

06.427

**Initiative parlementaire  
Prorogation de la loi fédérale urgente du 8 octobre 2004  
sur l'assurance-maladie (tarifs des soins)**

**Rapport de la commission de la sécurité sociale et de la santé publique  
du Conseil des Etats**

du 29 mai 2006

---

Monsieur le Président,  
Mesdames et Messieurs,

Nous vous soumettons, par le présent rapport, un projet de prorogation de la loi fédérale urgente du 8 octobre 2004 sur l'assurance-maladie, que nous transmettons simultanément au Conseil fédéral pour avis, conformément à l'art. 112, al. 3, de la loi sur le Parlement.

La commission vous propose d'approuver le projet.

29 mai 2006

Pour la commission:

La présidente, Erika Forster

---

## Condensé

*La loi fédérale urgente du 8 octobre 2004 a introduit dans la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) une disposition transitoire prévoyant le gel des tarifs des soins. En prévision du nouveau régime de financement des soins (05.025 é), dont le Conseil fédéral a soumis le projet aux Chambres le 16 février 2005, la validité de cette loi a été limitée jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau régime, mais au plus tard jusqu'au 31 décembre 2006. La commission, constatant que le délai est insuffisant étant donné que le projet n'a pas encore été examiné aux Chambres et que, s'il est adopté, l'entrée en vigueur doit ensuite être fixée par le Conseil fédéral, propose de proroger la loi fédérale urgente.*

# Rapport

## 1 Historique

La LAMal a introduit une nouvelle réglementation pour la prise en charge des coûts dans le domaine des soins. Alors que, sous le régime de la LAMA, l'assurance participait aux soins uniquement sous la forme d'une contribution, l'assurance-maladie obligatoire prend intégralement en charge, selon l'art. 25, al. 2, let. a, LAMal, les «soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile [...] ou dans un établissement médico-social par (1) des médecins, (2) des chiropraticiens et (3) des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical».

Etant donné l'absence de transparence en ce qui concerne les coûts des établissements médico-sociaux (EMS) et afin de mieux maîtriser l'évolution des coûts dans le domaine des soins à domicile (Spitex) et dans celui des EMS, des tarifs-cadre ont été fixés à l'art. 9a de l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS; RS 832.112.31) au 1<sup>er</sup> janvier 1998 pour les prestations de soins au sens de l'art. 7 OPAS. Ces tarifs-cadre devaient s'appliquer tant que les fournisseurs de prestations n'auraient pas satisfait aux exigences de transparence.

L'ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP; RS 832.104) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003. Si l'EMS satisfait aux exigences de transparence au sens de l'OCP, le tarif peut être négocié indépendamment des tarifs-cadre. La perspective d'une transparence complète des coûts dans le domaine des soins est réaliste et il est probable que les exigences de l'OCP pourront être remplies dans un délai raisonnable. Si l'on considère l'évolution de la démographie, de la médecine et de la société en général, il faut s'attendre, même indépendamment de l'OCP, à ce que la demande de soins et les coûts qu'ils induisent augmentent. Le Conseil fédéral s'est donc déclaré prêt à soumettre au Parlement, à la fin de l'année 2004, une révision du financement des soins. Jusqu'à l'entrée en vigueur de ce nouveau régime, il y avait lieu de trouver une réglementation transitoire qui ait un effet modérateur sur l'évolution des coûts. Le message du 26 mai 2004 relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Stratégie et thèmes urgents) contenait en conséquence une proposition de disposition transitoire prévoyant le gel des tarifs des soins jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau régime de financement. Le Parlement a adopté cette disposition le 8 octobre 2004 et l'a déclarée urgente (RO 2004 4375).

Le projet de loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins (05.025) a été soumis au Parlement par le message du 16 février 2005. Il propose une nouvelle réglementation du financement des prestations de soins par l'assurance obligatoire des soins (AOS). Le gel des tarifs actuellement en vigueur est limité à fin 2006. La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-E), constatant que ce délai ne suffira pas pour examiner le nouveau projet et faire entrer la révision en vigueur, propose de prolonger le gel des tarifs jusqu'à la fin de 2008, afin que le nouveau régime puisse prendre le relais de la réglementation en vigueur. La commission du Conseil national a approuvé sur le fond l'initiative de la commission.

## 2

### Grandes lignes du projet

Pour freiner l'augmentation des coûts que l'on pouvait redouter en raison de la suppression des tarifs-cadre, une disposition transitoire prévoyant le gel des tarifs des soins a été introduite dans la LAMal par la loi fédérale urgente du 8 octobre 2004. Celle-ci maintient les tarifs-cadre jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins. Parallèlement, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) relevait au 1<sup>er</sup> janvier 2005 les tarifs-cadre pour les deux niveaux de soins requis les plus élevés (EMS). Les tarifs-cadre des soins à domicile ont également été augmentés. Selon la loi, ces nouveaux tarifs doivent rester inchangés jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau régime, mais au plus tard jusqu'au 31 décembre 2006.

Etant donné que le nouveau régime de financement des soins ne pourra pas entrer en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2007, la question de la prorogation de la disposition transitoire est posée. Si cette disposition disparaît, les fournisseurs de prestations risquent de demander, pour la période relativement courte précédant l'entrée en vigueur du nouveau régime, des tarifs plus élevés sur la base des coûts effectifs; il paraît donc indiqué de maintenir le gel des tarifs jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau régime.

La prorogation du gel des tarifs-cadre ne nécessite aucune modification de fond de la disposition transitoire: la loi fédérale du 8 octobre 2004 peut donc simplement être complétée d'un al. 3 qui précise que la validité de la loi est prolongée jusqu'au 31 décembre 2008 (cf. annexe).

## 3

### Commentaire

En vertu de l'art. 104a LAMal, le DFI peut édicter des dispositions relatives à la prise en charge des coûts des soins. C'est pour cette raison qu'il a introduit des tarifs-cadre au 1<sup>er</sup> janvier 1998. Ces forfaits, fixés par jour pour quatre niveaux de soins requis en ce qui concerne les EMS et par heure pour trois niveaux de prestations s'agissant des autres fournisseurs de prestations, couvrent les coûts des prestations au sens de l'art. 7, al. 2, OPAS, alors que les autres prestations à la charge de l'assurance peuvent être facturées à part.

La disposition transitoire, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2005, limite la prise en charge des prestations de soins par l'assurance-maladie, indépendamment de la réalisation de la transparence des coûts. Elle contient toutefois une réserve pour les cas où les tarifs appliqués avaient déjà dépassé les tarifs-cadre le 1<sup>er</sup> janvier 2004 parce que les fournisseurs de prestations concernés satisfaisaient aux règles en matière de transparence. En accord avec les principes de la proportionnalité et de la bonne foi, ces tarifs ont été limités aux montants en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2004.

Une autre réserve vise les adaptations des tarifs-cadre au renchérissement, prévues par le département, selon l'indice suisse des prix à la consommation. Elle garantit que ces tarifs peuvent être adaptés à l'évolution des prix pendant la durée de validité de la disposition transitoire.

## **4 Conséquences**

### **4.1 Conséquences sur les finances et le personnel**

La prorogation proposée de la disposition transitoire gelant les tarifs-cadre des prestations de soins ne fait que maintenir la situation actuelle. Il n'en résultera donc aucune conséquence directe sur les finances et le personnel. Seule la réserve concernant l'adaptation au renchérissement pourrait entraîner une légère augmentation des dépenses pour l'assurance-maladie obligatoire.

### **4.2 Applicabilité**

Le projet prolonge une réglementation existante pour une période limitée. Il ne contient donc aucune nouvelle disposition légale impliquant de nouvelles tâches d'exécution.

### **4.3 Autres conséquences**

Etant donné que le projet ne fait que prolonger la situation actuelle, il ne devrait entraîner aucune autre conséquence ou à tout le moins aucune autre conséquence notable.

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

Le droit européen (droit de la Communauté européenne et droit du Conseil de l'Europe) ne fixe pas de normes dans le domaine que traite le présent projet. Les Etats sont donc libres de légiférer comme ils l'entendent.

## **6 Bases juridiques**

### **6.1 Conformité à la Constitution et à la législation**

La loi fédérale urgente se fonde sur l'art. 117 de la Constitution fédérale, qui laisse à la Confédération de larges compétences pour aménager l'assurance-maladie.

### **6.2 Forme de l'acte à adopter**

La réglementation transitoire qu'il est proposé de proroger doit à nouveau être édictée sous la forme d'une loi fédérale urgente limitée dans le temps. Aux termes de l'art. 165, al. 1, de la Constitution fédérale, une loi fédérale peut être déclarée urgente lorsque son entrée en vigueur ne souffre aucun retard. L'urgence découle du fait que la loi fédérale urgente actuelle n'est valable que jusqu'à fin 2006 et qu'aucun nouveau régime de financement des soins n'entrera en vigueur d'ici là.

