des ressources et de la quantité de données utiles disponibles »

Dans son interpellation du 5 décembre 2016, la conseillère nationale Barbara Schmid-Federer constatait une densité de médecins élevée en Suisse en comparaison internationale et répartie de manière hétérogène entre les régions et les spécialités, rendant un pilotage nécessaire. Elle demandait au Conseil fédéral de se positionner sur un modèle élaboré par l'Académie suisse des sciences médicales publié dans une feuille de route en novembre 2016. Le Conseil fédéral décrit ce modèle dans son rapport du 3 mars 2017 en exécution du postulat n° 16.3000 de la CSSS-S. L'auteur de l'interpellation demandait par ailleurs au Conseil fédéral quelles mesures il comptait prendre pour que les données nécessaires pour garantir un pilotage soient disponibles.

2 Commentaire des dispositions

Art. 35, al. 1

La nouvelle formulation de l'art. 36 rend cet alinéa superflu, il doit donc être supprimé.

Art. 36, al. 1 Médecins et autres fournisseurs de prestations

L'art. 36, al. 1 fixe le principe selon lequel tous les fournisseurs de prestations énumérés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m et n doivent être formellement admis pour pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Le nouveau régime concerne les médecins, les dentistes pour les prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins, les pharmaciens, les chiropraticiens, les sages-femmes, les autres fournisseurs de prestations qui dispensent des soins sur prescription (les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les infirmiers, les logopédistes, les orthophonistes, les diététiciens) et les organisations qui les emploient, les laboratoires, les centres de remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques, les entreprises de transport et de sauvetage et les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins.

Art. 36, al. 2

Selon le droit actuel, le Conseil fédéral règle l'admission des fournisseurs de prestations, à l'exception des médecins, des pharmaciens, des hôpitaux, des établissements médico-sociaux, des établissements de cure balnéaire et des institutions de soins ambulatoires dispensés par les médecins. Pour ces fournisseurs de prestations, les conditions d'admission sont actuellement fixées dans la loi. La nouvelle formulation donne au Conseil fédéral la compétence de fixer lui-même des conditions aussi pour ces fournisseurs de prestations pour garantir que les prestations fournies soient adéquates et de haute qualité.

Le Conseil fédéral fixera, pour chaque type de fournisseurs de prestations, les conditions relatives à la formation de base et postgrade en se basant sur les conditions fixées dans la LPMéd et la LPSan. Il pourra fixer aussi des conditions relatives aux structures nécessaires pour assurer la qualité de la fourniture des prestations.

Art. 36, al. 3

La possibilité est donnée au Conseil fédéral de prévoir que les fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire observent, avant d'être admis à pratiquer à la charge de l'AOS, un délai d'attente de deux ans après la fin de leur formation de base et postgrade. Ce délai d'attente peut ne concerner que certaines catégories de fournisseurs de prestations ou les concerner toutes. Cette nouvelle compétence permettra de réguler l'afflux de fournisseurs de prestations sur le marché de l'assurance-maladie et contribuera à améliorer la qualification de ceux qui souhaitent pratiquer à la charge de l'AOS ainsi que leur connaissance du système de santé suisse.

Art. 36, al. 3^{bis}

Outre le délai d'attente défini à l'al. 3, il sera également possible d'exiger des fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire qu'ils apportent la preuve qu'ils

possèdent les connaissances sur le système de santé suisse qui sont nécessaires pour assurer la qualité des prestations, et qu'ils se soumettent pour cela à un examen. Seront dispensés de cet examen les fournisseurs de prestations qui peuvent attester d'une expérience pratique de deux ans dans le domaine d'activité visé par la demande d'admission, exercée en Suisse après la fin de leur formation de base et postgrade. Si cette réglementation n'oblige pas impérativement les fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire qui entendent pratiquer à la charge de l'AOS à apporter la preuve d'une expérience pratique de deux ans durant le délai d'attente, elle constituera une forte incitation à travailler durant ce délai dans le domaine d'activité visé afin d'être dispensés de l'examen sur les connaissances nécessaires concernant le système de santé suisse.

Si le Conseil fédéral fixe une procédure d'examen en vertu de cette disposition, il consultera les principaux acteurs du domaine ambulatoire à propos de l'organisation et de la réalisation de cette procédure. L'examen devra porter sur les connaissances concernant le système de santé suisse qui sont nécessaires pour assurer la qualité des prestations.

Art. 36, al. 4

Le Conseil fédéral fixera, en plus des conditions mentionnées aux al. 2 et 3, des charges relatives au caractère économique et à la qualité des prestations, que les fournisseurs de prestations devront remplir pour pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Ces charges porteront notamment sur des mesures de développement de la qualité et sur la communication des données nécessaires à cet effet et pour surveiller l'application des dispositions relatives au caractère économique et à la qualité des prestations.

Art. 36, al. 5

Alors que le droit en vigueur n'a pas prévu de procédure d'admission formelle pour les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m et n, le projet en prévoit une *de lege ferenda*, l'admission des fournisseurs de prestations n'étant plus automatique, mais étant le fait d'une organisation désignée conjointement par les assureurs. Si les assureurs ne parviennent pas à s'accorder par contrat sur une organisation, le Conseil fédéral se charge de la désigner.

Art. 36, al. 6

Si le Conseil fédéral prévoit une procédure d'examen portant sur les connaissances requises concernant le système de santé suisse, il peut confier à une organisation la tâche d'organiser et d'appliquer cette procédure. Il doit avoir la possibilité de la confier à l'organisation désignée par les assureurs (art. 36, al. 5). Avant de confier cette tâche à une organisation donnée, le Conseil fédéral consultera dans tous les cas les acteurs du domaine ambulatoire concernés.

Art. 36, al. 7

Les organisations visées aux al. 5 et 6 pourront percevoir un émolument pour financer l'accomplissement de leurs tâches. Le Conseil fédéral réglera la perception des émoluments et en fixera notamment le montant. Les organisations ne pourront pas

financer au moyen des émoluments perçus d'autres activités que celles qui auront été définies.

Art. 36a

Les règles relatives à l'admission à pratiquer à la charge de la LAMal concernant les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins sont désormais fixées à l'art. 36. Le Conseil fédéral fixera dans l'OAMal les conditions d'admission de ces institutions, comme il le fait pour certaines professions de la santé. L'art. 36a doit donc être abrogé.

Art. 37

Les règles relatives à l'admission à pratiquer à la charge de la LAMal concernant les pharmaciens sont désormais fixées à l'art. 36. Le Conseil fédéral fixera dans l'OAMal les conditions d'admission des pharmaciens, comme il le fait pour certaines professions de la santé.

Les dispositions de la LPMéd révisée s'appliquent aussi bien aux pharmaciens qu'aux médecins. Le 18 mars 2016, le Parlement a décidé une modification²⁰ de la loi du 15 décembre 2000 sur les produits thérapeutiques (LPTH)²¹. Le nouvel art. 4, al. 1, let. k, LPTH définit la pro-pharmacie comme la « remise de médicaments autorisée par le canton au sein d'un cabinet médical ou d'une institution ambulatoire de santé dont la pharmacie est placée sous la responsabilité professionnelle d'un médecin possédant une autorisation d'exercer ». Aux termes du nouvel art. 24, al. 1, let. b, LPTH, toutes les personnes exerçant une profession médicale sont habilitées à remettre des médicaments soumis à ordonnance, conformément aux dispositions sur la pro-pharmacie et en veillant à ce que les acteurs en concurrence sur le marché répondent aux mêmes exigences légales de sécurité et de qualité (art. 1, al. 3, let. c, LPTH). Cette révision entrera en principe en vigueur avant le présent projet. Il ne sera dès lors plus nécessaire de préciser dans la LAMal que les cantons fixent les conditions auxquelles les médecins sont assimilés aux pharmaciens.

L'art. 37 sera donc aussi abrogé.

Art. 38

Les règles relatives à l'admission à pratiquer à la charge de la LAMal concernant les fournisseurs de prestations énumérés à l'art. 35, al. 2, let. c à g, i et m sont désormais fixées à l'art. 36. L'admission des maisons de naissance (art. 35, al. 2, let. i), également visée par l'art. 38, est déjà réglée à l'art. 39, al. 3. L'art. 38 peut donc aussi être abrogé.

Art. 55a, al. 1

Cette disposition donne aux cantons la compétence de limiter à un certain nombre, s'ils le décident, l'admission des médecins qui fournissent des prestations dans le domaine ambulatoire dans un ou plusieurs domaines de spécialité. Les médecins concernés sont ceux souhaitant exercer à titre dépendant ou indépendant ou dans une

²⁰ FF 2017 2745

²¹ RS 812.21

institution au sens de l'art. 35, al. 2, let. n, et ceux souhaitant exercer dans le domaine ambulatoire des hôpitaux. Ainsi, toute limitation s'applique à l'ensemble du domaine ambulatoire pour le ou les domaines de spécialité concernés dans le canton en question. En décidant de limiter l'admission des médecins, les cantons instituent un régime d'autorisation.

Art. 55a, al. 2

Lorsqu'ils fixent les nombres maximaux de fournisseurs de prestations admis à pratiquer à la charge de la LAMal, les cantons ne peuvent pas simplement fixer le nombre de médecins qui exercent une activité dans le domaine ambulatoire par spécialité médicale : ils doivent tenir compte du taux d'occupation de ces derniers. Ils prendront ainsi en considération l'évolution des modes de travail, et en particulier l'augmentation du travail à temps partiel, favorisant par là même le maintien des femmes en emploi.

Par analogie avec les planifications hospitalières, le Conseil fédéral pourra fixer des principes méthodologiques et des critères applicables pour la détermination des plafonds de fournisseurs de prestations, afin de favoriser une application aussi uniforme que possible entre les cantons tout en leur laissant une marge de manœuvre suffisante. Il est prévu d'appliquer des critères tels que l'accès des assurés aux traitements dans un délai raisonnable ou l'équipement diagnostique ou thérapeutique.

Art. 55a, al. 3

Les cantons devront consulter au moins les fédérations de fournisseurs de prestations, d'assureurs et de patients avant de fixer les plafonds de fournisseurs de prestations. La manière dont ces fédérations seront consultées n'est délibérément pas précisée, de manière à laisser une grande marge de manœuvre aux cantons. Plusieurs formes de consultation sont ainsi envisageables : instauration d'une commission ad hoc, mise en place d'un groupe de travail, consultation par écrit, etc.

S'ils font usage de leur compétence, les cantons devront également se coordonner avec leurs voisins, en particulier pour tenir compte de la mobilité croissante des patients et des fournisseurs de prestations. La manière dont les cantons se coordonneront n'est délibérément pas précisée, de manière à leur laisser une grande marge de manœuvre. Aussi bien l'instauration d'un organe national de coordination que des coordinations régionales plus ou moins formelles sont envisageables.

Art. 55a, al. 4

En tant qu'autorités de surveillance sanitaire, les cantons délivrent les autorisations de pratiquer pour les professions médicales universitaires. Ils connaissent donc en principe le nombre et les diplômes des médecins au bénéfice d'une autorisation de pratique sur leur territoire. Ils ne disposent en revanche pas d'informations concernant notamment leur taux d'occupation et les flux de patients. Les fournisseurs de prestations et les assureurs, y compris leurs fédérations, devront donc fournir gratuitement aux cantons les informations qui sont nécessaires pour fixer les plafonds et assurer la coordination. En plus des données existantes, comme les données de facturation et les relevés statistiques des fédérations de médecins, les cantons pourront exiger des fournisseurs de prestations, y compris les hôpitaux, des informations

détaillées sur l'activité dans le domaine ambulatoire des médecins qu'ils emploient et toutes autres informations jugées utiles.

Art. 55a, al. 5

Les médecins qui ont été admis avant la fixation de nombres maximaux et qui ont pratiqué avant cette date de manière dépendante ou indépendante à la charge de l'AOS ne sont pas soumis à la limitation des admissions au sens de l'art. 55a. Cette disposition s'applique également aux médecins qui ont exercé au sein d'une institution de soins ambulatoires ou dans le domaine ambulatoire d'un hôpital, à condition qu'ils poursuivent leur activité dans la même institution ou dans le service ambulatoire du même hôpital. Cette disposition est nécessaire pour sauvegarder les droits acquis, notamment parce qu'il n'existait pas de limitation des admissions entre le 1^{er} janvier 2012 et le 30 juin 2013.

Art. 55a, al. 6

Cette disposition permet aux cantons, lorsqu'ils constatent une augmentation des coûts anormalement élevée dans un ou plusieurs domaines de spécialité, de stopper immédiatement l'admission de nouveaux fournisseurs de prestations dans le ou les domaines de spécialités concernés, indépendamment des plafonds fixés conformément aux al. 1 à 4. On considérera qu'une augmentation est anormalement élevée dans deux cas de figure :

- lorsque les coûts dans un domaine de spécialité augmentent plus fortement que la moyenne des coûts des autres domaines de spécialité dans le canton concerné;
- lorsque les coûts d'un domaine de spécialité dans le canton concerné augmentent plus fortement que la moyenne des coûts de ce domaine de spécialité dans tous les cantons.

Art. 59, al. 1, 1^{re} phrase, et 3, let. g

Les assureurs auront la responsabilité de surveiller que les fournisseurs de prestations respectent les charges relatives au caractère économique et à la qualité des prestations, que les fournisseurs de prestations devront remplir pour pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, fixées conformément à l'art. 36, al. 4, LAMal. En cas de non-respect partiel ou total de ces charges, ils pourront demander au tribunal arbitral au sens de l'art. 89 LAMal de prononcer une sanction appropriée pouvant aller jusqu'à l'exclusion de toute activité à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Dispositions transitoires

L'al. 1 laisse un délai d'une année après l'entrée en vigueur de la révision aux assureurs pour désigner l'institution chargée d'examiner les demandes d'admission et délivrer les autorisations prévue à l'art. 36, al. 5, LAMal. Passé ce délai, le Conseil fédéral pourra faire usage de la compétence qui lui est octroyée par le présent projet de désigner lui-même l'institution. En attendant, l'admission des fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m et n, LAMal se fera selon l'ancien droit. Pour préserver les droits acquis des fournisseurs de prestations admis à prati-

quer à la charge de l'AOS avant l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions ou la désignation de l'organisation visée à l'art. 36, al. 5, LAMal ceux-ci n'auront pas besoin d'avoir été admis par cette organisation.

Le nouvel art. 55a confère aux cantons une compétence qui était jusqu'à présent du ressort du Conseil fédéral. Celui-ci pourra édicter des principes méthodologiques, mais ne fixera plus lui-même de plafonds de fournisseurs de prestations admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Il convient de laisser suffisamment de temps aux cantons pour fixer ces plafonds. Ceux-ci devront en effet consulter les acteurs du domaine et se coordonner de manière notamment à tenir correctement compte du taux d'occupation des fournisseurs de prestations et de la mobilité des patients. Afin d'éviter une période durant laquelle aucune limitation des admissions ne serait possible, l'al. 2 des dispositions transitoires prévoit que les cantons disposent d'un délai de deux ans à compter de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions durant lequel les réglementations cantonales fondées sur l'ancien droit peuvent continuer de s'appliquer.

3 Conséquences

3.1 Conséquences pour la Confédération

3.1.1 Conséquences financières

Le dispositif proposé vise à maîtriser l'évolution des coûts des prestations à la charge de la LAMal. De ce fait, il aura pour effet de limiter la hausse des primes payées par les assurés. Les mesures devraient donc également contribuer à freiner la hausse des subsides octroyés en vertu de l'art. 66, al. 2, LAMal par la Confédération aux cantons pour la réduction des primes des assurés de condition modeste.

3.1.2 Conséquences sur le personnel

Les tâches générées par les nouvelles compétences du Conseil fédéral prévues par le dispositif proposé seront absorbées par les ressources existantes. Le dispositif proposé n'aura donc pas d'influence sur le personnel de la Confédération.

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

Le dispositif proposé donne aux cantons la possibilité, et non l'obligation, de fixer des plafonds par domaine de spécialité pour l'admission des médecins. Pour ce faire, ils devront procéder à un relevé des effectifs actuels, en suivant les critères et principes méthodologiques édictés par le Conseil fédéral et en impliquant les principaux acteurs du domaine, afin notamment de tenir correctement compte du taux d'occupation des médecins concernés et de l'accès des assurés aux soins. Ils devront également se coordonner pour tenir compte de la mobilité des patients. La mise en œuvre de ce dispositif entraînera donc un surcroît de travail ponctuel pour les cantons. Cependant, comme expliqué plus haut, cette mesure doit permettre de freiner la hausse des primes payées par les assurés et ainsi limiter la pression sur les cantons pour la réduction des primes des assurés de condition modeste. Il faut s'attendre à ce que les coûts économisés au niveau de la réduction des primes compensent largement les surcoûts engendrés par la fixation des plafonds par domaine de spécialité pour l'admission des médecins, de sorte que la mesure représentera au final une économie pour les cantons.

3.3 Conséquences sanitaires et sociales

La révision proposée vise une meilleure maîtrise des coûts et une amélioration de la qualité. Comme expliqué plus haut, elle aura pour conséquence de limiter la hausse des primes payées par les assurés. Le niveau et l'augmentation année après année des primes d'assurance-maladie est une préoccupation majeure de la population et des cantons. En 2017, la prime moyenne pour adulte a augmenté en moyenne de 4,5%, allant de 4176 francs dans le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures à 6804 francs par année dans le canton de Bâle-Ville (5367 francs en moyenne suisse). Les primes pour enfants ont même augmenté de 6,6 % en moyenne pour s'établir à 1263 francs par année et celles pour les jeunes adultes de 5,4 % pour atteindre 4972

francs. Pour les personnes de la classe moyenne notamment, qui n'ont pas de droit aux subsides pour la réduction des primes, de tels niveaux de primes peuvent notamment être une cause de surendettement et mener à la pauvreté. Limiter la hausse des coûts de la santé doit donc être une priorité de la politique sociale de la Confédération.

Fin 2014, la Suisse comptait plus de 41 médecins en exercice pour 10 000 habitants, dont plus de la moitié en cabinet ou institution de soins ambulatoire, bien plus que dans la plupart des pays de l'OCDE. Bien que la densité de médecins puisse varier fortement entre les cantons (de 8,6 à Zoug à 42,5 à Bâle-Ville), on ne constate pas de pénurie de médecins. Comme relevé dans le rapport du Conseil fédéral du 3 mars 2017, on constatait déjà en 2011 dans une étude que le degré de satisfaction de la population quant aux soins reçus, ainsi que le degré de perception de signes de rationnement tout comme les résultats sanitaires mesurés sous l'angle de la mortalité évitable grâce aux interventions médicales, étaient pratiquement identiques en dépit d'une densité médicale présentant des différences très importantes. Par contre, on observait que cette dernière avait une nette influence sur l'activité (visites et consultations) et les coûts par assuré à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Une densité médicale moindre permettait donc de garantir une offre médicale adéquate et d'atteindre le même taux de satisfaction de la population, tout en réduisant les coûts. Or, la densité de médecins en Suisse a encore fortement augmenté depuis 2001. Dans tout le pays, l'accès aux soins dans un délai rapide est garanti. La possibilité de limiter l'admission de certains nouveaux fournisseurs de prestations dans un canton n'aura pas de conséquence négative sur la couverture sanitaire. En revanche, les nouveaux fournisseurs de prestations seront incités à aller s'installer là où il n'y a pas de limitation des admissions. L'offre de soins dans les régions moins bien desservies sera donc améliorée sans péjorer la situation sanitaire dans les autres régions.

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 27 janvier 2016 sur le programme de la législature 2015 à 2019²², ni dans l'arrêté fédéral du 14 juin 2016 sur le programme de la législature 2015 à 2019²³.

4.2 Relation avec les stratégies du Conseil fédéral

Le Conseil fédéral a approuvé en janvier 2013 la stratégie globale « Santé2020 »²⁴. Celle-ci comprend 36 mesures, réparties dans 4 domaines d'action visant à assurer la qualité de vie, à renforcer l'égalité des chances, à améliorer la qualité des soins et à optimiser la transparence. La gestion des admissions est en lien avec le domaine d'action 4 « Transparence » de la stratégie, le manque de transparence constaté dans le système de santé suisse concernant les prestations fournies, leur utilité et leur coût. Selon la stratégie, l'objectif « Pilotage de la politique de la santé » devrait pouvoir être atteint avec des mesures visant à améliorer la collaboration entre les cantons et la Confédération, à mettre en place de nouvelles solutions de pilotage, à supprimer les blocages lors des négociations tarifaires ou à optimiser le financement hospitalier. Un des projets mis en avant à cet égard est la « gestion stratégique de l'admission ». Parmi les priorités du Conseil fédéral pour 2015 figurait l'adoption du message concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) visant à piloter le domaine ambulatoire²⁵. Le projet ayant été rejeté de justesse par le Conseil national au vote final le 18 décembre 2015, l'objectif pour 2016 était d'une part de prolonger l'art. 55a LAMal et d'autre part de réaliser et adopter un rapport en exécution du postulat n° 16.3000 de la CSSS-E. Ce rapport a été transmis au Parlement le 22 février 2017²⁶.

Un autre objectif du Conseil fédéral pour 2015 concernait la promotion de la qualité des prestations et des soins, laquelle s'inscrit dans le domaine d'action 3 « Garantir et renforcer la qualité des soins ». L'adoption du message sur le renforcement de la qualité et de l'économicité²⁷, la poursuite des programmes pilotes nationaux visant la sécurité des patients et les projets de renforcement de la transparence (développement d'indicateurs de qualité) doivent permettre d'atteindre cet objectif. L'année 2016 a été essentiellement consacrée aux débats parlementaires sur la révision de la LAMal.

²² FF 2016 981

²³ FF 2016 4999

²⁴ Voir note 12.

²⁵ Voir note 4.

²⁶ Voir note 5.

²⁷ Voir note 11.

5 Aspects juridiques

5.1 Constitutionnalité

Le projet présenté ici se fonde sur l'art. 117 Cst., qui attribue à la Confédération une compétence étendue en matière d'organisation de l'assurance obligatoire des soins. L'admission à pratiquer à la charge de l'AOS est en grande partie soustraite à la liberté économique (art. 27 Cst.) et doit simplement, dans le présent contexte, garantir que les limitations des admissions à pratiquer à la charge de l'AOS reposent sur des critères qui tiennent compte de façon appropriée du principe de l'égalité de traitement entre concurrents²⁸. La fixation de conditions d'admission prévue à l'art. 36, al. 2 et 3, LAMal, et la possibilité de limiter les admissions en fixant des nombres maximaux pour les fournisseurs de prestations ambulatoires dans un ou plusieurs domaines de spécialité médicale en vertu de l'art. 55a LAMal respectent à cet égard ledit principe.

Le projet constitue donc une base formelle claire sur laquelle les restrictions peuvent s'appuyer en toute conformité, et le Tribunal fédéral a estimé par le passé que l'art. 117 Cst. peut être considéré comme une base constitutionnelle implicite pour une disposition qui vise à maîtriser les coûts de la santé (et, partant, à freiner la hausse des primes d'assurance-maladie). La fixation de nombres maximaux respecte le principe de proportionnalité, car elle doit se référer à un ou plusieurs domaines de spécialité médicale et les fournisseurs de prestations concernés, étant donné la grande diversité de la situation en matière d'approvisionnement en soins observée sur le territoire suisse, ne sont pas empêchés d'exercer leur profession. Le principe de la confiance est lui aussi respecté, car les fournisseurs de prestations admis avant l'entrée en vigueur des chiffres maximaux conservent le droit d'exercer à la charge de l'AOS. Enfin, le projet ne produit pas de distorsion de la concurrence, car les nouveaux acteurs ne sont pas durablement ni complètement exclus du marché, mais, sur la base de critères transparents définis préalablement conformément aux art. 36, al. 2, et 55a LAMal, y ont un accès restreint ou au contraire facilité. Il convient de citer à cet égard le Tribunal fédéral, selon lequel la liberté économique, si elle n'accorde pas le droit à l'encouragement des entreprises par l'Etat, ne peut pas non plus donner aux médecins en pratique privée le droit de fournir des prestations à la charge de l'assurance-maladie sociale en quantité illimitée²⁹.

5.2 Compatibilité avec les obligations internationales

L'art. 3 du traité sur l'Union européenne³⁰ assigne à l'UE la tâche de promouvoir la justice et la protection sociales. La libre circulation des travailleurs au sein de l'UE est réglée à l'art. 45 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne³¹. 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 (ALCP)³² est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. Son objectif est, en particulier, d'accorder en faveur des ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et de la Suisse un droit d'entrée, de séjour, d'accès à une activité éco-

²⁸ ATF 130 I 26 consid. 4.5 ; 132 V 6 consid. 2.5.3 ss

²⁹ ATF 130 I 26 consid. 4.5

³⁰ JO C 191 du 29.7.1992

³¹ JO C 306 du 17.12.2007

³² RS 0.142.112.681

nomique salariée, d'établissement en tant qu'indépendant et le droit de demeurer sur le territoire des parties contractantes (art. 1, let. a, ALCP). L'art. 1, let. d, ALCP prévoit également qu'il est accordé aux ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et de la Suisse les mêmes conditions de vie, d'emploi et de travail que celles accordées aux nationaux. Conformément à l'annexe I ALCP, il est donc prévu que les ressortissants d'une partie contractante qui séjournent légalement sur le territoire d'une autre partie contractante ne sont pas discriminés en raison de leur nationalité (art. 2 ALCP) et que le droit de séjour et d'accès à une activité économique est garanti (art. 4 ALCP). En conséquence, l'ALCP prévoit, à l'art. 7, let. a, que les parties contractantes règlent en particulier le droit à l'égalité de traitement avec les nationaux en ce qui concerne l'accès à une activité économique et son exercice ainsi que les conditions de vie, d'emploi et de travail.

La libre circulation des personnes nécessite une coordination des régimes nationaux de sécurité sociale, comme le prévoit l'art. 48 du traité sur le fonctionnement de l'UE. Le droit européen ne prévoit cependant pas une harmonisation des systèmes nationaux de sécurité sociale. Les Etats membres conservent la faculté de déterminer la conception, le champ d'application personnel, les modalités de financement et l'organisation de leur système de sécurité sociale. La coordination des systèmes nationaux de sécurité sociale est mise en œuvre par le règlement (CE) n° 883/2004³³ et le règlement d'application n° 987/2009³⁴, que la Suisse est tenue d'appliquer en vertu des art. 8 et 16, par. 1, et de l'annexe II de l'ALCP.

Le domaine ambulatoire est piloté d'une manière ou d'une autre dans de très nombreux pays (voir ch. 1.5), les dispositions correspondantes devant respecter les règles convenues au plan international. Le droit européen fixe certes des normes dans le domaine de la libre circulation des personnes, mais sans harmoniser les systèmes nationaux de sécurité sociale. Les Etats sont donc libres de régler ces questions comme ils l'entendent (concernant la conformité avec l'ALCP de l'art. 55a, al. 2, LAMal actuellement en vigueur, voir ch. 1.3, Pilotage du domaine ambulatoire).

En ce sens, le projet de loi est compatible avec l'ALCP.

5.3 Forme de l'acte à adopter

Aux termes de l'art. 164 Cst., toutes les dispositions importantes qui fixent des règles de droit doivent être édictées sous la forme d'une loi fédérale. L'édition de la présente loi répond à cette exigence.

Conformément à l'art. 141, al. 1, let. a, Cst., les lois fédérales sont sujettes au référendum facultatif. Le présent projet prévoit expressément le référendum facultatif.

5.4 Frein aux dépenses

L'art. 159, al. 3, let. b, Cst., prévoit, afin de freiner les dépenses, que les dispositions relatives aux subventions, ainsi que les crédits d'engagement et les plafonds de

³³ Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29.4.2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, JO L 166 du 30.4.2004, p. 1 (RS **0.831.109.268.1**)

³⁴ Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16.9.2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, JO L 284 du 30.10.2009, p. 1 (RS **0.831.109.268.11**)

dépenses, 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, doivent être adoptés à la majorité des membres de chaque conseil. Etant donné que le projet ne contient ni dispositions relatives aux subventions ni décisions de financement, il n'est pas soumis au frein aux dépenses.

5.5 Délégation de compétences législatives

L'art. 96 LAMal accorde au Conseil fédéral la compétence d'édicter des dispositions d'exécution dans le domaine de l'assurance-maladie. Le présent projet l'autorise à édicter des dispositions dans les domaines suivants :

- réglementation de l'admission des fournisseurs de prestations et fixation de conditions relatives au caractère économique et à la qualité (art. 36, al. 2 et 4, LAMal) ;
- fixation d'un délai d'attente de deux ans après la fin de la formation de base et postgrade, à observer par les fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire avant d'être admis à pratiquer à la charge de l'AOS (art. 36, al. 3, LAMal) ;
- fixation d'une procédure d'examen portant sur les connaissances du système de santé suisse qui sont nécessaires pour assurer la qualité des prestations (art. 36, al. 3^{bis}, LAMal) ;
- désignation, au cas où les assureurs ne parviennent pas à s'accorder sur une organisation, de l'organisation en question (art. 36, al. 5, LAMal) ;
- délégation à une organisation de la tâche d'appliquer la procédure d'examen visée l'art. 36, al. 3^{bis}, LAMal, si le Conseil prévoit une telle procédure (art. 36, al. 6, LAMal) ;
- réglementation de la perception des émoluments par les organisations, et notamment fixation du montant des émoluments (art. 36, al. 7, LAMal) ;
- définition de principes méthodologiques et de critères supplémentaires pour la détermination des nombres maximaux de personnes visés à l'art. 55a, al. 1 (art. 55a, al. 2, LAMal).

