



Berne, 18 octobre 2023

Modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal) et de l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) (Organisations de pharmaciens et de dentistes, facturation des analyses, changement d'assurance en cours d'année et obligation de communiquer le montant des versements de compensation)

Commentaire



Table des matières

1	Contexte	3
2	Grandes lignes du projet	3
2.1	Modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal).....	3
2.1.1	Organisations de pharmaciens et organisations de dentistes.....	3
2.1.2	Facturation des analyses.....	4
2.1.3	Changement d'assurance en cours d'année	6
2.1.4	Obligation de communiquer le montant des versements de compensation.....	7
2.2	Modification de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS).....	8
3	Commentaire des dispositions	8
3.1	Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102).....	8
3.2	Ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31)	9
4	Conséquences	10
4.1	Conséquences pour la Confédération.....	10
4.2	Conséquences pour les cantons et les communes ainsi que pour les centres urbains, les agglomérations et les régions de montagne	10
4.3	Conséquences pour l'économie.....	11
4.4	Conséquences pour la société et l'environnement et autres conséquences	12
5	Aspects juridiques	12
5.1	Compatibilité avec les obligations internationales de la Suisse.....	12
5.2	Délégation de compétences législatives	12
5.3	Sous-délégation de compétences législatives.....	12
6	Entrée en vigueur	12

Commentaire

1 Contexte

Le 18 juin 2021, le Parlement a adopté une modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) intitulée « Mesures visant à freiner la hausse des coûts, volet 1a ». Par cette modification, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2023, le législateur a réglé le tarif des forfaits par patient liés aux traitements ambulatoires, lequel doit reposer sur une structure uniforme fixée par convention sur le plan suisse. Cette réglementation se trouve à l'art. 43, al. 5, 5^{ter} et 5^{quater}, LAMal. Après son entrée en vigueur, il est apparu qu'une modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) s'imposait concernant la facturation des analyses.

Le Conseil fédéral saisit cette occasion pour procéder simultanément à d'autres adaptations dans l'OAMal. Il souhaite notamment accorder plus de liberté aux assurés, par exemple en cas d'événements imprévus (déménagement dans une région où le montant des primes est plus élevé, chômage, formation continue, etc.). Ainsi, s'ils ont opté pour l'assurance avec franchise à option et libre choix des fournisseurs de prestations, il convient qu'ils puissent changer en cours d'année pour une assurance limitant ce choix. Par ailleurs, les cantons ont demandé que les assureurs soient tenus de leur communiquer, en plus du montant de la prime approuvée, celui des versements de compensation en cas de réduction volontaire des réserves. Enfin, la liste des organisations de fournisseurs de prestations admises à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) sera complétée, ce qui nécessite aussi une adaptation, par le Département fédéral de l'intérieur (DFI), de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31).

Ces modifications devraient entrer en vigueur le 1^{er} juillet 2024.

2 Grandes lignes du projet

2.1 Modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)

2.1.1 Organisations de pharmaciens et organisations de dentistes

Introduction

L'admission à pratiquer à la charge de l'AOS sert à déterminer, d'une part, les prestataires autorisés à facturer les prestations fournies dans le cadre de l'AOS et, d'autre part, ceux qui portent également la responsabilité de ces prestations vis-à-vis de l'assurance-maladie. Cette responsabilité implique d'avoir la personnalité juridique. En ce qui concerne les fournisseurs de prestations qui peuvent pratiquer directement à la charge de l'AOS (art. 35, al. 2, let. a à d, LAMal) et ceux qui fournissent des prestations à titre indépendant et pour leur propre compte sur prescription ou sur mandat médical (art. 35, al. 2, let. e, LAMal, première partie de la phrase), il s'agit de personnes physiques, responsables des prestations fournies à la charge de l'AOS et autorisées à les facturer¹. En revanche, une organisation doit être une personne morale ayant en tant que telle la personnalité juridique.

¹ Cf. Rapport explicatif du 23 juin 2021 relatif à la modification de l'OAMal et de l'OPAS, p. 4 ss, disponible à l'adresse www.ofsp.admin.ch > Assurances > Assurance-maladie > Projets adoptés > Autorisation > Mise

Dans le droit en vigueur, tous les fournisseurs de prestations ambulatoires admis à pratiquer à la charge de l'AOS en tant que personnes physiques peuvent aussi l'être en tant qu'organisations, à l'exception des pharmaciens et des dentistes². Ces derniers ne peuvent donc pas pratiquer à la charge de l'AOS en tant que fournisseurs de prestations auprès d'une personne morale ayant la forme d'une organisation, faute de base légale dans le droit en vigueur.

Motifs de la révision

Dans le cadre de la révision de la LAMal du 19 juin 2020 concernant l'admission des fournisseurs de prestations (FF 2020 5351), une procédure formelle placée sous la responsabilité des cantons a été instaurée (elle est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022 avec les nouveaux art. 36 ss LAMal et les modifications correspondantes de l'OAMal et de l'OPAS)³. Les cantons ne peuvent admettre à pratiquer à la charge de l'AOS que les fournisseurs de prestations visés à cet effet par la loi et l'ordonnance afférente.

Afin que les pharmaciens et les dentistes puissent pratiquer à la charge de l'AOS dans le cadre d'une organisation ayant la personnalité juridique d'une personne morale, il est nécessaire d'inscrire les organisations correspondantes dans l'OAMal et d'adapter celle-ci en conséquence. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a déjà eu un échange de vues à ce sujet avec la Société suisse des pharmaciens (PharmaSuisse) et la Société suisse des médecins-dentistes (SSO).

2.1.2 Facturation des analyses

Introduction

En ce qui concerne les laboratoires, les premières règles générales en matière de facturation ont été instaurées par la modification de l'OAMal du 6 juin 2003 (RO 2003 3251), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004. Elles prévoient que, pour les analyses, la facture remise au débiteur de la rémunération soit établie exclusivement par le laboratoire qui a effectué les analyses, sous réserve des tarifs forfaitaires visés à l'art. 49 LAMal. La modification de l'OAMal proposée complète cette disposition afin de tenir compte de la réglementation applicable aux forfaits pour le domaine ambulatoire entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2023 (RO 2021 837 ; FF 2019 5765).

Aux termes de l'art. 52, al. 1, let. a, ch. 1, LAMal, le DFI édicte une liste des analyses avec tarif (LA)⁴. Celle-ci constitue l'annexe 3 de l'OPAS et contient les analyses effectuées en ambulatoire qui sont prises en charge par l'AOS. La LA est une liste positive, ce qui signifie que seules les analyses qui y figurent peuvent être prises en charge par l'assurance-maladie (art. 34, al. 1, LAMal). De plus, les laboratoires

en œuvre de la révision LAMal du 19 juin 2020 (admission des fournisseurs de prestations) et critères pour la planification hospitalière.

² Les dentistes ne sont pas mentionnés expressément en tant que fournisseurs de prestations à l'art. 35, al. 2, LAMal, car ils ne peuvent fournir qu'une petite partie de leurs prestations à la charge de l'AOS, et ce uniquement dans certaines conditions (cf. art. 31 LAMal). Pour les prestations qui sont prises en charge par l'AOS, ils sont assimilés aux médecins, mais forment une catégorie distincte réglée aux art. 36 et 36a LAMal (Cf. Rapport explicatif du 23 juin 2021 relatif à la modification de l'OAMal et de l'OPAS, p. 11).

³ Les fournisseurs de prestations déjà admis bénéficient de la garantie des droits acquis conformément à l'al. 2 des dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 19 juin 2020. Les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m et n qui étaient admis à pratiquer à la charge de l'AOS en vertu de l'ancien droit sont réputés admis au sens de l'art. 36 du nouveau droit par le canton sur le territoire duquel ils pratiquaient à l'entrée en vigueur dudit article.

⁴ Annexe 3 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31).

comptent au nombre des fournisseurs de prestations au sens de la LAMal. Or, pour ce qui est des analyses, les catégories de personnes autorisées à fournir ou à facturer des prestations à la charge de l'AOS sont réglées de manière exhaustive⁵.

Comme les règles de facturation inscrites à l'art. 42, al. 3, LAMal constituent un important instrument de contrôle de l'économicité, il a été prévu au niveau de l'ordonnance que la facture doit indiquer notamment les dates de traitement et les prestations fournies (art. 59 OAMal). La désignation de l'auteur de la facture revêt ici une importance particulière. Les prestations à la charge de l'AOS ne peuvent être facturées au patient que par la personne qui les a effectivement fournies (art. 42, al. 3, LAMal). Tant les conditions d'admission réglées aux art. 35 ss LAMal que la facturation et la tarification visées aux art. 42 ss LAMal, ainsi que le contrôle de l'économicité et l'assurance qualité au sens des art. 56 ss LAMal, se réfèrent à la notion de fournisseur de prestations.

La loi définit à l'art. 42, al. 1 et 2, LAMal qui est débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. C'est en principe à l'assuré de rémunérer ce dernier pour sa prestation. Il a, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant). Il est toutefois possible de déroger à ce principe : assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (art. 42, al. 2, LAMal ; système du tiers payant).

Pour les analyses de laboratoire, la facture remise au débiteur de la rémunération doit être établie exclusivement par le fournisseur de prestations (médecin, laboratoire privé, pharmacien, hôpital) qui a effectué les analyses (art. 42, al. 3, LAMal et 59, al. 1 et 3, OAMal). Cette règle s'applique aussi, en particulier, quand l'analyse a été faite par un laboratoire privé sur mandat d'un médecin ou d'un hôpital. Font exception les analyses effectuées dans le cadre d'un traitement stationnaire. Dans ce cas, conformément à l'art. 49 LAMal, le laboratoire privé facture la prestation directement à l'hôpital qui l'a mandaté. Une facturation conforme à la vérité suppose non seulement que le prestataire qui a effectivement fourni la prestation établit la facture et y figure en tant que créancier, mais aussi que le montant facturé soit conforme à la vérité. C'est particulièrement important, parce que le médecin est tenu de répercuter sur le débiteur de la rémunération (patient ou assureur-maladie) les avantages directs ou indirects qu'il perçoit du laboratoire en rapport avec l'analyse effectuée (art. 56, al. 3, LAMal).

Le but de cette disposition est que les prestations fournies par les différents prestataires soient facturées de façon transparente. Les fournisseurs de prestations qui contournent les règles de facturation en ne mentionnant pas comme telles les prestations fournies par des tiers afin d'en tirer des avantages au détriment de l'agent payeur s'exposent à des sanctions pénales (art. 92, al. 1, let. d, LAMal). C'est pour cette raison que la transparence en ce qui concerne la facturation des prestations de laboratoire a été améliorée par la règle imposant de distinguer clairement des autres prestations, sur la facture, les analyses prises en charge par l'AOS⁶.

⁵ Peuvent être admis à facturer leurs prestations à la charge de l'AOS les laboratoires de cabinets médicaux, d'hôpitaux et de pharmacies, ainsi que les laboratoires privés, à condition de disposer d'une autorisation (de police sanitaire) cantonale, d'installations adéquates et du personnel spécialisé nécessaire, et d'avoir prévu des mesures d'assurance qualité (art. 53 OAMal). S'ils effectuent des tests de dépistage de maladies transmissibles, ils doivent en outre être reconnus par l'OFSP. Des exigences particulières en matière de formation et de formation postgrade s'appliquent aux personnes qui les dirigent, surtout en ce qui concerne les laboratoires privés et les laboratoires d'hôpitaux (art. 54, al. 2 et 3, OAMal ; art. 42 et 43 OPAS).

⁶ [RAMA 1/2005](#), p. 22 s., consid. 7.3.

Motifs de la révision

En 2019, le Conseil fédéral a adopté le message concernant la révision partielle de la LAMal intitulée « Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1^{er} volet ». Le Parlement a scindé ce volet en deux (volets 1a et 1b) et adopté le premier le 18 juin 2021. Le volet 1a comprend, entre autres, l'encouragement des tarifs forfaitaires dans le secteur ambulatoire. Entrés en vigueur le 1^{er} janvier 2023, les nouveaux alinéas 5, 5^{ter} et 5^{quater} de l'art. 43 LAMal prévoient à cet égard que les tarifs des forfaits par patient liés aux traitements ambulatoires doivent eux aussi reposer sur une structure uniforme fixée par convention sur le plan suisse. Les forfaits priment les tarifs à la prestation lorsqu'ils sont convenus par les partenaires tarifaires. Le forfait par patient a pour but de pouvoir, dans le secteur ambulatoire, comprendre non seulement des prestations médicales et non médicales, mais aussi des médicaments, des analyses, etc.

L'art. 59, al. 3, OAMal prévoit que, pour les analyses, la facture remise au débiteur de la rémunération soit établie exclusivement par le laboratoire qui a effectué les analyses. Cela a contribué, on l'a vu, à améliorer la transparence en ce qui concerne la facturation des prestations des laboratoires. Par rapport à la nouvelle réglementation applicable aux tarifs forfaitaires dans le secteur ambulatoire, cette disposition peut néanmoins avoir un effet limitatif, puisque les analyses doivent figurer séparément sur les factures et ne peuvent pas être facturées comme partie intégrante du forfait. C'est pourquoi il convient d'adapter l'OAMal en ce qui concerne les analyses qui font partie d'un tarif forfaitaire dans le secteur ambulatoire et ne sont donc pas facturées par le laboratoire au débiteur de la prestation. S'agissant des analyses de laboratoire et de leur facturation, l'OFSP rend ainsi les choses claires pour les fournisseurs de prestations, les assureurs et les assurés. Il appartient aux partenaires tarifaires, dans le cadre de la tarification des forfaits par patient liés aux prestations ambulatoires, de garantir, pour les analyses que l'AOS prend en charge, que les avantages accordés soient pris en compte et que seuls les coûts effectifs de l'analyse soient facturés.

2.1.3 Changement d'assurance en cours d'année

Introduction

Par « assurance ordinaire », on entend l'assurance obligatoire des soins hors formes particulières d'assurance (art. 62 LAMal), avec franchise ordinaire (300 fr.) et libre choix des fournisseurs de prestations, à l'exclusion de l'assurance avec bonus. Cette définition ressort de l'interprétation des articles relatifs aux formes particulières d'assurance dans la section 2 de l'OAMal, où le terme d'assurance ordinaire revient à plusieurs reprises (art. 93 et 95 à 100). Aux termes de l'art. 100, al. 2, OAMal, le passage de l'assurance ordinaire à une assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations est possible à tout moment.

Par « formes particulières d'assurance », on entend l'assurance avec franchise à option, l'assurance avec bonus et l'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations. Les assurés ayant opté pour un modèle de ce type ne peuvent changer d'assurance qu'à la fin d'une année civile. Cette règle concerne particulièrement les assurés avec franchise à option (art. 93 à 95 OAMal) et libre choix des fournisseurs de prestations. Il ne leur est actuellement pas possible de changer en cours d'année pour une assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations. Il importe de changer cette situation.

Motifs de la révision

Le Conseil fédéral a été prié, par une question du Parlement ([18.1084](#)), d'expliquer plus précisément l'art. 100, al. 2, OAMal. L'auteur de la question observait que, si son interprétation était correcte, les personnes ayant conclu une forme d'assurance avec franchise à option ne pouvaient pas passer en cours d'année à un modèle d'assurance plus économique limitant le choix du fournisseur de prestations (forme particulière d'assurance appelée aussi modèle alternatif, p. ex. modèle du médecin de famille, HMO ou premier conseil par téléphone), quand bien même elles avaient le libre choix du fournisseur de prestations.

Le Conseil fédéral voit d'un bon œil les solutions d'assurance sur un modèle alternatif et souhaite notamment accorder plus de liberté aux assurés, par exemple en cas d'événements imprévus (déménagement dans une région où le montant des primes est plus élevé, chômage, formation continue, etc.). Il convient donc d'adapter l'OAMal en ce sens, en offrant à tous les assurés ayant le libre choix du fournisseur de prestations (qu'ils aient opté pour l'assurance ordinaire ou l'assurance avec franchise à option) la possibilité de passer en cours d'année (et non plus uniquement à la fin de l'année civile), chez le même assureur, à une assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations. Un changement d'assureur en cours d'année restera par contre exclu, de même que le passage en cours d'année d'une forme particulière d'assurance à une autre au sein de l'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations.

Cette adaptation permettra aux assurés ayant le libre choix du fournisseur de prestations d'opter pour un modèle plus avantageux. Cet assouplissement ne doit cependant pas être élargi au point d'admettre un changement en cours d'année pour un autre assureur ou un autre modèle d'assurance car, au moment de leur fixation, les primes sont calculées pour une année civile entière.

La mise en œuvre de cette adaptation nécessite une modification de l'art. 100, al. 2, OAMal, avec suppression des mots « de l'assurance ordinaire ». Simultanément, il est précisé que seul le passage d'une assurance avec libre choix des fournisseurs de prestations à une assurance limitant ce choix est possible à tout moment.

2.1.4 Obligation de communiquer le montant des versements de compensation

Introduction

L'assurance-maladie sociale est financée selon le système de couverture des besoins. La loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSAMal ; RS 832.12) prévoit que les primes doivent couvrir les coûts attendus. Pour fixer les primes de l'année suivante, les assureurs se fondent sur les chiffres des années précédentes, les extrapolations pour l'année en cours et les estimations pour l'année suivante. Étant donné que ces deux derniers éléments comportent par nature des facteurs d'incertitude, il n'est pas exclu que, par la suite, les primes approuvées ne correspondent pas tout à fait aux coûts effectifs. L'entier des bénéfices éventuels vient alimenter les réserves de l'assureur, qui permettent quant à elles de couvrir les pertes éventuelles.

Les assureurs peuvent réduire leurs réserves de leur propre initiative, pour autant qu'ils disposent en tous les cas, après réduction, d'un taux de solvabilité d'au moins 100 %. Cette réduction passe en premier lieu par un calcul des primes au plus juste. Si,

après avoir calculé leurs primes ainsi, les assureurs disposent toujours de réserves excessives, ils peuvent verser aux assurés un montant compensatoire. Le montant fixé est réparti entre les assurés du champ territorial d'activité de l'assureur selon une clé de répartition appropriée, déterminée par l'assureur. L'assureur porte le montant de la compensation en déduction de la prime approuvée par l'autorité de surveillance et l'indique séparément sur la facture de prime (art. 26, al. 5, de l'ordonnance du 18 novembre 2015 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale [OSAMal ; RS 832.121]).

Les assureurs fixent le montant des primes de manière uniforme, par personne, indépendamment du revenu, selon la classe d'âge (enfants, jeunes adultes et adultes), la région de résidence, le modèle d'assurance et le montant de la franchise, ainsi que la couverture accident, le cas échéant. À titre de correctif social à cette prime dite unique, la LAMal prévoit que les cantons réduisent les primes des assurés de condition économique modeste.

Les assureurs font bénéficier leurs assurés, y compris ceux dont les primes ont été réduites par le canton, de la réduction volontaire de leurs réserves, via un montant compensatoire. Actuellement, aucune obligation légale ne leur est faite de communiquer ces versements au canton, même si celui-ci a assumé partiellement ou entièrement le paiement des primes de certains assurés.

Motifs de la révision

Les cantons demandent que les assureurs soient tenus de leur communiquer, en plus du montant de la prime approuvée, celui des versements de compensation. Cette adaptation leur permettra de tenir compte de ce montant dans le calcul de la réduction de primes, si la législation cantonale le prévoit.

2.2 Modification de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)

Les modifications de l'OAMal exposées plus haut impliquent que le DFI adapte à son tour l'OPAS pour y inclure les organisations de pharmaciens.

3 Commentaire des dispositions

3.1 Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102)

Art. 41 Organisations de pharmaciens

L'art. 41 définit les conditions d'admission des organisations de pharmaciens. Ce sont, par analogie, les mêmes que pour les organisations de chiropraticiens (art. 44a OAMal) ou de sages-femmes (art. 45a OAMal). Les organisations de pharmaciens doivent ainsi être admises en vertu de la législation du canton dans lequel elles exercent leur activité (let. a) et avoir délimité leur champ d'activité quant au lieu et à l'horaire de leurs interventions, aux prestations qu'elles fournissent et aux personnes à qui elles les fournissent (let. b). Elles doivent les fournir en recourant à des personnes qui remplissent les conditions de l'art. 40, al. 1, let. a (let. c), disposer des équipements

nécessaires aux prestations qu'elles fournissent (let. d) et prouver qu'elles remplissent les exigences de qualité définies à l'art. 58g OAMal⁷ (let. e).

Art. 43 Organisations de dentistes

L'art. 43 définit les conditions d'admission des organisations de dentistes. Ce sont, par analogie, les mêmes que pour les organisations de chiropraticiens (art. 44a OAMal) ou de sages-femmes (art. 45a OAMal). Les organisations de dentistes doivent ainsi être admises en vertu de la législation du canton dans lequel elles exercent leur activité (let. a) et avoir délimité leur champ d'activité quant au lieu et à l'horaire de leurs interventions, aux prestations qu'elles fournissent et aux personnes à qui elles les fournissent (let. b). Elles doivent les fournir en recourant à des personnes qui remplissent les conditions de l'art. 42, let. a et b OAMal (let. c), disposer des équipements nécessaires aux prestations qu'elles fournissent (let. d) et prouver qu'elles remplissent les exigences de qualité définies à l'art. 58g OAMal⁸ (let. e).

Art. 59, al. 3 Facturation des analyses

Pour les motifs exposés plus haut, il importe de compléter l'art. 59 OAMal par une réserve supplémentaire à l'al. 3 concernant les tarifs des forfaits par patient dans le secteur ambulatoire (art. 43, al. 5 à 5^{quater}, LAMal).

Art. 100, al. 2 Changement d'assurance en cours d'année

La notion d'« assurance ordinaire » est rayée de l'art. 100, al. 2. Il est précisé en outre que seuls les assurés ayant opté pour une assurance avec libre choix des fournisseurs de prestations peuvent passer en tout temps à une assurance limitant ce choix. Il est garanti ainsi que seules ces personnes – qui peuvent aussi être au bénéfice d'une franchise à option – peuvent opter en cours d'année, auprès du même assureur, pour un modèle avec choix limité des fournisseurs de prestations.

Art. 106c, al. 1 Obligation de communiquer le montant des versements de compensation

Une nouvelle phrase vient compléter cet alinéa. Elle précise que l'assureur communique au canton, outre le montant de la prime approuvée, celui du versement de compensation visé à l'art. 26, al. 4, OSAMal.

3.2 Ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31)

Art. 4a, al. 1 Organisations de pharmaciens

Le nouvel art. 41 OAMal relatif aux organisations de pharmaciens nécessite, de la part du DFI, une adaptation de l'art. 4a, al. 1, OPAS afin que ces organisations y soient elles aussi mentionnées. En revanche, le nouvel art. 43 OAMal relatif aux organisations de dentistes ne nécessite pas d'adaptation des art. 17 à 19b OPAS concernant les traitements dentaires.

⁷ Pour les exigences de qualité définies à l'art. 58g, cf. Rapport explicatif du 23 juin 2021 relatif à la modification de l'OAMal et de l'OPAS, pp. 24-26.

⁸ Pour les exigences de qualité définies à l'art. 58g, cf. Rapport explicatif du 23 juin 2021 relatif à la modification de l'OAMal et de l'OPAS, pp. 24-26.

4 Conséquences

4.1 Conséquences pour la Confédération

Organisations de pharmaciens et organisations de dentistes

L'inclusion des organisations de pharmaciens et des organisations de dentistes permet que tous les fournisseurs de prestations ambulatoires admis à pratiquer à la charge de l'AOS en tant que personnes physiques puissent l'être aussi en tant qu'organisation. Cette inclusion n'entraîne aucune conséquence pour la Confédération.

Facturation des analyses

Le complément ajouté à l'art. 59, al. 3, OAMal, selon lequel les analyses comprises dans les forfaits par patient visés aux art. 43, al. 5 à 5^{quater}, LAMal ne doivent pas être facturées séparément, peut contribuer à freiner les coûts. En effet, avec l'encouragement des forfaits pour le domaine ambulatoire, on peut s'attendre à moyen terme à un effet général de frein aux coûts pour l'AOS. On peut par conséquent se référer à l'application en cours du volet 1a des mesures visant à freiner la hausse des coûts en ce qui concerne lesdits forfaits pour ce qui est des conséquences financières et des effets sur l'état du personnel (pour la Confédération, mais aussi pour les autres acteurs).

Changement d'assurance en cours d'année

Cette modification n'entraîne aucune conséquence pour la Confédération. Pour les assurés, en revanche, une mesure est prise qui leur permet, par exemple en cas d'événements imprévus (déménagement dans une région où le montant des primes est plus élevé, chômage, formation continue, etc.) de passer en cours d'année à une assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations, plus avantageuse pour eux.

Obligation de communiquer le montant des versements de compensation

Cette modification n'entraîne aucune conséquence pour la Confédération.

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

Organisations de pharmaciens et organisations de dentistes

L'inscription dans l'OAMal des organisations de pharmaciens et des organisations de dentistes permet aux cantons d'admettre également ces organisations à pratiquer en tant que fournisseurs de prestations à la charge de l'AOS. Il ne devrait en résulter aucune conséquence pour les cantons et les communes, ni pour les centres urbains, les agglomérations et les régions de montagne.

Facturation des analyses

Cette modification n'entraîne aucune charge supplémentaire pour les cantons, car le droit actuel leur confère déjà la compétence d'approuver les conventions tarifaires cantonales en vigueur. Les autorités cantonales sont également déjà familiarisées avec la réglementation spéciale applicable dans le droit en vigueur à la facturation des traitements hospitaliers stationnaires visés à l'art. 49 LAMal. Il leur faudra donc

uniquement veiller à ce que les avantages éventuels soient pris en compte dans la tarification forfaitaire et que le régime tarifaire soit clairement défini. Aucune conséquence ne devrait en résulter pour les communes, les centres urbains, les agglomérations et les régions de montagne.

Changement d'assurance en cours d'année

Les cantons déterminent, dans les limites du cadre légal fédéral (art. 65 LAMal et art. 10, al. 3, let. d, de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI [LPC ; RS 831.30]), pour qui et dans quelles proportions ils réduisent les primes. La disposition citée de la LPC prévoit que la prime effective peut être réduite à raison de 100 % au maximum, ce que font quelques cantons. Autre mesure, un canton accorde un bonus aux assurés qui concluent une assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations. Il faut par conséquent que l'assureur communique la nouvelle prime au canton afin que celui-ci puisse modifier le montant de la réduction de primes. Le changement d'assurance en cours d'année a donc des conséquences à cet égard pour les cantons.

Pour les communes, les centres urbains, les agglomérations et les régions de montagne, en revanche, aucune conséquence ne devrait en résulter.

Obligation de communiquer le montant des versements de compensation

Cette modification d'ordonnance a été demandée par les cantons. Elle leur permettra de tenir compte du montant des versements de compensation dans le calcul de la réduction de primes, si leur législation le prévoit.

Aucune conséquence ne devrait en résulter pour les communes, les centres urbains, les agglomérations et les régions de montagne.

4.3 Conséquences pour l'économie

Organisations de pharmaciens et organisations de dentistes

L'inscription dans l'OAMal des organisations de pharmaciens et des organisations de dentistes est avant tout une question structurelle qui regarde les fournisseurs de prestations. Elle ne vise pas à faire augmenter le volume des prestations à la charge de l'AOS. Il ne faut donc en attendre aucun coût supplémentaire. Au contraire, les personnes qui travailleront pour ces organisations seront soumises aux mêmes conditions que si elles pratiquaient à titre indépendant, ce qui correspond à la réglementation applicable aux autres organisations de fournisseurs de prestations.

Facturation des analyses

Les conséquences financières éventuelles concernent avant tout les frais initiaux liés à l'introduction des forfaits par patient, tant pour les partenaires tarifaires que pour les autorités compétentes. C'est pourquoi on peut se référer à l'application en cours du volet 1a des mesures visant à freiner la hausse des coûts en ce qui concerne les forfaits pour le secteur ambulatoire.

Changement d'assurance en cours d'année

La nouvelle possibilité de passer en cours d'année d'une assurance avec libre choix des fournisseurs de prestations à une assurance limitant ce choix a des

conséquences avant tout pour les assurés qui en profitent, car ils peuvent ainsi diminuer la charge que représentent les primes. Les assurances avec choix limité des fournisseurs de prestations baissent en effet les coûts et permettent une meilleure coordination.

Obligation de communiquer le montant des versements de compensation

Cette modification n'entraîne aucune conséquence pour l'économie.

4.4 Conséquences sociales, environnement et autres

Aucune de ces dispositions ne devrait avoir de conséquences pour la société.

5 Aspects juridiques

5.1 Compatibilité avec les obligations internationales de la Suisse

Les présentes modifications de l'OAMal n'entraînent aucune conséquence notable en dehors de la Suisse.

5.2 Délégation de compétences législatives

L'inscription dans l'OAMal des art. 41 (organisations de pharmaciens) et 43 (organisations de dentistes) se fonde sur l'art. 36a LAMal, et celle de l'art. 59, al. 3, sur l'art. 42, al. 3, LAMal. La modification de l'art. 100, al. 2, se fonde sur l'art. 41, al. 4, LAMal, et celle de l'art. 106c, al. 1, sur l'art. 65 LAMal (ainsi que sur les art. 14 LSAMal et 26 OSAMal).

5.3 Sous-délégation de compétences législatives

Le nouvel art. 41 OAMal relatif aux organisations de pharmaciens nécessite, de la part du DFI, une modification de l'art. 4a, al. 1, OPAS. Celle-ci se fonde sur l'art. 33, let. b, OAMal.

Le nouvel art. 106c, al. 1, OAMal concernant l'obligation de communication nécessitera, après l'entrée en vigueur de la présente ordonnance, une modification de l'ordonnance du DFI du 13 novembre 2012 sur l'échange de données relatif à la réduction des primes (OEDRP-DFI ; RS 832.102.2).

Il n'est pas prévu de sous-délégation de compétences législatives pour la modification concernant la facturation des analyses ni pour celle concernant le changement d'assurance en cours d'année.

6 Entrée en vigueur

Les présentes modifications devraient entrer en vigueur le 1^{er} juillet 2024.