



16.312

Initiative déposée par un canton

**Exécution de l'obligation de payer les primes. Modification
de l'art. 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie**

**Rapport explicatif de la Commission de la sécurité sociale et de la santé
publique du Conseil des États**

du 25 mai 2020

Condensé

Lorsqu'un assuré ne paie pas ses primes et participations aux coûts dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins et qu'un acte de défaut de biens est établi à l'issue d'une procédure de poursuite, le canton prend en charge 85 % des créances arriérées. De 2012 à 2018, les cantons ont ainsi payé près de deux milliards de francs pour des créances arriérées.

Dans l'ensemble, le nouveau régime en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 a fait ses preuves. Il doit toutefois être amélioré à plusieurs égards. Il s'agit de trouver une solution équilibrée qui tienne compte des souhaits des cantons, des assurés, des assureurs et des fournisseurs de prestations :

- *Les mineurs ne doivent plus être eux-mêmes débiteurs de primes ou de participations aux coûts ; ce sont leurs parents qui doivent assumer cette responsabilité. Cela permettra d'éviter que des jeunes doivent régler des dettes de primes, une fois majeurs.*

- *Les assureurs ne doivent pas pouvoir engager contre le même assuré plus de quatre procédures de poursuite par année. Cette mesure permettra d'éviter des charges administratives élevées, sans pour autant imposer des restrictions excessives aux efforts de recouvrement des assureurs.*

- *Les cantons doivent abandonner les listes de mauvais payeurs, pour lesquels les assurances ne prennent en charge que les prestations relevant de la médecine d'urgence. Il n'a pas pu être établi dans la pratique que ces listes permettaient d'inciter les assurés qui pouvaient, mais ne voulaient pas, payer leurs primes, à changer leur comportement. En revanche, le risque que la fourniture de soins de base aux groupes de population socialement et économiquement faibles, y compris aux enfants, soit compromise s'est révélé bien réel. Une minorité de la commission souhaite maintenir la possibilité de tenir une liste des assurés en retard de paiement et de suspendre la prise en charge des prestations pour ces derniers. Elle propose cependant de définir la notion de prestation de médecine d'urgence dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie.*

- *Les assurés pour lesquels un acte de défaut de biens a été établi en raison du non-paiement de primes ou de participations aux coûts doivent passer à une forme d'assurance avec un choix limité de fournisseurs de prestations (par ex. au modèle du médecin de famille). Les réductions de primes obtenues grâce à ce changement peuvent atteindre 20 % par rapport à une assurance prévoyant le libre choix du médecin et de l'hôpital. Les assurés concernés ne pourront changer d'assureur ou de forme d'assurance que s'ils ont réglé leurs dettes ou si le canton reprend l'acte de défaut de biens (cf. ci-dessous).*

- *S'agissant de la gestion des actes de défaut de biens, il existera désormais deux possibilités : 1) comme jusqu'à présent, le canton prend en charge 85 % des créances arriérées. L'assureur conserve l'acte de défaut de biens et rétrocède au canton 50 % des éventuels paiements ultérieurs de l'assuré. 2) Le canton prend en charge 90 % des créances arriérées, reprend l'acte de défaut de biens et devient lui-*

même créancier. Les cantons ayant une meilleure vue d'ensemble de la situation financière des assurés en retard de paiement, ils sont mieux à même d'évaluer comment ceux-ci peuvent régler leurs dettes.

Table des matières

Condensé	2
1 Genèse du projet	5
1.1 Droit en vigueur	5
1.2 Initiative déposée par le canton de Thurgovie et travaux de la CSSS-E	5
2 Contexte	7
2.1 Évolution des arriérés de paiement	7
2.2 Listes des assurés en retard de paiement	10
2.2.1 L'effet escompté ne s'est pas produit	10
2.2.2 Que faut-il entendre par « prestations relevant de la médecine d'urgence » ?	13
2.3 Nombre de poursuites	14
2.4 Conventions de cession entre cantons et assureurs	15
2.5 Interventions parlementaires dont les exigences sont remplies par le projet	15
3 Grandes lignes du projet législatif	15
3.1 Proposition de minorité	17
4 Commentaire des dispositions	17
5 Conséquences	26
5.1 Conséquences financières et effets sur l'état du personnel	26
5.2 Autres conséquences	26
5.3 Applicabilité	26
6 Relation avec le droit européen	27
7 Aspects juridiques	27
7.1 Constitutionnalité et légalité	27
7.2 Délégation de compétences législatives	28
7.3 Forme de l'acte à adopter	28

Rapport

1 Genèse du projet

1.1 Droit en vigueur

La dernière modification de la réglementation relative au non-paiement des primes et des participations aux coûts (art. 64a LAMal) remonte au 19 mars 2010. Elle reposait pour l'essentiel sur un accord entre le Département fédéral de l'intérieur, la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et santésuisse (association faîtière des assureurs-maladie), dont les principaux éléments sont les suivants :

- la procédure suivie en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts est réglée ;
- le canton prend en charge 85 % des créances ayant donné lieu à un acte de défaut de biens (al. 4) ;
- en contrepartie, l'assureur renonce en principe à suspendre la prise en charge des prestations ;
- il conserve l'acte de défaut de biens et rétrocède au canton 50 % des éventuels paiements ultérieurs de l'assuré (al. 5) ;
- l'assuré ne peut pas changer d'assureur tant qu'il est en retard de paiement (al. 6).

Lors de ses délibérations, le Parlement a en outre décidé d'autoriser les cantons à tenir une liste des assurés qui ne paient pas leurs primes malgré les poursuites, liste à laquelle n'ont accès que les fournisseurs de prestations, la commune et le canton. L'assureur suspend la prise en charge des prestations fournies à ces assurés, à l'exception de celles relevant de la médecine d'urgence (art. 64a, al. 7, LAMal).

Parallèlement, le Parlement a imposé aux cantons de verser le montant de la réduction de primes directement aux assureurs (art. 65, al. 1, LAMal). La loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC¹) a également été modifiée de telle sorte que le montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins prévu par la LPC soit aussi versé directement à l'assureur.

Le Conseil fédéral a réglé l'application (art. 105a à 106e de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, OAMal²) et mis en vigueur la modification de la loi au 1^{er} janvier 2012.

1.2 Initiative déposée par le canton de Thurgovie et travaux de la CSSS-E

Le 30 mai 2016, le canton de Thurgovie a déposé une initiative demandant à la Confédération de compléter l'art. 64a, al. 4, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie pour lui donner la teneur suivante : « Le canton prend en charge 85 % des

¹ RS 831.30

² RS 832.102

créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3. Si le canton prend en charge 90 % de ces créances, l'assureur lui transmet la gestion de l'acte de défaut de biens ou du titre équivalent. Cette transmission équivaut à un changement de créancier. Le canton indique à l'assuré le changement de créancier. L'al. 5 ne s'applique pas dans ce cas ». Dans le développement de son initiative, le canton de Thurgovie a fait valoir que l'introduction de l'art. 64a LAMal (cf. ch. 1.1) avait manifestement réduit significativement l'intérêt que les assureurs pouvaient avoir à encaisser efficacement les primes-maladie et a souligné qu'il était extrêmement gênant pour les services compétents du canton de Thurgovie de se trouver dans l'obligation de prendre en charge une dette sans pouvoir influencer sur son recouvrement.

Le 13 février 2017, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (CSSS-E) a entendu une délégation du canton de Thurgovie. Le 28 mars 2017, elle a décidé, par 6 voix contre 0 et 5 abstentions, de donner suite à l'initiative du canton. La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) s'est ralliée à cette décision par 16 voix contre 6 et 1 abstention le 25 janvier 2018. Le 2 mars 2018, l'initiative a été réattribuée au Conseil des États, et donc à la CSSS-E, en vue de l'élaboration d'un projet d'acte (art. 117, al. 1, LParl³). À cet effet, la commission a fait appel à des experts de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), conformément à l'art. 112, al. 1, de la loi sur le Parlement.

Le cas, relaté par les médias au printemps 2018, du décès d'un homme séropositif qui figurait sur la liste noire des mauvais payeurs de primes maladie du canton des Grisons ainsi qu'un arrêt du Tribunal des assurances du canton de Saint-Gall portant sur l'interprétation de la notion de « prestations relevant de la médecine d'urgence »⁴ ont été à l'origine de nombreuses interventions parlementaires⁵, notamment d'une motion intitulée « Listes noires. Définition de la médecine d'urgence » (18.3708), déposée par la CSSS-N le 6 juillet 2018. Cette dernière chargeait le Conseil fédéral de présenter un projet de modification de la LAMal qui prévoie de compléter l'art. 64a, al. 7, par une obligation faite aux cantons de définir les prestations relevant de la médecine d'urgence. Le 19 septembre 2018, le Conseil national a adopté la motion sans opposition.

C'est dans ce contexte que la CSSS-E a décidé, le 16 octobre 2018, d'auditionner des représentants de la CDS ainsi que de santéuisse et de curafutura, les deux associations faîtières des assureurs. Dans le sillage de ces auditions, qui ont eu lieu le 17 janvier 2019, la CSSS-E a chargé l'administration d'élaborer un avant-projet destiné à améliorer l'ensemble de la procédure en cas de non-paiement des primes.

³ Loi sur le Parlement (RS **171.10**)

⁴ Arrêt du Tribunal des assurances du canton de Saint-Gall du 26 avril 2018, KSCHG 2017/5 ; cf. aussi ch. 2.2.2.

⁵ 18.3400 n Ip. de la Reussille. Mourir en 2018 en Suisse par manque de soins ; 18.3643 n Mo. Barrile. Article 64a alinéa 7 LAMal. Abolition des listes noires ; 18.5269 Ques. Ruiz Rebecca. Assurance maladie et listes noires. Jusqu'à quand va-t-on laisser mourir des patients ? ; 18.5278 Ques. Heim. Assurance-maladie et listes noires. Aucun résultat à part des frais, du travail supplémentaire et des situations humaines problématiques ; 18.5296 Ques. Feri Yvonne. Primes d'assurance-maladie. Paiement sous forme de retenue de salaire ; 18.5297 Ques. Barrile. Assurance-maladie. Les listes noires peuvent tuer. Cela ne contredit-il pas l'esprit de la Constitution et de la LAMal ?

La commission a examiné l'avant-projet à sa séance du 29 octobre 2019 et chargé l'administration de le compléter.

Lors de la même séance, la commission a examiné deux motions de même teneur du Conseil national qui portent également sur la question des primes impayées (motions 17.3323 et 18.4176). Ces interventions chargent le Conseil fédéral de présenter les modifications légales nécessaires afin que les parents restent les débiteurs des primes d'assurance-maladie impayées des enfants dont ils ont l'obligation d'assurer l'entretien lorsque leur obligation d'entretien s'éteint. Sur proposition de la commission, le Conseil des États a adopté les deux motions le 4 décembre 2019, sans opposition. Afin d'éviter les doublons dans les travaux législatifs, l'administration a intégré, de concert avec la commission, les dispositions correspondantes dans l'avant-projet faisant l'objet du présent rapport.

La CSSS-E a examiné l'avant-projet remanié et complété à sa séance du 25 mai 2020. Elle l'a approuvé à l'unanimité et a décidé de le mettre en consultation, accompagné du rapport explicatif.⁶

2 Contexte

2.1 Évolution des arriérés de paiement

La dernière révision de l'art. 64a LAMal (cf. ch. 1.1) a permis de résoudre le problème posé par le fait que les factures impayées s'accumulaient chez les fournisseurs de prestations parce que les assureurs suspendaient par principe la prise en charge des prestations aux assurés en retard de paiement. Ce nouveau régime, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012, a cependant eu pour effet de faire augmenter constamment la charge financière des cantons.

En 2018, quelque 166 000 assurés avaient un arriéré de paiement pour lequel l'assureur avait obtenu un acte de défaut de biens et le canton avait pris en charge la créance à hauteur de 85 %. Les cantons ont payé à ce titre aux assureurs quelque 385 millions de francs⁷. De 2012 à 2018, ils leur ont payé quelque 1,984 milliard de francs pour des créances arriérées⁸.

Dans certains cantons, la prise en charge de 85 % des créances est financée à la charge du crédit pour la réduction des primes⁹. Aux termes de la LAMal, les cantons sont tenus d'accorder une réduction de primes aux assurés de condition économique

⁶ Pour permettre la poursuite des travaux, le Conseil des États a décidé, le 3 juin 2020, par 29 voix contre 3 et 1 abstention, de prolonger le délai imparti pour le traitement de l'initiative.

⁷ Statistique de l'assurance-maladie obligatoire, tableau 4.10, 2018, OFSP

⁸ Statistique de l'assurance-maladie obligatoire, tableau 4.11, 2018, OFSP

⁹ Cf., par exemple, la réponse du 27 février 2018 donnée par le Conseil d'État du canton de Soleure au mandat non partisan visant la suppression de la liste noire des assurés en retard de paiement : le gouvernement soleurois y précise que, depuis l'entrée en vigueur de l'art. 64a révisé de la LAMal au 1^{er} janvier 2012, le canton doit obligatoirement prendre en charge 85 % des primes ou des participations de frais n'ayant pas été payées, lorsqu'elles font l'objet d'un acte de défaut de biens. Pour l'année 2017, il indique que des coûts additionnels de 9,5 millions de francs ont de ce fait dû être imputés au crédit pour la réduction des primes.

modeste (art. 65, al. 1, LAMal). La Confédération leur accorde des subsides annuels destinés à ces réductions de primes (art. 66 LAMal). Les cantons ne sont pas autorisés à les utiliser à d'autres fins. Pour réduire les primes d'assurance-maladie, les cantons mettent toutefois aussi à disposition des fonds provenant de leur propre budget. Ils sont dès lors libres d'affecter une partie de ces moyens à la prise en charge de créances impayées. La Confédération ne dispose pas de chiffres à ce sujet.

L'OFSP a interrogé les assureurs sur leurs rétrocessions aux cantons en vertu de l'art. 64a, al. 5, LAMal. Il ressort de cette enquête qu'en 2016, les assureurs ont rétrocédé quelque 9 millions de francs aux cantons. Ce montant représente environ 3 % de la somme que ces derniers ont payée cette année-là (305 millions de francs). Depuis 2013, les rétrocessions augmentent légèrement d'année en année. De 2012 à 2016, les assureurs ont rétrocédé au total quelque 20 millions de francs aux cantons. Cela correspond à près de 2 % des charges des cantons à ce titre (1,250 milliard de francs jusqu'à fin 2016).

Ces données permettent d'estimer la perte subie par les assureurs en 2016 : comme les cantons leur ont payé environ 305 millions de francs (= 85 %), il est vraisemblable que les assureurs détenaient encore quelque 53 millions de francs (= 15 %) des créances impayées. Et comme les assureurs doivent rétrocéder aux cantons 50 % des dettes qui leur sont remboursées et que ces rétrocessions se sont montées à environ 9 millions de francs, les assureurs ont vraisemblablement pu encaisser le même montant. Au final, leur perte peut donc être estimée à 44 millions de francs (53 millions – 9 millions). Ces chiffres sont vérifiés par les organismes de révision des assureurs et, le cas échéant, des cantons.

Tableau 1

Paielements des cantons pour les cessations de paiements en souffrance dans l'AOS depuis 2013, en millions de francs¹

Canton	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ZH	33.8	37.8	38.5	40.1	45.9	48.3
BE	29.6	25.7	34.6	35.0	36.1	42.1
LU	2.3	0.3	5.8	6.7	6.6	7.7
UR	-	-	0.2	0.3	0.3	0.4
SZ	0.2	1.0	2.0	2.3	2.4	2.6
OW	0.0	0.2	0.2	0.3	0.3	0.4
NW	0.0	0.2	0.3	0.4	0.5	0.5
GL	0.7	1.2	1.4	1.2	0.0	1.3
ZG	-	-	-	-	-	-
FR	8.3	9.4	12.2	12.7	13.0	14.6
SO	-	-	-	9.3	11.8	13.4
BS	1.0	7.9	13.2	12.7	12.2	14.6
BL	6.1	9.8	12.8	9.1	12.9	12.7
SH	0.1	1.1	2.1	2.1	2.6	2.6
AR	0.5	0.7	1.0	1.0	1.0	1.2
AI	0.02	0.02	0.03	0.0	0.03	0.04
SG	6.0	5.9	10.4	14.9	14.8	16.2
GR	0.3	1.4	2.8	2.9	2.9	3.3
AG	11.2	7.8	15.4	16.0	14.8	16.4
TG	1.8	1.8	2.0	2.0	3.2	3.2
TI	9.4	6.1	12.2	16.7	17.1	19.2
VD	37.8	45.5	44.7	46.6	44.2	51.3
VS	10.5	12.2	15.4	16.1	18.8	20.8
NE	10.5	12.4	13.7	15.0	15.7	18.4
GE	50.4	44.2	40.1	37.4	65.3	69.4
JU	2.3	3.9	3.6	4.3	4.1	5.0
CH²	223.0	236.6	284.7	305.4	346.5	385.3

1) Primes et participations aux coûts ainsi qu'intérêts de retard et frais de poursuite (selon art. 64a LAMal et art. 105k OAMal) payés par les cantons aux assureurs. Depuis 2012, les cantons prennent en charge 85 % des créances pour les assurés pour lesquels un acte de défaut de biens a été émis.

2) Données incomplètes dans certains cantons et donc aussi pour CH (italique).

Source : Statistique de l'assurance-maladie obligatoire, tableau 4.11, 2018, OFSP

2.2 Listes des assurés en retard de paiement

2.2.1 L'effet escompté ne s'est pas produit

Les cantons peuvent tenir une liste des assurés qui ne paient pas leurs primes. Les assureurs suspendent la prise en charge des prestations fournies à ces assurés, à l'exception de celles relevant de la médecine d'urgence (art. 64a, al. 7, LAMal). L'OFSP a interrogé les assureurs pour déterminer combien d'assurés étaient touchés par une telle mesure de suspension. Il n'a pas obtenu de chiffres complets mais a néanmoins pu estimer, sur la base des données des assureurs ayant fourni des chiffres complets, que le nombre d'assurés concernés en 2017 s'élevait à 25 780¹⁰. Un représentant de santésuisse a indiqué à la CSSS-E que le nombre de personnes figurant sur des listes était de 28 254 au 1^{er} janvier 2018 et de 35 734 au 1^{er} janvier 2019¹¹.

Le but de ces listes est d'accroître la pression sur les assurés qui peuvent, mais ne veulent pas payer. Toutefois, rien n'indique jusqu'ici que le but visé sera atteint (cf. aussi tableau 1).

Sur mandat de la CSSS-E, l'OFSP a cherché à déterminer s'il existait un rapport entre le montant des arriérés de paiement et le fait de tenir une liste des assurés ne payant pas leurs primes. Il a notamment évalué si les cantons qui avaient introduit une telle liste avaient pu réduire leurs paiements aux assureurs. Pour ce faire, il a comparé les paiements des cantons disposant d'une liste avec ceux des cantons n'en ayant pas, tout en tenant compte du fait que les cantons n'avaient pas tous introduit leur liste au même moment. L'OFSP a donc comparé l'augmentation moyenne des arriérés en pour cent sur différentes périodes (2009-2017 ; 2012-2017 ; 2014-2017 ; 2015-2017). Il est parvenu à la conclusion que l'augmentation sur toutes ces périodes était plus marquée dans les cantons ayant une liste que dans ceux qui n'en avaient pas, ce qui signifie qu'une corrélation entre l'existence d'une liste et le montant des arriérés n'a pas pu être prouvée.

Le canton de Zurich, qui a renoncé à introduire une liste des personnes en retard dans le paiement de leurs primes, est parvenu à la même conclusion en 2015. Il a en effet pris sa décision définitive sur la base d'une étude¹² du cabinet bâlois B, S, S. d'octobre 2015, selon laquelle, aux termes du communiqué de presse de la direction de la santé publique du canton de Zurich¹³, les différences dans le comportement de paiement des assurés entre les cantons avec liste et les cantons sans liste n'étaient pas statistiquement significatives. Selon les critères d'analyse – par exemple en fonction de l'assureur considéré – les cantons sans liste obtenaient même de meilleurs résultats que les cantons avec liste. Les auteurs de l'étude étaient parvenus à la conclusion que l'établissement d'une liste des assurés mauvais payeurs entraînait incontestablement des coûts, alors que son utilité ne pouvait pas être prouvée.

¹⁰ Statistique de l'assurance-maladie obligatoire, tableau 7.11, OFSP, 2017

¹¹ Source : Sasis AG

¹² B, S, S. Volkswirtschaftliche Beratung AG, Untersuchung über die Entwicklung der nichtbezahlten Krankenkassenprämien im Kanton Zürich, Schlussbericht, Bâle, 14 octobre 2015

¹³ Communiqué de presse de la Direction de la santé publique du canton de Zurich du 7 décembre 2015, «Liste säumiger Prämienzahler: Nutzen kann nicht belegt werden»

Au 1^{er} janvier 2020, sept cantons tenaient une liste des assurés mauvais payeurs : AG, LU, SG, SH, TG, TI et ZG. Les cantons concernés ont introduit leur liste respectivement en

- 2007 : TG ;
- 2012 : LU, SH, TI et ZG ;
- 2014 : AG ;
- 2015 : SG.

Les cantons des Grisons (de 2014 à 2018) et de Soleure (de 2012 à 2019) avaient eux aussi tenu une telle liste.

Le canton de Thurgovie est un ardent défenseur du système de liste, qu'il combine avec un mécanisme de gestion des dossiers par les communes. Selon le gouvernement cantonal, cela permet de garantir que toutes les personnes mises sur la liste sont contactées sans délai et encadrées de très près en fonction de leurs besoins individuels¹⁴. Le gouvernement ajoute que l'établissement d'actes de défaut de biens peut ainsi souvent être empêché, de même que l'endettement de longue durée qui s'ensuit. Le canton de Thurgovie est le seul à inscrire aussi des mineurs sur la liste. Dans une réponse donnée à l'occasion de l'heure des questions du 16 septembre 2019 au Conseil national, le Conseil fédéral a estimé que les restrictions d'accès aux prestations médicales qui découlent du système étaient contraires à la Convention relative aux droits de l'enfant¹⁵. Le gouvernement thurgovien a rétorqué que la mesure avait précisément pour but d'identifier rapidement les mineurs dont les primes d'assurance-maladie n'étaient plus payées et d'intervenir afin que la couverture par l'assurance-maladie puisse être rétablie.¹⁶

En février 2018, M. Paolo Beltraminelli, alors directeur du Département de la santé et des affaires sociales du canton du Tessin, a lui aussi défendu la solution mise en œuvre par son canton, estimant qu'elle s'était révélée appropriée tant du point de vue de la prévention, notamment grâce à l'excellente collaboration avec les communes, qu'en ce qui concerne les sanctions qu'elle permettait d'imposer. Il a souligné que ce système était un moyen de distinguer les assurés qui ne voulaient pas payer de ceux qui ne pouvaient pas et de mieux encadrer ces derniers¹⁷. La position de M. Beltraminelli se fondait, entre autres, sur une étude¹⁸ de la Haute école spécialisée de la Suisse italienne (SUPSI) relative au profil des assurés ayant du retard dans le paiement de leurs primes d'assurance-maladie.

¹⁴ Communiqué du gouvernement du 27 septembre 2019, «Verzicht auf Anpassung der Verordnung zum Krankenversicherungsgesetz»

¹⁵ 19.5420 Ques. Graf-Litscher. Des enfants sur les listes des mauvais payeurs des primes d'assurance-maladie. Sanctionner les enfants pour les problèmes de paiement de leurs parents ?

¹⁶ Communiqué du gouvernement du 27 septembre 2019, «Verzicht auf Anpassung der Verordnung zum Krankenversicherungsgesetz»

¹⁷ Assicurati sospesi dalle prestazioni LAMal: Analisi qualitativa, Conferenza stampa, Bellinzona, 8 febbraio 2018, Dipartimento della sanità e della socialità

¹⁸ Maurizio Bigotta, Anna Bracci, Spartaco Greppi, Assicurati sospesi dalle prestazioni LAMal: profilo e fattori di rischio, Ricerca fatta su richiesta dell'Istituto delle assicurazioni sociali, Rapporto finale, gennaio 2018

Dans d'autres cantons, l'opportunité de la liste a été discutée, puis reconnue dans le contexte d'interventions parlementaires. En octobre 2018, le Grand Conseil lucernois a ainsi rejeté un postulat demandant la suppression de la liste noire¹⁹ et, en novembre 2018, le Grand Conseil saint-gallois a refusé d'entrer en matière sur une motion exigeant là aussi la suppression de la liste noire²⁰.

En août 2018, le Conseil d'État du canton d'Argovie a annoncé une évaluation de la liste des mauvais payeurs ; il a estimé qu'il était encore trop tôt pour un bilan coût-utilité définitif, étant donné que l'effet de nouvelles mesures d'accompagnement ne pouvait pas encore être apprécié.²¹ Le Conseil d'État du canton de Schaffhouse, pour sa part, a promis, le 15 mai 2018, d'examiner la possibilité de supprimer la liste, ou de la maintenir mais sous une forme différente²². Quant au directeur de la santé publique du canton de Zoug, qui s'est exprimé à ce sujet au nom du gouvernement devant le Grand Conseil en décembre 2018, il a suggéré d'attendre de voir comment les choses évolueraient au niveau fédéral avant de se pencher sur le sujet, le cas échéant²³.

D'autres cantons ont au contraire décidé d'abandonner la liste. Le canton des Grisons l'a ainsi supprimée au 1^{er} août 2018. Pour justifier sa décision, le Conseil d'État a expliqué que la liste des assurés en retard de paiement n'avait pas, tout comme dans d'autres cantons, permis d'obtenir l'effet souhaité. Selon lui, la plupart des assureurs négligeaient d'annoncer les procédures de poursuite à l'Office des assurances sociales du canton, ce qui avait pour conséquence que les assurés en retard de paiement n'étaient pas inscrits sur la liste noire et ne subissaient donc pas la pression souhaitée pour les inciter à payer leurs primes puisqu'ils ne pouvaient pas être sanctionnés. Il a ajouté que les différences de pratique entre les assureurs-maladie provoquaient des inégalités de traitement entre les assurés en retard de paiement²⁴.

Le 11 septembre 2019, le Grand Conseil du canton de Soleure a décidé, d'entente avec le gouvernement, de supprimer la liste à fin 2019, mettant ainsi en œuvre une décision de 2018. Le Conseil d'État était parvenu à la conclusion que la liste compromettait l'accès de groupes de population économiquement ou socialement faibles aux soins médicaux de base. Selon lui, les chiffres disponibles n'indiquaient en rien que la liste incitait effectivement les assurés à payer leurs primes plus régulièrement,

¹⁹ Procès-verbal de la séance du Grand Conseil du 23 octobre 2018, postulat Zemp Baumgartner Yvonne et cosignataires relatif à la suppression de la liste noire des assurés ne payant pas leurs primes / Département de la santé publique et des affaires sociales (P 573)

²⁰ Canton de Saint-Gall, Grand Conseil, session de novembre 2018, motion «Schwarze Liste abschaffen» (42.18.11)

²¹ Avis du Conseil d'État du canton d'Argovie du 15 août 2018 concernant la motion du groupe socialiste (porte-parole Gabriela Suter, Aarau) du 15 mai 2018 relative à la suppression de la liste noire des personnes ne payant pas leurs primes d'assurance-maladie (18.96 ; rejet et reprise sous forme de postulat)

²² Réponse du Conseil d'État du canton de Schaffhouse du 15 mai 2018 à la question simple 2018/5 concernant l'abolition de la liste noire des mauvais payeurs

²³ Procès-verbal de la séance du Grand Conseil du 13 décembre 2018, interpellation du groupe socialiste relative au rapport coût/utilité de la « liste noire » des personnes ne payant pas les primes ou les prestations de leur assurance-maladie

²⁴ Communiqué du gouvernement du 21 juin 2018, cf. aussi : <https://www.gr.ch/DE/Medien/Mitteilungen/MMStaka/2018/Seiten/2018062101.aspx>

et il ne pouvait pas non plus être établi que le coût de la mesure était au moins compensé par les recettes générées.²⁵

Dans son avis du 24 février 2020, la Commission centrale d'éthique (CCE) de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) recommande de ne pas tenir de liste des assurés en retard de paiement. Elle estime qu'une suspension de la prise en charge des prestations, notamment pour les mineurs, n'est pas compatible avec les principes de la bienfaisance et de l'équité. En outre, les blocages de prestations représentent un danger non seulement pour la personne concernée, mais également, en cas de maladies infectieuses, pour la santé publique. Par ailleurs, selon la CCE, les divergences des interprétations de la notion de « prestations relevant de la médecine d'urgence » d'un canton à l'autre sont choquantes du point de vue éthique et juridique. Enfin, la CCE estime qu'il y a lieu d'examiner des instruments plus efficaces permettant, d'une part, de sanctionner les débiteurs de mauvaise foi et, d'autre part, d'identifier suffisamment tôt et de soutenir les personnes insolvable²⁶.

Lors de la pandémie de coronavirus et de la « situation extraordinaire » au sens de la loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (loi sur les épidémies)²⁷, le Conseil fédéral a décidé d'assouplir les conditions applicables à la prise en charge des coûts des prestations et, provisoirement, aux procédures de rappel et de poursuite. En outre, l'OFSP a prié les cantons concernés de renoncer à appliquer des listes de mauvais payeurs pendant la situation extraordinaire et, par tant, de ne pas suspendre la prise en charge des prestations pour ces personnes²⁸.

2.2.2 Que faut-il entendre par « prestations relevant de la médecine d'urgence » ?

Dans le cas des assurés figurant sur les listes des cantons, les assureurs ne prennent en charge que les prestations relevant de la médecine d'urgence et suspendent la prise en charge des autres prestations. Le Tribunal des assurances du canton de Saint-Gall a été appelé à trancher la question de l'interprétation de la notion de « prestations relevant de la médecine d'urgence » dans le cas d'un accouchement. Selon la position défendue par l'assureur, la notion de médecine d'urgence mentionnée à l'art. 64a, al. 7, LAMal devait obligatoirement être interprétée de manière restrictive. L'assureur estimait que les traitements pouvant être planifiés ou qui sont prévisibles longtemps à l'avance (notamment pour un accouchement) ne relevaient clairement pas de la médecine d'urgence. De l'avis du tribunal, cependant, la notion de médecine d'urgence ne devait pas être interprétée de manière aussi restrictive et il était adéquat de considérer comme prestation de médecine d'urgence au sens de l'art. 64a, al. 7, LAMal toute intervention relevant du devoir d'assistance médicale. Ce devoir exige en effet du personnel médical qu'il assiste les patients dans les

²⁵ Avis du Conseil d'État du 27 février 2018 au sujet du mandat interpartis visant la suppression des listes noires des mauvais payeurs [Nr. 2018/263; KR.Nr. A 0209/2017 (DDI)]

²⁶ Commission centrale d'éthique de l'Académie suisse des sciences médicales, « *Listes noires* » – *Blocages de prestations médicales pour absence de paiement des primes et de participation aux coûts*, 24.2.2020

²⁷ RS 818.101

²⁸ Lettre d'information « Adaptations pendant ce temps de situation extraordinaire » de l'OFSP du 26.3.2020 à l'intention des gouvernements cantonaux, des assureurs LAMal et des organes de révision

situations « d'urgence ». Le tribunal a considéré qu'une situation pouvait être jugée urgente, même si ce n'était pas une question de vie ou de mort, lorsque le patient a besoin de soins immédiatement et lorsque sa santé risquerait d'être sérieusement compromise en l'absence de soins. Dans le cas d'espèce, l'accouchement nécessitait une hospitalisation, qui ne pouvait être reportée au moment où la patiente s'est présentée à l'hôpital. Par ailleurs, le Tribunal a souligné qu'il serait contraire au principe de l'égalité de traitement garanti par la Constitution que chaque canton, voire chaque fournisseur de prestations, interprète la notion de « prestations relevant de la médecine d'urgence » de manière différente.

À la suite d'un décès survenu dans le canton des Grisons (cf. aussi ch. 1.1), la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) a relevé dans un avis du 13 août 2018 que les traitements antirétroviraux et les mesures médicales d'accompagnement des personnes atteintes du VIH entraînent, de son point de vue, dans les prestations de médecine d'urgence visées à l'art. 64a, al. 7, LAMal et que les assureurs ne devaient donc pas suspendre la prise en charge des coûts de ces prestations²⁹.

2.3 Nombre de poursuites

Le nombre de procédures de poursuite engagées par les assureurs dépasse de loin celui des actes de défaut de biens qui en résultent. En 2018, les assureurs ont mis aux poursuites quelque 421 000 assurés, la créance moyenne étant d'un peu plus de 2100 francs par poursuite.³⁰ Selon cette statistique, il s'écoule en moyenne près de deux ans entre la mise aux poursuites et l'établissement de l'acte de défaut de biens. Au cours de ces deux ans, environ deux tiers des arriérés de primes sont réglés. Pour le reste, les cantons prennent en charge 85 % des créances faisant l'objet d'un acte de défaut de biens. Les données sont incomplètes, car les chiffres fournis par certains assureurs sont lacunaires.

Les offices des poursuites de la ville de Zurich estiment que le nombre de poursuites engagées par les assureurs-maladie dans toute la Suisse se situe entre 700 000 et 1 million par année. Toutefois, selon eux, les procédures ne portent souvent que sur une, deux ou trois mensualités, ce qui fait augmenter les coûts inutilement. En effet, les assureurs cherchent non seulement à récupérer les primes impayées, mais facturent aussi les frais administratifs occasionnés. Sans compter les frais de procédure de 150 à 200 francs par poursuite, que les offices des poursuites sont obligés de facturer aux assureurs. Pour toutes ces raisons, les offices des poursuites de la ville de Zurich ont suggéré, lors d'une conférence de presse en mai 2019³¹, de faire en sorte que les assureurs-maladie ne puissent plus engager de poursuites à l'encontre d'un assuré en retard de paiement qu'une à deux fois par an au maximum.

²⁹ Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS), « La thérapie VIH : une prestation de médecine d'urgence au sens de l'art. 64a, al. 7, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie », 13 août 2018

³⁰ Statistique de l'assurance-maladie obligatoire, OFSP, 2018, tableau 7.11.

³¹ Conférence des préposés aux offices des poursuites de Zurich, communiqué de presse sur l'exercice 2018, mai 2019, chapitre «Neue Wege zur Senkung der Zahl der Krankenkassen-Betreibungen»

2.4 Conventions de cession entre cantons et assureurs

La solution demandée par le canton de Thurgovie dans son initiative – permettre aux assureurs de céder leurs actes de défaut de biens au canton – a déjà été testée dans la pratique. santésuisse a en effet conclu avec les cantons de Neuchâtel et de Bâle-Campagne une convention aux termes de laquelle les assureurs qui y adhèrent cèdent au canton leurs actes de défaut de biens pour 92 % de la créance qui y est inscrite.

Début 2016, santésuisse a écrit dans son magazine que cette cession présentait divers avantages : le canton a accès aux données fiscales des personnes et peut ainsi procéder plus efficacement au recouvrement des créances ; par ailleurs, les arriérés de paiement auprès de l'assureur sont effacés, si bien que l'assuré peut à nouveau changer d'assureur³².

Le canton de Bâle-Campagne a résilié la convention avec santésuisse au 31 décembre 2017. Dès 2018, il n'a donc plus racheté d'actes de défaut de biens aux assureurs pour les gérer lui-même. Il n'a pas publié de chiffres à ce sujet, mais a indiqué que la procédure de recouvrement par le canton n'avait pas généré de recettes suffisantes.

La convention avec le canton de Neuchâtel est encore en vigueur ; 27 assureurs y ont adhéré ; ensemble, ils assurent près d'un tiers des assurés du canton. À ce jour, aucun chiffre n'a été communiqué ou publié sur les recouvrements. Les responsables supposent qu'il est trop tôt pour tirer un bilan. Mais l'avantage immédiat d'une cession de ces créances réside pour eux dans le fait que les assurés peuvent à nouveau changer d'assureur. Le canton a aussi conclu une convention de ce type avec un assureur qui n'est pas membre de santésuisse, mais avec d'autres conditions : le niveau de la cession est échelonné selon l'ancienneté de l'acte de défaut de biens.

2.5 Interventions parlementaires dont les exigences sont remplies par le projet

Le projet remplit le mandat confié au Conseil fédéral par le Conseil national et le Conseil des États au moyen des motions de teneur identique « Non-paiement des primes d'assurance-maladie. Pour que les parents restent les débiteurs des primes de leurs enfants » (17.3323) et « LAMal. Les parents restent débiteurs des primes des enfants à charge » (18.4176), déposées respectivement par la conseillère nationale Bea Heim et le conseiller national Heinz Brand³³. Les deux motions peuvent par conséquent être classées.

3 Grandes lignes du projet législatif

Le but du projet législatif élaboré par la commission est d'améliorer l'ensemble de la procédure en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts. Soucieuse de trouver une solution équilibrée qui tienne compte des souhaits des cantons,

³² Infosantésuisse 1/2016, p. 12

³³ Cf. aussi ch. 1.2

des assurés, des assureurs et des fournisseurs de prestations, la commission propose, pour l'essentiel, les modifications suivantes :

- *Les mineurs ne sont plus eux-mêmes débiteurs de primes ou de participations aux coûts* : afin que les assurés mineurs ne soient pas eux-mêmes débiteurs des primes, ils doivent être assurés par le détenteur de l'autorité parentale ou par leur tuteur (art. 3 P-LAMal). Seuls leurs parents doivent assumer la responsabilité de leurs primes et participations aux coûts. Ainsi, l'assureur ne peut pas poursuivre un mineur en raison du non-paiement de primes. Cela vaut également lorsque l'enfant devient majeur (art. 61a et 64, al. 1^{bis}, P-LAMal).
- *poursuites* : les assureurs ne doivent pas pouvoir engager contre le même assuré plus de quatre procédures de poursuite par année. La limitation du nombre de poursuites à une par trimestre, par exemple, permettra de réduire les charges administratives, sans pour autant imposer des restrictions excessives aux efforts de recouvrement des assureurs (art. 64a, al. 2, P-LAMal) ;
- *plus de suspension de la prise en charge des prestations pour les assurés en retard de paiement* : les cantons doivent abandonner les listes de mauvais payeurs, pour lesquels les assurances ne prennent en charge que les traitements relevant de la médecine d'urgence. Il n'a pas pu être établi dans la pratique que ces listes permettaient d'inciter les assurés qui pouvaient, mais ne voulaient pas, payer leurs primes, à changer leur comportement. En revanche, le risque que la fourniture de soins de base aux groupes de population socialement et économiquement faibles, y compris aux enfants, soit compromise s'est révélé bien réel (art. 64a, al. 7, P-LAMal) ;
- *les personnes qui ne paient pas malgré les poursuites seront assurées selon une forme particulière d'assurance* : dès que l'assureur aura annoncé au canton qu'un acte de défaut de biens a été établi pour un assuré, il devra faire passer ce dernier à une forme particulière d'assurance avec un choix limité de fournisseurs de prestations (art. 41, al. 4, LAMal). Les réductions de primes obtenues grâce à ce changement peuvent atteindre 20 % par rapport à une assurance prévoyant le libre choix du médecin et de l'hôpital. Parmi les formes d'assurance de ce type, les plus courantes sont le modèle du médecin de famille et le modèle HMO³⁴. Comme les prestations obligatoires en vertu de la loi seront en tout cas garanties, cette mesure permettra de réduire les charges pour les assurés en retard de paiement, sans que leur accès aux soins de base soit compromis (art. 64a, al. 7, P-LAMal) ;
- *actes de défaut de biens* : les cantons qui souhaitent gérer eux-mêmes les actes de défaut de biens doivent en obtenir la possibilité en vertu de la loi. Ils ne devraient donc plus, pour cela, négocier avec les assureurs ou les associations d'assureurs. Si le canton prend en charge 90 % des créances, l'assureur les lui cède. Si le canton a déjà payé à l'assureur 85 % sur présentation d'un acte de défaut de biens selon le droit en vigueur, il peut se faire céder ce dernier en prenant en charge trois pour cent supplémentaires des créances

³⁴ HMO = Health Maintenance Organization : groupe de médecins qui se partagent un cabinet collectif

(art. 64a, al. 4 et 5, et dispositions transitoires P-LAMal). Si le canton prend en charge à 90 % ou 88 % les créances faisant l'objet de l'acte de défaut de biens, l'assuré est alors de nouveau libre de changer d'assureur et de forme d'assurance.

3.1 Proposition de minorité

Une minorité (Häberli-Koller, Bischof, Kuprecht, Müller Damian) propose de laisser aux cantons qui le souhaitent la possibilité de tenir une liste des assurés qui ne paient pas leurs primes (art. 64a, al. 7, LAMal), afin de permettre aux autorités cantonales et communales d'assurer une prise en charge individuelle des personnes concernées et d'éviter que ces dernières ne s'endettent pour une longue durée. Les assureurs suspendent la prise en charge des prestations fournies à ces assurés, à l'exception de celles relevant de la médecine d'urgence. La notion de prestation de médecine d'urgence donnant lieu à des difficultés d'interprétation, la minorité propose de la définir dans la LAMal. Selon la définition proposée, est considéré comme prestation de médecine d'urgence tout traitement devant être entrepris immédiatement, faute de quoi l'assuré risque de souffrir de problèmes de santé, de décéder ou de mettre en danger la santé d'autres personnes.

4 Commentaire des dispositions

Art. 3, al. 1 et 1^{bis}

Actuellement, toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse. Le représentant légal conclut l'assurance au nom de la personne qu'il représente, laquelle est débitrice des primes et participations aux coûts.

Cette règle est maintenue pour les personnes majeures. La majorité est fixée à 18 ans révolus (art. 14 du code civil suisse, CC³⁵). Les personnes majeures qui ne sont pas capables de discernement en raison d'un handicap mental ou d'un trouble psychique continuent d'être assurées par leur représentant légal, et restent débitrices des primes et de leur participation aux coûts.

En revanche, il faut que les personnes mineures soient assurées par le détenteur de l'autorité parentale ou par leur tuteur. Ainsi, elles ne seront plus elles-mêmes débitrices de leurs primes et participations aux coûts.

L'obligation d'entretien des parents dure jusqu'à la majorité de l'enfant. Si, à sa majorité, l'enfant n'a pas encore de formation appropriée, ses parents doivent, dans la mesure où les circonstances permettent de l'exiger d'eux, subvenir à son entretien jusqu'à ce qu'il ait acquis une telle formation, pour autant qu'elle soit achevée dans les délais normaux (art. 277, al. 1 et 2, CC).

La nouvelle règle concerne tous les mineurs. Lorsque l'enfant devient majeur, il doit s'assurer lui-même et il est débiteur de ses primes et participation aux coûts. S'il est

encore en formation au sens de l'art. 277, al. 2, CC, ses primes et participation aux coûts peuvent faire partie de l'entretien qu'il est en droit d'exiger de ses parents. À cet égard, la règle actuelle est maintenue.

Dans la LAMal, sont considérés comme enfants les assurés qui ont moins de 19 ans le 31 décembre de l'année concernée (art. 16, al. 5, LAMal). Cette définition fait sens dans la mesure où les assurés peuvent changer d'assureur et de forme particulière d'assurance, en règle générale, pour la fin de l'année civile. Mais la nouvelle règle, qui concerne exclusivement les mineurs, ne peut se référer à cette notion, puisque celle-ci inclut aussi des assurés qui ont déjà atteint leur majorité.

Art. 5, al. 2

Actuellement, l'assuré qui s'affilie tardivement doit verser un supplément de prime si le retard n'est pas excusable (art. 5, al. 2, LAMal). Pour les enfants, il faut que la responsabilité de payer ce supplément incombe aux parents ou au parent débiteur de primes. Un tuteur qui s'occupe d'un enfant l'affilie en général à temps, ou alors avec un retard excusable, de sorte qu'aucun supplément n'est perçu. Dans le cas contraire, le supplément est à la charge du tuteur.

Art. 61a

Actuellement, l'enfant mineur et ses parents sont débiteurs des primes. Les parents le sont parce que les primes font partie de l'entretien de l'enfant. Ils le sont de manière solidaire ; autrement dit, l'assureur peut à sa guise faire valoir l'intégralité de sa créance auprès de l'enfant ou de l'un ou l'autre parent. Si l'assureur poursuit l'enfant, celui-ci est représenté par son représentant légal.

Le projet prévoit que les parents de l'enfant sont exclusivement débiteurs de ses primes de manière solidaire jusqu'à la fin du mois où il devient majeur. Autrement dit, l'assureur peut faire valoir l'intégralité de sa créance auprès de l'un ou l'autre parent. Ce parent peut, le cas échéant, faire endosser la responsabilité à l'autre. Comme les primes sont en général perçues mensuellement (art. 90 OAMal), la date de référence est la fin du mois. Ainsi, l'assureur ne pourra pas poursuivre l'enfant pour des primes dues quand il était mineur. Il ne le pourra pas non plus une fois que l'enfant est majeur.

Les parents sont en principe responsables de manière solidaire, qu'ils fassent ou non ménage commun et qu'ils soient mariés ou non. Mais un parent peut prouver qu'en vertu d'une convention d'entretien ou d'une décision judiciaire, il est tenu de payer une contribution d'entretien qui couvre aussi les primes. Dans ce cas, il doit également prouver qu'il paie effectivement cette contribution d'entretien. S'il apporte cette preuve, seul l'autre parent est débiteur des primes. L'assureur doit en principe faire endosser la responsabilité aux deux parents. Un parent ne doit pouvoir se libérer de cette responsabilité que s'il peut prouver qu'il verse une contribution d'entretien à l'autre parent et que celle-ci est suffisante pour que ce dernier puisse payer les primes. Si les parents ne font pas ménage commun, le parent qui s'occupe de l'enfant ne doit pas pour autant être seul débiteur de ses primes.

Art. 64, al. 1^{bis}

Aucune franchise n'est perçue en principe pour les enfants. Le montant maximal de la quote-part est la moitié de ce qu'il est pour les adultes, autrement dit, de 350 francs au lieu de 700 (art. 64, al. 4, LAMal et art. 103, al. 2, OAMal). Mais la franchise est aussi une option pour les enfants. Elle est alors de 600 francs par an au maximum (art. 93, al. 1, OAMal). Les enfants ne paient aucune contribution aux frais de séjour hospitalier (art. 104, al. 2, let. a, OAMal).

Aujourd'hui, l'enfant et ses parents sont débiteurs des participations aux coûts comme des primes : les parents le sont, parce que la participation aux coûts fait partie de l'entretien de l'enfant. Ils le sont de manière solidaire. Si l'assureur poursuit l'enfant, celui-ci est représenté par son représentant légal.

Le projet prévoit que la participation aux coûts pour l'enfant est couverte par ses parents de manière solidaire ou par le parent débiteur des primes. Si un parent a prouvé à l'assureur qu'il n'est pas débiteur des primes, cette preuve vaut aussi pour la participation aux coûts. Pour qu'un débiteur puisse être déterminé de manière uniforme pour les primes et pour la participation aux coûts, la date de référence est, là aussi, la fin du mois où l'enfant atteint sa majorité. Pour la perception de la franchise et de la quote-part, la date déterminante est celle du traitement (art. 103, al. 3, OAMal).

*Art. 64a**Al. 1^{bis}*

Si un assuré est mineur, les dispositions concernant le non-paiement des primes et des participations aux coûts doivent en principe s'appliquer à ses parents. Cette règle s'applique aussi aux créances apparues pendant la minorité de l'enfant et encore exigibles. Une fois que l'enfant est majeur, il ne doit pas être poursuivi pour des créances contractées par ses parents pendant qu'il était mineur. Mais il peut toujours être poursuivi pour les primes et participations aux coûts non payées à partir de sa majorité, même si ses parents restent tenus de subvenir à son entretien en vertu de l'art. 277, al. 2, CC. Si l'assureur recouvre sa créance auprès du jeune adulte, celui-ci peut se retourner contre ses parents, s'ils sont tenus de subvenir à son entretien.

Al. 2

La LAMal prévoit que, lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une sommation, précédée d'au moins un rappel écrit ; il lui impartit un délai de 30 jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement. Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas dans le délai imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites (art. 64a, al. 1 et 2, LAMal).

Si l'assureur en engage chaque mois ou tous les deux mois pour encaisser les primes, les frais de poursuite sont plus élevés que s'il le fait moins souvent. Mais s'il ne pouvait en engager qu'une ou deux fois par an, il ne pourrait faire valoir ses créances non recouvrées qu'à retardement. De plus, ses créances seraient alors d'un

montant tel que les assurés de condition économique modeste ne pourraient guère les payer en une fois. C'est pourquoi l'assureur ne devrait pouvoir poursuivre l'assuré que quatre fois par an au maximum. Il pourrait ainsi, chaque trimestre, exiger le recouvrement de ses créances.

La loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP³⁶) permet au créancier de poursuivre ses débiteurs pour différentes créances. L'office des poursuites ne vérifie donc pas combien de fois un assuré est poursuivi par son assureur. S'il adresse un commandement de payer à l'assuré, ce dernier peut faire opposition au motif qu'il a déjà été poursuivi quatre fois pendant l'année civile en cours. Si l'assuré fait opposition, l'assureur peut rendre une décision et lever l'opposition. Quand cette décision a force de chose jugée, il peut continuer la poursuite. Mais l'assuré peut former opposition contre la décision de l'assureur au motif qu'il a déjà été poursuivi quatre fois pendant l'année civile en cours. Contre une décision sur opposition, il peut recourir devant le tribunal cantonal des assurances pour le même motif.

Il est probable qu'en raison de la nouvelle réglementation, les assureurs ne poursuivront pas un assuré plus de quatre fois au cours d'une année. Cependant, un assuré qui n'a pas opté pour une forme particulière d'assurance peut changer d'assureur pour la fin d'un semestre civil (art. 7, al. 1, LAMal), autrement dit, pour la fin juin ou la fin décembre. De plus, il peut également changer d'assureur en cours d'année s'il transfère sa résidence hors du domaine d'activité de l'assureur ou si ce dernier augmente le montant des primes (art. 7, al. 2 et 3, LAMal). Dans ces cas, si l'assuré est poursuivi par son nouvel assureur, il peut faire valoir qu'il a déjà été poursuivi quatre fois au total par l'ancien assureur et le nouveau.

Un assuré peut aussi être poursuivi quatre fois au maximum par année civile pour les primes de son enfant. Il peut assurer ses enfants auprès d'un autre assureur que le sien. C'est pourquoi l'assureur ne pourra pas poursuivre un assuré ayant un enfant plus de huit fois sur une année civile.

Comme l'assureur, en tant que créancier, doit avancer les frais de poursuite et qu'il assume souvent 15 % de la créance constatée par acte de défaut de biens, il est dans son intérêt d'occasionner aussi peu de frais de poursuite que possible.

Actuellement, le canton peut exiger que l'assureur le mette au courant des débiteurs qu'il poursuit. Cela lui permet de reprendre les créances non recouvrées de certains assurés (par ex., de bénéficiaires de prestations complémentaires ou d'aide sociale). Les cantons exigent cette communication sous diverses formes : la moitié environ d'entre eux exigent que l'assureur leur signale quand il présente une réquisition de poursuite. Quelques cantons exigent que l'assureur leur indique quand il peut présenter une réquisition de continuer la poursuite ; d'autres, quand il a présenté cette réquisition.

L'assureur peut aussi poursuivre les parents pour les dettes des enfants mineurs. C'est pourquoi il faut préciser que l'assureur annonce au canton non seulement les débiteurs qui font l'objet d'une poursuite, mais aussi les autres personnes qui sont concernées par cette poursuite.

³⁶ RS 281.1

Al. 4

Aujourd'hui, les cantons doivent prendre en charge 85 % des créances constatées par acte de défaut de biens. Mais l'assureur conserve cet acte. Autrement dit, la prise en charge de la créance par le canton ne libère pas l'assuré de son obligation de payer l'assureur. Il continue de lui devoir l'intégralité de la créance. Lorsqu'il s'est acquitté de la totalité ou d'une partie de celle-ci, l'assureur en rembourse 50 % au canton.

Le projet regroupe les al. 4 et 5 en un seul alinéa. Le contenu en reste presque inchangé. Aujourd'hui, il est prévu que l'assuré règle sa dette. Mais comme celle-ci peut aussi être réglée par des membres de sa famille ou par d'autres personnes, il ne sera plus précisé qui règle la dette. Cet alinéa ne porte donc plus que sur la prise en charge des créances à hauteur de 85 %.

Al. 5

Cet alinéa règle désormais, quant à lui, la prise en charge des créances à hauteur de 90 %.

L'initiative du canton de Thurgovie demande que les cantons puissent se faire transférer les créances contre prise en charge de 90 % de leur montant. Dans ce canton, les communes doivent payer les créances constatées par acte de défaut de biens. Si elles prennent ces actes à leur compte, elles peuvent mieux s'occuper de l'assuré. En particulier, elles peuvent conclure avec lui un accord de paiement et prendre en charge les créances non recouvrées. Elles appellent cette manière de faire « gestion des cas » (*case management*). Comme les cantons disposent des données fiscales des assurés, ils sont mieux à même que les assureurs de juger pour quels assurés et à quel moment après établissement d'un acte de défaut de biens il pourrait valoir la peine d'engager une nouvelle poursuite.

D'autres cantons partent au contraire du principe que les frais supplémentaires dépasseraient le montant qui pourrait être recouvré. Ils continueront d'avoir la possibilité de prendre en charge 85 % des créances et de laisser les actes de défaut de biens aux assureurs.

Il ne faut pas que les cantons qui sont prêts à prendre en charge les créances doivent négocier le pourcentage avec les assureurs. C'est pourquoi l'objectif visé par l'initiative cantonale est repris. Mais la teneur de la disposition est simplifiée par rapport à celle de l'initiative : le transfert d'une créance avec changement de créancier est désigné par le terme juridique de « cession » de la créance.

Le canton informe l'assuré qu'il prend en charge la créance. Dès qu'il en est informé, l'assuré ne peut rembourser sa créance qu'au canton. Si le canton prend en charge la créance à 90 %, l'assuré peut à nouveau changer d'assureur et de forme d'assurance en dérogation aux al. 6 et 7^{bis}. En effet, du fait de la prise en charge de la créance par le canton, l'assureur n'a plus de créance vis-à-vis de l'assuré. Ce dernier est débiteur de l'intégralité de la créance envers le canton.

Comme le canton doit de toute manière rembourser 85 % des créances constatées par acte de défaut de biens, cela constitue pour lui une incitation à payer 5 % de plus de façon à pouvoir recouvrer l'intégralité de la créance et permettre à l'assuré de changer d'assureur pour en choisir un dont les primes sont plus basses.

Al. 6

L'assuré en retard de paiement ne peut en principe pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite (al. 6). Si les primes dues par l'assuré sont supérieures à la moyenne, cette interdiction de changement est coûteuse pour lui et, si un acte de défaut de biens est dressé, pour le canton.

La suppression de cette interdiction permettrait aux assurés en retard de paiement de changer d'assureur – comme les autres assurés – pour la fin d'un semestre ou d'une année civile (art. 7, al. 1 et 2, LAMal). Mais si plusieurs assureurs doivent gérer les créances à recouvrer d'un assuré, cela est plus coûteux que si un seul assureur gèrait toutes les créances à recouvrer. De plus, l'interdiction de changement constitue, pour les assurés qui souhaitent changer d'assureur, une incitation à payer leurs créances à temps. C'est pourquoi l'interdiction de changement est maintenue. Mais elle ne s'appliquera que jusqu'au moment où les créances seront payées. Elles ne devront plus forcément être payées par l'assuré.

Al. 7

Cet alinéa permet aux cantons de tenir une liste des assurés qui ne paient pas leurs primes. Comme indiqué en introduction, les listes peuvent, avec le report des prestations, compromettre les soins médicaux de base des groupes de population économiquement et socialement défavorisés. De plus, elles placent les fournisseurs de prestations devant le choix de refuser les assurés qu'ils ne peuvent pas traiter en urgence, ou de les traiter provisoirement à titre gratuit. Si les créances à recouvrer ne sont pas payées, les fournisseurs de prestations se retrouvent avec des créances non couvertes.

Pour cette raison, les cantons ne devraient plus être habilités à tenir de telles listes. C'est pourquoi la règle en vigueur doit être abrogée.

Al. 7 : proposition de minorité

Aujourd'hui, les cantons peuvent tenir une liste des assurés qui ne paient pas leurs primes malgré les poursuites. L'assureur suspend la prise en charge des prestations fournies à ces assurés, à l'exception de celles relevant de la médecine d'urgence.

Cette règle peut être combinée avec toutes les modifications proposées dans le projet. Celui-ci prévoit notamment que l'assuré affilié à une assurance avec choix limité du fournisseur de prestations les assurés faisant l'objet d'un acte de défaut de biens. Cette disposition peut aussi être appliquée à des personnes figurant sur une liste, car ces assurés doivent eux aussi continuer de payer leurs primes. Ainsi, la charge du canton peut être allégée s'ils doivent payer des primes plus basses.

Les cantons définissent aujourd'hui de diverses manières la notion de médecine d'urgence.

Pour le canton de Lucerne, il y a urgence au sens de l'art. 64a, al. 7, LAMal lorsque, en l'absence d'un traitement immédiat, il y a lieu de craindre une atteinte grave à la santé, voire le décès de l'assuré (§ 7 de l'ordonnance du 22 mai 2012 relative à la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie).

Dans le canton de Schaffhouse, le fournisseur de prestations décide de ce qui relève de la médecine d'urgence au sens de l'art. 64a, al. 7, LAMal (§ 24b de l'ordonnance du 9 juillet 1996 relative à l'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie).

Pour le canton de Saint-Gall, le tribunal cantonal des assurances a retenu, par jugement du 26 avril 2018, qu'il y a prestation relevant de la médecine d'urgence au sens de l'art. 64a, al. 7, LAMal dans les cas où un devoir d'assistance incombe au personnel médical. En l'espèce, le séjour hospitalier aux fins d'accouchement était nécessaire au moment de l'entrée à l'hôpital et ne pouvait être reporté. La prestation relevait donc de la médecine d'urgence (KSCHG 2017/5).

Le 6 juillet 2018, la CSSS-N a déposé la motion « Listes noires. Définition de la médecine d'urgence » (18.3708). Celle-ci demande que les cantons qui tiennent une liste des assurés qui ne paient pas leurs primes soient tenus de définir la notion de médecine d'urgence. Le 19 septembre 2018, le Conseil national a adopté cette motion, suivant ainsi les propositions de sa commission et du Conseil fédéral.

Pour les assureurs et les fournisseurs de prestations actifs dans plusieurs cantons qui tiennent des listes, il est plus simple que la notion de médecine d'urgence soit définie de manière uniforme dans toute la Suisse. C'est pourquoi la CSSS-E s'est déclarée favorable, le 17 janvier 2019, à ce que cette notion soit définie au niveau du droit fédéral³⁷. La définition doit être inscrite dans la loi. Elle s'inspire de la définition adoptée par le canton de Lucerne. Mais il n'est plus posé comme condition que l'atteinte à la santé risque d'être grave. En outre, il y a aussi urgence lorsque, en l'absence d'un traitement immédiat, l'assuré peut mettre en danger la santé d'autres personnes. Tel est par exemple le cas lorsqu'il y a lieu de craindre qu'il transmette une maladie contagieuse.

Al. 7^{bis}

Le projet prévoit que l'assureur affilié à une assurance avec choix limité du fournisseur de prestations les assurés qu'il a annoncés à l'autorité cantonale compétente conformément à l'al. 3. Pour ce type d'assurance, les assureurs réduisent en règle générale les primes (art. 62, al. 1, LAMal).

Les assureurs règlent l'organisation de ces assurances dans leurs conditions d'assurance. Dans son calculateur de primes, l'OFSP établit une distinction entre modèle du médecin de famille, modèle HMO et autres modèles (en particulier avec consultation téléphonique préalable). La notion de modèle n'est toutefois pas définie et il n'existe aucun critère strict pour l'attribution aux catégories de modèle mentionnées. Les assureurs décident dans quelle catégorie leur assurance figurera dans le calculateur de primes et comment elle sera désignée.

Le Conseil fédéral peut prévoir des exceptions à l'obligation d'affilier les assurés faisant l'objet d'un acte de défaut de biens à une assurance avec choix limité du fournisseur de prestations, et édicter d'autres dispositions. Il peut en particulier délier de cette obligation les assureurs qui, de manière générale ou au lieu de domicile ou de travail de l'assuré, ne proposent pas de telles assurances. Il peut également

³⁷ Le 3.6.2020, le Conseil des États a rejeté, sans opposition, la motion de la CSSS-N relative à la définition cantonale de la notion de médecine d'urgence (18.3708).

exclure de cette obligation les assurés qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège. En effet, ces assurés ne peuvent pas adhérer aux formes particulières d'assurance (art. 101a OAMal).

Il peut également déterminer si un assureur qui propose différentes assurances de ce type peut affilier ses assurés faisant l'objet d'un acte de défaut de biens à différentes assurances. Il peut aussi préciser si l'assureur peut autoriser ses assurés à choisir parmi ces formes d'assurance et à en changer. Enfin, il peut réglementer le changement d'assurance.

Par ailleurs, le Conseil fédéral peut obliger l'assureur à informer les assurés de l'attribution au modèle en question et aux prescriptions qui y sont liées. Aujourd'hui, l'assureur peut transférer dans l'assurance ordinaire l'assuré qui ne se conforme pas aux conditions d'assurance du modèle choisi. Il ne pourra pas le faire pour les assurés faisant l'objet d'un acte de défaut de biens. Mais il peut refuser de prendre en charge une partie ou l'intégralité des prestations ; il doit toutefois l'avoir prévu dans ses conditions d'assurance.

Aujourd'hui, 70 % environ des assurés sont affiliés à une assurance avec choix limité du fournisseur de prestations. Mais l'OFSP ignore quelle proportion d'assurés faisant l'objet d'un acte de défaut de biens sont affiliés à une assurance de ce type.

Si l'assuré transfère sa résidence en un endroit où son assureur n'est pas actif, ou si ce dernier ne pratique plus l'assurance-maladie sociale (art. 7, al. 3 et 4, LAMal), il peut choisir un nouvel assureur. Le nouvel assureur doit l'affilier s'il propose une telle assurance à son lieu de résidence. L'ancien assureur doit donc communiquer au nouveau qu'il s'agit d'un assuré faisant l'objet d'un acte de défaut de biens.

Si toutes les primes et participations aux coûts, et tous les intérêts moratoires et frais de poursuite sont payés, l'assuré peut, au prochain délai légal, changer de modèle d'assurance et passer à l'assurance ordinaire ou changer d'assureur.

Al. 7^{ter}

Les assurés en retard de paiement ne peuvent en principe pas changer d'assureur. De plus, le projet prévoit que les assurés faisant l'objet d'un acte de défaut de biens ne pourront être affiliés qu'à des assurances avec choix limité du fournisseur de prestations. Ces restrictions doivent aussi s'appliquer aux enfants dont les parents n'ont pas payé les primes, participations aux coûts, intérêts moratoires et frais de poursuite. En seront exclus les enfants qui ont atteint l'âge de 18 ans : ils doivent pouvoir changer d'assureur et de forme d'assurance même si des créances les concernant restent à recouvrer.

L'art. 4a LAMal prévoit que les personnes tenues de s'assurer qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège doivent être assurées par le même assureur que les membres de leur famille tenus de s'assurer parce qu'ils exercent une activité lucrative en Suisse, qu'ils touchent une rente suisse ou qu'ils perçoivent une prestation de l'assurance-chômage suisse. Cette disposition a été édictée notamment pour simplifier l'encaissement des primes et la prise en charge des coûts des prestations pour cette catégorie de personnes (assurés UE) (message du 31 mai 2000 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie ; FF 2000 3751, ici 3574). Comme ces arguments restent valables quand des

primes, participations aux coûts, intérêts moratoires et frais de poursuite sont impayés, il faut que les assurés UE qui atteignent leur 18^e année ne puissent pas changer d'assureur à la fin de l'année.

Al. 7^{quater}

Les cantons et les assureurs sont tenus d'échanger leurs données relatives à la réduction des primes selon une procédure uniforme (art. 65, al. 2, LAMal). Le Conseil fédéral a réglé de façon détaillée, sur la base de cette disposition, l'exécution de la réduction des primes (art. 106b à 106e OAMal). Le Département fédéral de l'intérieur s'est fondé à son tour sur ces dispositions pour fixer des prescriptions d'ordre technique et organisationnel dans son ordonnance sur l'échange de données relatif à la réduction des primes (OEDRP-DFI³⁸).

À la demande de la CDS, l'avant-projet prévoit que les cantons et les assureurs sont également tenus d'échanger selon une procédure uniforme leurs données relatives aux primes et participations aux coûts impayées. Comme pour la réduction des primes, le projet prévoit que le Conseil fédéral règle les modalités après avoir entendu les cantons et les assureurs. Il a réglé le non-paiement des primes et des participations aux coûts aux art. 105a à 105m OAMal.

Al. 8

Comme la communication de données des assureurs aux cantons sera désormais réglée à l'al. 7^{quater}, elle n'est plus mentionnée dans cet alinéa.

Dispositions transitoires

Al. 1

Actuellement, l'assureur conserve les actes de défaut de biens jusqu'au paiement intégral des créances arriérées (art. 64a, al. 5, LAMal). Le canton doit aussi pouvoir prendre en charge les actes de défaut de biens existants sans devoir en négocier le prix avec l'assureur. Il doit pouvoir les prendre en charge à un prix légèrement inférieur. Sur les créances qu'il a prises en charge à 85 % avant l'entrée en vigueur de la présente modification de loi, il doit pouvoir prendre en charge 3 % supplémentaires, soit 88 % au total. Dans ce cas aussi, le canton doit informer l'assuré de la cession. Si le canton prend la créance en charge à 88 %, l'assureur n'a plus de créance vis-à-vis de l'assuré. Ce dernier peut donc à nouveau changer d'assureur.

Al. 2

Il faut que la nouvelle réglementation relative aux primes et aux participations aux coûts puisse être applicable aux assurés qui sont mineurs au moment de son entrée en vigueur. Elle doit s'appliquer à leurs arriérés même si ceux-ci sont apparus avant l'entrée en vigueur. Autrement dit, dès l'entrée en vigueur, l'assureur ne pourra plus poursuivre les assurés mineurs.

³⁸ RS 831.102.2

5 Conséquences

5.1 Conséquences financières et effets sur l'état du personnel

L'avant-projet n'a pas de conséquences financières pour la Confédération, ni d'effet sur l'état de son personnel.

Il n'a pas non plus d'impact sur l'état du personnel des cantons. Mais sous l'angle financier, il peut avoir pour effet d'alléger leurs charges :

- Si l'assureur ne peut pas poursuivre un assuré plus de quatre fois par an, il y aura moins de frais de poursuites.
- Les assureurs accordent des rabais sur les primes de leurs assurances avec choix limité du fournisseur de prestations. Le canton devra donc moins prendre en charge de créances de primes pour les assurés affiliés à des assurances de ce type que si ceux-ci étaient affiliés à l'assurance ordinaire. On ignore toutefois quelle proportion d'assurés faisant l'objet d'actes de défaut de biens sont affiliés aujourd'hui à l'assurance ordinaire.
- Si le canton obtient la cession de créances constatées par acte de défaut de biens, il peut engager de façon ciblée des mesures d'encaissement auprès des assurés. Il connaît en particulier leur situation financière par les données fiscales.

Les assureurs sont quelque peu limités, puisqu'ils ne peuvent plus engager qu'un nombre donné de poursuites. Si les listes d'assurés en retard de paiement sont supprimées, leurs coûts administratifs diminueront. Ils pourront augmenter si les assureurs doivent affilier des assurés, contre leur volonté, à des assurances avec choix limité du fournisseur de prestations et que ces derniers ne respectent pas les conditions d'assurance. Mais il est possible que la plupart des assurés concernés soient déjà affiliés à une assurance de ce type.

Les prestations seront en principe toujours remboursées aux fournisseurs de prestations si les cantons ne peuvent plus tenir de liste des assurés en retard de paiement.

5.2 Autres conséquences

Pour les assurés, les soins de santé seront en principe toujours garantis si les cantons ne peuvent plus tenir de liste et que, de ce fait, les assureurs prennent toujours en charge le coût des prestations.

Aucune autre conséquence n'est visible.

5.3 Applicabilité

Les assureurs pourront continuer de poursuivre les assurés trimestriellement.

Les cantons pourront prendre en charge à 90 % les créances constatées par acte de défaut de biens, mais ils n'y seront pas tenus.

L'assureur affiliera les assurés qu'il a annoncés à l'autorité cantonale compétente en vertu de l'art. 64a, al. 3, à une assurance avec choix limité du fournisseur de presta-

tions. Le Conseil fédéral peut prévoir que les assureurs, comme aujourd'hui, peuvent proposer et organiser leurs assurances de ce type de différentes manières.

Si les listes sont supprimées, les difficultés d'application qui leur sont liées disparaîtront aussi.

6 Relation avec le droit européen

La modification de loi doit être compatible, en particulier, avec l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP)³⁹ et avec la Convention du 4 janvier 1960 instituant l'Association européenne de libre-échange (Convention AELE)⁴⁰. L'annexe II de l'ALCP et l'appendice 2 de l'annexe K de la Convention AELE précisent qu'en Suisse, dans les relations avec les États de l'UE ou de l'AELE, le droit européen en matière de coordination des systèmes de sécurité sociale est applicable ; il s'agit notamment des règlements (CE) n^{os} 883/2004⁴¹ et 987/2009⁴². Ce droit ne prévoit pas une harmonisation des systèmes nationaux de sécurité sociale en vue de garantir la libre circulation des personnes. Les États membres peuvent, dans une large mesure, déterminer librement la structure, le champ d'application personnel, les modalités de financement et l'organisation de leurs systèmes de sécurité sociale. Ils doivent cependant observer les principes de coordination définis dans les règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009, tels que l'interdiction de la discrimination, la prise en compte des périodes d'assurance et la fourniture des prestations au-delà des frontières. La réglementation proposée, qui améliore la procédure en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts, n'enfreint pas le droit européen de coordination des assurances sociales, lequel ne contient pas de dispositions à ce sujet. Le projet est donc compatible avec le droit européen.

7 Aspects juridiques

7.1 Constitutionnalité et légalité

Le projet se fonde sur l'art. 117 Cst., qui confère à la Confédération une large compétence en matière d'organisation de l'assurance-maladie.

³⁹ RS **0.142.112.681**.

⁴⁰ RS **0.632.31**.

⁴¹ Règlement (CE) n^o 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, JO L 166 du 30.4.2004, p. 1. Une version consolidée (non contraignante) du présent règlement est publiée au RS **0.831.109.268.1**.

⁴² Règlement (CE) n^o 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n^o 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, JO L 284 du 30.10.2009, p. 1. Une version consolidée (non contraignante) du présent règlement est publiée au RS **0.831.109.268.11**.

7.2 Délégation de compétences législatives

Le Conseil fédéral peut édicter des dispositions d'exécution de la LAMal (art. 96 LAMal). L'avant-projet l'habilite à régler les modalités de l'échange de données entre les cantons et les assureurs concernant les primes et participations aux coûts non payées.

7.3 Forme de l'acte à adopter

Conformément à l'art. 164, al. 1, Cst., toutes les dispositions importantes qui fixent des règles de droit doivent être édictées sous la forme d'une loi fédérale. Le présent avant-projet répond à cette exigence. Les lois fédérales sont sujettes au référendum (art. 141, al. 1, let. a, Cst.). Le présent avant-projet prévoit le référendum facultatif.