

09.400

## **Initiative parlementaire Gel des admissions. Solution transitoire**

### **Rapport de la commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national**

du 25 mars 2009

---

Madame la Présidente,  
Mesdames et Messieurs,

Par le présent rapport, nous vous soumettons le projet d'une modification de la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie<sup>1</sup> que nous transmettons simultanément au Conseil fédéral pour avis.

La commission propose d'adopter le projet de l'acte ci-joint par 18 voix contre 2 et 5 abstentions.

Une minorité de la commission (Scherer, Baettig) propose de ne pas entrer en matière sur ce projet.

25 mars 2009

Pour la commission:

Le président, Jürg Stahl

<sup>1</sup> RS 832.10

# Rapport

## 1 Genèse du projet

L'actuelle disposition liant l'admission de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie à la preuve d'un besoin arrive à échéance fin 2009.<sup>2</sup> Aucune solution de rechange n'ayant été mise en place, une révision de la LAMal s'imposait. Le Conseil fédéral avait, de son côté, déjà présenté un projet intitulé «Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Liberté de contracter» (04.032 én)<sup>3</sup> visant à remplacer ce dispositif, mais le Conseil des États a décidé, le 18 décembre 2008, de ne pas entrer en matière sur ce projet, par 23 voix contre 19. Après s'être penchée une première fois sur la question à sa séance du 6 novembre 2008, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a choisi d'attendre les résultats des débats de la session d'hiver au Conseil des États pour se prononcer sur les suites à donner au gel des admissions. Le 16 janvier 2009, la CSSS-N a décidé, par 13 voix contre 11, de déposer une initiative de commission qui prévoit la possibilité, pour une durée limitée, de faire dépendre de la preuve d'un besoin l'admission des médecins spécialistes à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Le 27 janvier 2009, la commission homologue a donné son feu vert par 9 voix contre 1 et 1 abstention. Le 12 février 2009, la CSSS-N a apporté quelques précisions au texte de l'initiative et a chargé son secrétariat de préparer, en collaboration avec l'administration, un projet d'arrêté assorti d'un rapport. Le 25 mars 2009, la commission a approuvé le projet à l'intention de son conseil et du Conseil fédéral par 18 voix contre 2 et 5 abstentions.

## 2 Grandes lignes du projet

Pour répondre à l'objectif de maîtrise des coûts fixé par la LAMal, il est nécessaire de maintenir le gel des admissions, c'est-à-dire de limiter l'admission de nouveaux médecins en fonction des besoins. En effet, il faut savoir que les coûts engendrés par tout nouveau cabinet sont estimés à 500 000 francs par an.

Comme ce régime ne saurait constituer une solution définitive au problème de la hausse du volume de prestations et de l'envolée des coûts qu'elle implique, le gel des admissions a, une fois encore, été prolongé pour une durée limitée (en l'occurrence de deux ans). Aussi les conseils sont-ils invités à trouver, d'ici l'échéance de ce délai, une solution définitive dans le cadre des projets relatifs à la LAMal encore en suspens<sup>4</sup>.

<sup>2</sup> RO 2008 2917

<sup>3</sup> FF 2004 4055

<sup>4</sup> 04.032 én Révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie (liberté de contracter)

(FF 2004 4055)

04.034 én Révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie (participation aux coûts)

(FF 2004 4121)

04.062 én Révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie (Managed Care)

(FF 2004 5257)

Dans le souci de faire un geste en faveur des prestataires de soins de base en général et des médecins de famille en particulier, la solution transitoire qui a été adoptée ne s'applique qu'aux spécialistes. Ne sont donc pas concernés les médecins au bénéfice d'un des titres postgrades suivants: «médecine générale», «médecin praticien», «médecine interne» (pour autant que le praticien concerné ne soit pas au bénéfice d'un autre titre postgrade) et «pédiatrie». Cette liste, fondée sur l'ordonnance d'exécution de la loi sur les professions médicales, est encore mentionnée explicitement dans la modification de la LAMal, garantissant ainsi l'application uniforme de cette dernière dans tous les cantons. A noter aussi que, désormais, la validité de l'art. 55a est étendue aux divisions ambulatoires des hôpitaux, ceci afin d'éviter toute velléité de contourner la disposition limitant l'admission de nouveaux médecins en fonction des besoins.

Les cantons resteront compétents pour désigner les fournisseurs de prestations et, le cas échéant, pour assortir les autorisations d'exploiter de conditions. En outre, il pourrait continuer d'octroyer des autorisations supplémentaires en cas de pénurie de prestataires, par exemple dans les régions rurales, afin de garantir les soins de base sur l'ensemble de leur territoire en vertu du mandat qui leur a été confié.

### 3 **Commentaire article par article**

Selon l'art. 55a LAMal en vigueur actuellement, la *clause du besoin* concernant l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins s'applique aux fournisseurs de prestations («exerçant une activité dépendante ou indépendante») au sens des art. 36 à 38 LAMal. Le Conseil fédéral peut faire dépendre d'un besoin l'admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins, selon les critères qu'il fixe. Le Parlement a inséré le 13 Juin 2008 la formule «activité dépendante ou indépendante» dans l'al. 1 de l'art. 55a LAMal. Il devait ainsi être clairement établi que les médecins, lorsqu'ils sont employés, sont aussi soumis à la clause du besoin. Les médecins qui sont employés exercent une activité dépendante. Ils ne sont pas des fournisseurs de prestations *au sens technique du terme* (cf. pour l'ensemble l'art. 55a, al. 1, LAMal). Selon l'art. 55a, al. 2, LAMal, les cantons ainsi que les fédérations de fournisseurs de prestations et d'assureurs doivent être consultés au préalable. Le Conseil fédéral a fait usage de sa compétence en édictant l'ordonnance du 3 juillet 2002 sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (RS 832.103). Tout comme l'art. 55a LAMal, cette ordonnance est applicable jusqu'au 31 décembre 2009. Selon l'art. 55a, al. 3, LAMal, les fournisseurs de prestations auxquels s'applique la clause du besoin sont désignés par les cantons. Ils prennent donc au cas par cas la décision formelle concernant l'admission. Une fois délivrée, celle-ci expire lorsqu'il n'en est pas fait usage pendant un certain délai. Le Conseil fédéral fixe les conditions. (art. 55a, al. 4, LAMal).

Le champ d'application de l'admission en fonction de la preuve du besoin est modifié *dans la nouvelle disposition*. D'une part, ce champ est réduit. Désormais, parmi les fournisseurs de prestations, seuls les médecins spécialistes et les pharmaciens sont concernés par la limitation. Les médecins de premier recours ne sont plus compris dans le champ d'application (cf. distinction entre spécialiste et médecin de premier recours dans le commentaire concernant le nouveau libellé de l'art. 55a, al. 1, LAMal ci-après). D'autre part, ce champ d'application est étendu aux méde-

cins travaillant dans le secteur ambulatoire des hôpitaux définis à l'art. 39 LAMal. En ce qui concerne les modes d'action et de fonctionnement, la nouvelle disposition va en revanche dans le même sens que la réglementation en vigueur.

#### *Art. 55a, al. 1*

L'art. 55a, al. 1, LAMal subit différentes modifications: Les fournisseurs de prestations concernés ne sont plus que les spécialistes et les pharmaciens. De plus, le champ d'application est étendu aux médecins travaillant dans le secteur ambulatoire des hôpitaux définis à l'art. 39 LAMal.

### **a. Réduction du champ d'application**

#### *Fournisseurs de prestations selon l'art. 38 LAMal*

Selon le nouveau libellé de l'art. 55a LAMal, les fournisseurs de prestations visés à l'art. 38 LAMal ne sont plus dans le champ d'application. Il s'agit en l'occurrence des fournisseurs de prestations selon l'art. 35, al. 2, let. c à g et m, LAMal, à savoir les chiropraticiens (art. 35, al. 2, let. c, LAMal), les sages-femmes (art. 35, al. 2, let. d, LAMal), les personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical ainsi que les organisations qui les emploient (art. 35, al. 2, let. e, LAMal ; et plus précisément, en vertu de l'art. 46 OAMal, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les infirmières et les infirmiers; les logopédistes/orthophonistes et les diététiciens ainsi que, en vertu de l'art. 51 OAMal, les organisations de soins et d'aide à domicile et enfin, en vertu de l'art. 52 OAMal, les organisations d'ergothérapie), les laboratoires (art. 35, al. 2, let. f, LAMal), les centres de remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques (art. 35, al. 2, let. g, LAMal) ainsi que les entreprises de transport et de sauvetage (art. 35, al. 2, let. m, LAMal).

#### *Médecins*

Pour ce qui est des médecins, le champ d'application est restreint aux spécialistes. La clause du besoin s'applique indépendamment du fait que le spécialiste concerné exerce une activité indépendante (et qu'il soit donc un fournisseur de prestations au sens technique du terme), ou qu'il exerce une activité dépendante dans une institution définie à l'art. 36a, LAMal ou dans le secteur ambulatoire d'un hôpital selon l'art. 39, LAMal (et qu'il ne soit donc pas considéré comme un fournisseur de prestations au sens technique du terme).

La différenciation entre les médecins se justifie notamment pour les raisons suivantes. La situation de l'approvisionnement est caractérisée par la menace d'une pénurie de médecins de premier recours. Il faut tenir compte du fait que les médecins de premier recours accomplissent une mission d'approvisionnement centrale dans le cadre du service public, en particulier pour les urgences et pour la coordination de la chaîne de prestations. Exempter les médecins de premier recours de la clause du besoin permet dans l'ensemble de renforcer leur position. Grâce à la nouvelle disposition, les jeunes médecins devraient davantage choisir la formation postgrade dans le domaine de la médecine de premier recours. Le problème de la spécialisation croissante des médecins causé par l'actuelle clause du besoin (par exemple, les jeunes médecins sont incités à rester plus longtemps en milieu hospitalier en vue d'une spécialisation supplémentaire, plutôt que d'opter directement pour une activité de cabinet après une formation postgrade dans le domaine de la médecine de premier recours) sera atténué du fait que, suite à la différenciation des

médecins, il y a moins de raisons d'accomplir une spécialisation supplémentaire. La situation des jeunes médecins sera dans l'ensemble améliorée par l'accès illimité à l'activité de cabinet dans le domaine de la médecine de premier recours.

D'autres conséquences négatives sont aussi attribuées à la clause du besoin. Elle freinerait par exemple la création de nouvelles formes de cabinets et provoquerait des difficultés dans la gestion des temps partiels et des cabinets de groupes. La différenciation des médecins menant à une limitation dans le domaine des spécialistes permet d'éliminer ces inquiétudes concernant le domaine de la médecine de premier recours.

## **b. Extension du champ d'application**

Une expansion du champ d'application aux médecins travaillant dans le secteur ambulatoire des hôpitaux définis à l'art. 39 LAMal est appliquée. A la différence de la situation concernant les médecins pratiquant en institution selon l'art. 36a, LAMal, le droit actuel ne définit aucune mesure permettant de limiter le nombre de médecins travaillant, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, dans le secteur ambulatoire des hôpitaux. Ces dernières années, ce secteur a ainsi également enregistré une hausse des coûts particulièrement marquée. Soumettre ce secteur à la clause du besoin renforce l'effet recherché. Selon le nouvel al. 1, le Conseil fédéral peut donc, pour une durée limitée, aussi appliquer la clause du besoin aux médecins travaillant dans le secteur ambulatoire des hôpitaux selon l'art. 39 LAMal.

## **c. Médecin de premier recours et spécialiste: définitions**

La formation postgrade définie dans la législation sur les professions médicales et dans l'ordonnance du 27 juin 2007 concernant les diplômes, la formation universitaire, la formation postgrade et l'exercice des professions médicales universitaires (RS 811.112.0), sert à définir le «médecin de premier recours». Pour être considéré comme médecin de premier recours, il faut être au bénéfice d'un des titres postgrades fédéraux suivants: médecine générale, médecin praticien, médecine interne (pour autant que le praticien concerné ne soit pas au bénéfice d'un autre titre postgrade), pédiatrie.

Si un médecin a plusieurs titres postgrades, il faut tenir compte des éléments ci-après. Nombre de spécialistes possèdent un titre postgrade en médecine interne. S'ils étaient de ce fait considérés comme des médecins de premier recours, la nouvelle clause du besoin manquerait son but. L'art. 55a LAMal, précise donc à l'al. 1, let. c: «pour autant que le praticien concerné ne soit pas au bénéfice d'un autre titre postgrade». Il y a moins de risques que les personnes ayant un titre postgrade en médecine générale, de praticien ou de pédiatre soient également habilitées à exercer une activité de spécialiste, respectivement qu'elles en possèdent la formation postgrade. La restriction prévue pour la médecine interne est donc accessoire dans ces situations. Une personne bénéficiant de différents titres postgrades se trouvant dans la liste inscrite au nouvel art. 55a, al. 1, LAMal, peut être qualifiée de médecin de premier recours, même si elle possède un titre en médecine interne. Par contre, une personne possédant plusieurs titres dont certains sont mentionnés à l'art. 55a, al. 1, LAMal et d'autres non, est considérée comme un spécialiste, uniquement si elle a un titre en médecine interne. La nature des prestations effectivement fournies à la charge de l'assurance obligatoire des soins n'est pas arrêtée.

#### *Art. 55a, al. 2*

L'al. 2 maintient la réglementation actuelle. Avant de faire dépendre de la preuve d'un besoin l'admission des fournisseurs de prestations ou l'activité des médecins travaillant dans les institutions visées à l'art. 36a LAMal ou dans le secteur ambulatoire des hôpitaux définis à l'art. 39 LAMal, le Conseil fédéral doit consulter les cantons ainsi que les fédérations de fournisseurs de prestations et d'assureurs.

#### *Art. 55a, al. 3*

La nouvelle version de l'al. 3 complète la réglementation actuelle avec deux éléments. D'une part, elle ajoute au nombre des fournisseurs de prestations autorisés à pratiquer par les cantons les médecins travaillant dans les institutions visées à l'art. 36a LAMal ou dans le secteur ambulatoire des hôpitaux défini à l'art. 39 LAMal. D'autre part, elle contient un nouveau libellé: «Ils peuvent assortir l'autorisation d'exercer de conditions.» Les cantons ont déjà cette compétence sous le droit en vigueur, mais cet ajout crée un ancrage formel dans la loi. Pour garantir la couverture des soins sur l'ensemble du territoire et notamment dans les régions périphériques, les cantons devraient faire usage de cette compétence et assortir par exemple l'admission de la condition que le fournisseur de prestations doive pratiquer dans un lieu donné. Les cantons peuvent retirer l'admission si le fournisseur de prestations ne remplit pas les conditions fixées. Cette règle est également valable pour les médecins travaillant dans les institutions visées à l'art. 36a LAMal ou dans le secteur ambulatoire des hôpitaux définis à l'art. 39 LAMal.

#### *Art. 55a, al. 4*

L'al. 4 établit, comme jusqu'à présent, qu'une autorisation délivrée expire lorsqu'il n'en est pas fait usage pendant un certain délai. Comme c'est le cas actuellement, le Conseil fédéral fixe les conditions.

#### *Disposition transitoire*

Pour garantir les droits acquis, les autorisations existantes octroyées avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010 devraient être maintenues. Les médecins qui, avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010, travaillaient déjà dans les institutions visées à l'art. 36a LAMal ou dans le secteur ambulatoire des hôpitaux définis à l'art. 39 LAMal, doivent pouvoir continuer à exercer leur activité.

La réglementation actuellement valable concernant la clause du besoin expire le 31 décembre 2009. La prolongation entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et expire le 31 décembre 2011.

## **4 Conséquences**

### **4.1 Conséquences financières et effet sur l'état du personnel**

Avec la réglementation proposée, la situation actuelle est maintenue dans son ensemble, bien que de manière restreinte, de telle sorte qu'il n'y ait aucune incidence financière et personnelle liée au projet.

## **4.2 Mise en œuvre**

Le projet reconduit – comme indiqué au ch. 1 – une réglementation limitée existante, de manière limitée et restreinte. Il ne contient aucune nouvelle disposition légale qui pourrait conduire à de nouvelles tâches d'exécution.

## **4.3 Autres conséquences**

Le projet reconduit, dans son ensemble, la situation existante bien que de manière limitée. Aucune conséquence particulière n'est escomptée.

## **5 Relation avec le droit européen**

Le droit européen (droit de la Communauté européenne et droit du Conseil de l'Europe) n'établit pas de normes dans les domaines que traite le présent projet de révision. Les Etats demeurent libres de déterminer ces aspects comme ils l'entendent.

## **6 Bases légales**

### **6.1 Constitutionnalité et légalité**

Cette loi se fonde sur l'art. 117 de la Constitution qui confère à la Confédération une large compétence en matière d'organisation de l'assurance-maladie.

### **6.2 Délégation de compétences législatives**

Le Conseil fédéral reçoit – de manière analogue à la disposition en vigueur – la compétence pour la mise en œuvre de cette loi. La désignation formelle des fournisseurs de prestations individuels, admis en application de cette loi et des dispositions d'exécution correspondantes, demeure de la compétence des cantons. Ils désignent aussi, selon la nouvelle disposition, les médecins admis à pratiquer au sein des institutions au sens de l'art. 36a LAMal et dans le domaine ambulatoire des hôpitaux au sens de l'art. 39 LAMal. Les cantons peuvent assortir l'autorisation d'exercer de conditions. Bien que cela ne soit pas mentionné explicitement dans la disposition en vigueur, ils disposent aujourd'hui déjà de cette compétence.

### **6.3 Forme de l'acte**

Cette loi est édictée sous la forme d'une loi fédérale selon l'art. 164 de la Constitution fédérale.

