



17.480

Initiative parlementaire
Urgences hospitalières. Taxe pour les cas bénins
Rapport explicatif de la Commission de la sécurité sociale et de la santé
publique du Conseil national

du 15 août 2024

Condensé

Ce projet vise à conférer aux cantons la compétence d'augmenter de 50 francs le montant maximal annuel de la quote-part à verser pour toute consultation aux urgences hospitalières. Sont exemptés de cette réglementation les personnes enceintes et les enfants, ainsi que les personnes ayant été adressées par un médecin, un centre de télémédecine ou un pharmacien. L'argument financier a pour objectif de dissuader les assurés de se rendre aux urgences pour des cas bénins. Du point de vue de la commission, renforcer la prise de conscience des coûts et la responsabilité individuelle permettra de décharger les urgences des hôpitaux.

Contexte

Le taux de recours aux urgences hospitalières augmente régulièrement, entraînant une hausse de la charge de travail pour le personnel médical et soignant et une augmentation des délais d'attente. Forte de ces constats, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) considère qu'il y a lieu d'agir pour réduire la surcharge des services d'urgence des hôpitaux et assurer ainsi le bon fonctionnement d'un élément essentiel du système de santé suisse. L'initiative parlementaire (Weibel) Bäümle « Urgences hospitalières. Taxe pour les cas bénins » (17.480) prône l'introduction d'une « taxe » pour les cas bénins, qui permettrait de créer un effet dissuasif et de les détourner des urgences en les orientant vers une prise en charge plus adéquate et économique. La commission a analysé la compatibilité d'une telle solution avec les dispositions constitutionnelles et évalué plusieurs options de mise en œuvre. Après de longues délibérations, elle a identifié une solution pragmatique et efficace, sous la forme d'une augmentation ciblée de la participation aux coûts à la charge des assurés.

Contenu du projet

Ce projet prévoit d'augmenter de 50 francs le montant maximal annuel de la quote-part à la charge de la personne assurée qui se rend dans un service d'urgence hospitalier sans demande écrite d'un médecin, d'un centre de télémédecine ou d'un pharmacien. Cette réglementation ne concernerait pas les femmes enceintes et les enfants. Elle s'appliquerait uniquement aux personnes assujetties à l'assurance obligatoire des soins (AOS). La décision d'introduire une telle réglementation est laissée aux cantons

Sa mise en œuvre requiert l'introduction d'un nouvel art. 64, al. 3^{bis}, dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)¹.

¹ RS 832.10

Rapport

1 Genèse du projet

Le 27 septembre 2017, le conseiller national Thomas Weibel (PVL, ZH) a déposé l'initiative parlementaire 17.480, qui demande à adapter les bases légales nécessaires pour que les patients qui se rendent aux urgences d'un hôpital doivent payer sur place une taxe, par exemple, de 50 francs. Cette taxe ne serait pas imputée sur la franchise ou la participation aux coûts. Les enfants de moins de 16 ans, les patients adressés aux urgences par un médecin et les personnes dont le traitement requiert une hospitalisation pourraient être exemptés de la taxe.

Le développement de l'initiative relève que, au cours des dernières années, le nombre de consultations dans les services d'urgence des hôpitaux a augmenté, entraînant une surcharge de leur organisation. Les raisons de cette évolution sont diverses. L'auteur de l'initiative souligne cependant que de nombreux cas s'avèrent bénins. Cette surcharge a pour conséquence une augmentation du stress pour le personnel médical et soignant. Elle entraîne également de longs délais d'attente pour les vraies urgences, avec parfois des conséquences dangereuses. L'instauration d'une taxe aurait un effet dissuasif, en détournant les cas bénins des urgences et en les réorientant en premier lieu vers les médecins de famille, une forme de prise en charge qui a fait ses preuves et qui s'avère plus économique. Une telle mesure contribuerait à décharger les urgences des hôpitaux et pourrait également atténuer la hausse des coûts de la santé.

Après le départ de Thomas Weibel du Conseil national, le conseiller national Martin Bäumle (PVL, ZH) a repris l'initiative parlementaire.

Le 6 juillet 2018, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a donné suite à l'initiative parlementaire, par 17 voix contre 7. À sa séance du 15 avril 2019, la commission homologue du Conseil des États (CSSS-E) n'a pas approuvé la décision de donner suite, par 7 voix contre 5.

La CSSS-N a donc réexaminé l'initiative et, le 15 novembre 2019, a proposé à son conseil de donner suite à l'initiative, par 16 voix contre 6. Le 3 décembre 2019, le Conseil national s'est penché sur la question et a décidé, par 108 voix contre 85 et 1 abstention, de suivre la proposition de sa commission et de donner suite à l'initiative parlementaire.

Après le feu vert du Conseil national, l'objet a été soumis à un nouvel examen de la CSSS-E. Le 14 avril 2021, la commission a proposé, par 6 voix contre 0 et 5 abstentions, de ne pas approuver la décision du Conseil national. Le 16 juin 2021, le Conseil des États a soutenu une proposition individuelle déposée par le conseiller aux États Jakob Stark et s'est rallié, par 17 voix contre 15 et 2 abstentions, à la décision du Conseil national de donner suite à l'initiative parlementaire.

Afin de déterminer la suite des travaux, la CSSS-N, chargée de rédiger un projet de loi susceptible de mettre en œuvre les demandes de l'initiative parlementaire, a entendu, à sa séance du 19 mai 2022, des représentants des hôpitaux, des médecins, des assureurs-maladie, des patients et des consommateurs. Suite à cette audition, la

commission est arrivée à la conclusion que la taxe proposée serait moins utile qu'attendu, entraînerait une charge de travail considérable et constituerait une source d'incertitude. C'est pourquoi elle a proposé, par 12 voix contre 11 et 1 abstention, de classer l'initiative. Le 30 septembre 2022, l'initiative est donc retournée encore une fois devant le Conseil national qui, par 114 voix contre 71 et 6 abstentions, a refusé la proposition de classement présentée par sa commission.

Le 3 février 2023, la commission a repris le traitement de l'initiative avec l'objectif de définir les lignes directrices du projet qui devait permettre de mettre en œuvre l'initiative parlementaire. Se fondant sur l'art. 112, al. 1, de la loi sur l'Assemblée fédérale (LParl)², la commission a fait appel à des experts de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Elle a ainsi chargé l'administration d'élaborer deux variantes : la première prévoyant l'introduction d'une taxe nationale de 50 francs, la deuxième envisageant une augmentation de la quote-part de 50 francs pour chaque consultation aux urgences (cf. également ch. 2.3). Le 31 août 2023, la commission a pris connaissance des travaux de l'administration et a examiné les deux ébauches d'avant-projet. Constatant de nombreuses difficultés d'ordre constitutionnel et relatives à la mise en œuvre, elle a abandonné la première variante. La commission a souhaité poursuivre son analyse de la deuxième variante en chargeant l'administration d'en évaluer le potentiel d'économie et en demandant également de plus amples renseignements statistiques quant au recours aux urgences hospitalières. Le 17 novembre 2023, les experts de l'OFSP ont présenté à la commission les conclusions de leurs analyses. Le 11 avril 2024, l'administration a soumis deux versions de l'avant-projet à la commission. Une première variante prévoyait d'augmenter le montant maximal annuel de la quote-part de 50 francs pour chaque recours non justifié aux urgences hospitalières. Dans la deuxième variante, plus incisive, la participation aux coûts était conçue sous la forme d'un supplément à la quote-part de 50 francs, qui interviendrait donc avant que l'assuré ait atteint le plafond annuel de la quote-part. Par 13 voix contre 12, la commission a soutenu la première variante et, par 13 voix contre 11 et 1 abstention, elle a adopté son avant-projet dans le vote sur l'ensemble. À sa séance du 15 août 2024, la commission a mis au net le présent rapport explicatif en vue de la procédure de consultation.

2 Contexte

2.1 Surcharge des urgences hospitalières

Les services d'urgence des hôpitaux sont une composante essentielle du système de santé suisse, offrant un accès rapide et direct à des prestations de pointe et assurant une prise en charge rapide et efficace des urgences médicales. Ils constituent également une importante plaque tournante entre traitement ambulatoire et stationnaire. Si le secteur ambulatoire peut traiter rapidement certains cas, les patients nécessitant une prise en charge stationnaire peuvent être immédiatement transférés auprès des services compétents au sein du même complexe hospitalier. Il convient de préserver et de garantir ce point d'accès transversal au système de santé, notamment en évitant une surcharge et un effet d'engorgement. Le recours aux

² RS 171.10

services d'urgence doit s'articuler dans un plus ample éventail d'accès au système de santé, permettant une prise en charge ciblée et rationnelle des différentes situations médicales. Le système doit être en mesure d'orienter les cas bénins ou moins graves vers d'autres modes de prise en charge, par exemple les médecins de famille, en préservant les ressources et la capacité d'accueil des urgences hospitalières pour faire face aux véritables urgences médicales.

Ces dernières années, les acteurs du terrain ont à plusieurs reprises signalé une situation de plus en plus tendue dans les urgences hospitalières. Ce constat trouve confirmation dans les données statistiques dont nous disposons. La surcharge de travail met à rude épreuve les équipes médicales et augmente les délais d'attente.

Selon les données présentées dans le dossier 64 « Le recours aux services d'urgence en Suisse » de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan)³, en 2016, 14 % de la population résidente a eu recours au moins une fois aux services d'urgence d'un hôpital suisse pour un total de 1,7 million d'admissions, ce qui correspond à environ 4500 admissions par jour. On a constaté que le nombre de consultations pour 1000 habitants variait fortement d'un canton à l'autre, avec un minimum de 53 consultations pour 1000 habitants (AI) et un maximum de 296 consultations pour 1000 habitants (TI). Au niveau national, il était de 197 consultations pour 1000 habitants en 2016. Les données les plus récentes dont nous disposons sont de 2022 et elles nous permettent de constater une légère augmentation : en 2022, le taux était de 248 consultations pour 1000 habitants, avec une pointe de 357 consultations pour 1000 habitants dans le canton du Jura⁴.

Ce sont les enfants de moins de six ans qui présentent le taux de recours le plus élevé (418 consultations pour 1000 habitants en 2016, 412 en 2021⁵). Le taux de recours aux services d'urgence est ensuite le plus élevé chez les 19-25 ans (263 consultations pour 1000 habitants en 2016, 266 en 2021). Pour les classes d'âge suivantes, le taux de recours diminue ensuite pour atteindre son niveau le plus bas chez les 46-85 ans (environ 140 consultations pour 1000 habitants en 2016 et 150 en 2021).

En ce qui concerne les coûts liés aux consultations des services d'urgence des hôpitaux, en 2016, les factures se montaient à un total de 624 millions de francs, soit 2,2 % du coût des hôpitaux. En moyenne suisse, le montant facturé pour la consultation en 2016 s'élevait à 382 francs. En 2021, le montant moyen était de 371 francs. Près de 79 % des prestations fournies dans les services d'urgence des hôpitaux sont à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS)⁶.

Considérations sur les « cas bénins »

Parmi toutes les consultations des services d'urgence des hôpitaux, il est difficile de quantifier combien d'entre elles pourraient être considérées comme étant des « cas

3 Merçay, C., « Le recours aux services d'urgence en Suisse. Description des différences cantonales » (Obsan Dossier 64), Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé, 2018.

4 Données de l'Observatoire suisse de la santé : <https://ind.obsan.admin.ch/fr> > Système de santé > Secteur ambulatoire > Taux de recours aux services d'urgence.

5 Données 2021 : Analyse Obsan pour l'OFSP du 28 février 2023.

6 Données des patients ambulatoires des hôpitaux (PSA 2019), analyse de l'OFSP.

bénins ». S'agissant d'un terme courant qui n'est défini ni dans la loi ni dans la pratique médicale, il demeure impossible de collecter des données correspondantes. Il n'existe donc, en l'état actuel, aucune statistique des « cas bénins » dans les urgences hospitalières. Certains éléments permettent quand même d'affirmer que, dans certains cantons notamment, les urgences hospitalières en traitent un nombre considérable.

L'Obsan a constaté une corrélation entre le taux de recours et le coût moyen de la consultation⁷. Il apparaît en effet que le montant moyen facturé par consultation diminue à mesure que le taux de recours augmente. Dans les cantons où le taux de recours est plus élevé, le coût moyen de la consultation tend à être plus bas. Cela serait en partie expliqué par un nombre plus important de cas bénins ou simples, qui sont moins coûteux.

Dans le cadre de son analyse, l'Obsan a également constaté qu'un taux de recours élevé est plus souvent le fait d'utilisateurs multiples⁸. En 2016, le 1,7 million de consultations recensé dans un service d'urgence est le fait de 1,2 million de patients, soit une moyenne de 1,3 visite aux urgences par patient. Quatre patients sur cinq (78 %) ont une utilisation ponctuelle des services d'urgence (ils sont enregistrés une seule fois au cours de l'année). Ils ne représentent par contre qu'un peu plus de la moitié des consultations (59 %). Si l'on retient le seuil de quatre consultations par patient pour qualifier les utilisateurs fréquents, il apparaît que ceux-ci constituent une moindre part de l'ensemble des patients (2 %) mais causent près d'une consultation sur dix (9 %).

2.2 Nécessité d'agir et objectifs

Fortes des constats présentés au chapitre précédent, la commission considère qu'il y a lieu d'agir pour réduire la surcharge des services d'urgence des hôpitaux et assurer ainsi le bon fonctionnement d'un élément essentiel du système de santé suisse.

L'accès au système de santé doit être organisé de manière rationnelle et ciblée. Dans des cas bénins ou pas graves, le recours aux urgences hospitalières devrait être une option à considérer en *ultima ratio*, quand aucune autre possibilité de prise en charge n'est disponible. En priorité, il faudrait consulter un médecin de famille ou bien faire recours à un centre de télé-médecine dirigé par un médecin. Les cas de moindre gravité pourraient même être résolus avec la consultation d'un pharmacien. Les patients mêmes confirment d'ailleurs ce constat : lors d'une enquête réalisée par l'Obsan, plus d'un tiers des patients ayant eu recours à un service d'urgence ont indiqué que leur médecin de famille aurait pu traiter leur cas s'il avait été disponible⁹.

La commission considère qu'il vaudrait mieux orienter les patients vers les prestataires de soins le plus adéquats. La fonction principale des services d'urgence

7 Merçay, C., *ibidem*, ch. 5.4 Relation entre le coût de la consultation et le recours aux urgences.

8 Merçay, C., *ibidem*, ch. 4.3 Relation entre la part d'utilisateurs multiples et le recours aux urgences.

9 Dorn, M., «Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2023 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF)» sur mandat de l'OFSP, Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé, Rapport Obsan 10/2023.

des hôpitaux doit être de permettre une prise en charge rapide et efficace des situations les plus graves et de garantir un accès aux soins, quand aucune autre option n'est possible ou suffisante. L'approche choisie par la présente initiative parlementaire a le mérite de créer un effet dissuasif, détournant les cas bénins des urgences et les orientant vers une prise en charge plus adéquate et en même temps plus économique. Les personnes ciblées par la présente initiative sont en première ligne les utilisateurs multiples, qui se rendent donc plusieurs fois par an aux urgences.

L'objectif est d'alléger les urgences : la solution ne doit donc pas passer par la création de démarches administratives lourdes ou de tâches supplémentaires pour le personnel médical et soignant.

2.3 Solutions étudiées et solution retenue

Constitution et champs d'application de la LAMal

L'initiative parlementaire demande l'introduction d'une taxe pour les personnes qui se rendent aux urgences d'un hôpital. Cette « taxe » ne peut pas être considérée comme une taxe administrative au sens usuel. Le supplément visé doit être imputé en sus des coûts liés à la consultation et il n'est pas calculé en fonction des coûts. Il ne s'agit en l'occurrence pas d'une taxe administrative, qui, au sens habituel du terme, sert à couvrir une dépense de l'état. Le but du supplément étant celui d'orienter le comportement de la population et de faire en sorte que les cas bénins soient dirigés en premier lieu vers d'autres prestataires de soins, il faudrait interpréter ce supplément plutôt comme une taxe d'incitation.

Il faut également considérer que la « taxe » visée par l'initiative parlementaire n'entre pas dans le champ d'application de la LAMal. Le supplément ne porte pas en effet sur une prestation, la prise en charge des coûts, la participation aux coûts ou une obligation de réduire le dommage.

De plus, conformément à l'art. 117, al. 1, de la Constitution fédérale (Cst.)¹⁰, l'introduction d'une réglementation dans la LAMal allant au-delà du champ d'application de l'assurance maladie n'est pas autorisée. L'initiative veut introduire une taxe pour toute consultation dans un service d'urgence hospitalier. Toutes les personnes qui se rendent aux urgences ne sont toutefois pas assurées selon la LAMal (par exemple les touristes, les patients assurés selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents [LAA]¹¹ ou encore ceux assurés au sens de la loi fédérale sur l'assurance militaire [LAM]¹²).

Sur la base de ces considérations d'ordre juridique et constitutionnel, la commission a approfondi deux possibles approches pour la mise en œuvre de l'initiative parlementaire.

Une première approche, plus proche du texte de l'initiative, avait pour but d'introduire une taxe incitative de 50 francs pour tous les cas bénins se rendant aux services d'urgence hospitaliers. Cela aurait impliqué un élargissement du champ

10 RS 101

11 RS 832.20

12 RS 833.1

d'application actuel de la LAMal par le biais d'une modification de la Constitution fédérale.

Une deuxième approche se fondait en revanche sur l'idée de remplacer la taxe incitative décrite dans le texte de l'initiative par une augmentation de 50 francs de la quote-part à la charge des assurés qui se rendent aux urgences. L'introduction d'un supplément au sens d'une augmentation de la participation aux coûts à charge du patient serait conforme au champ d'application de la LAMal ainsi qu'aux dispositions constitutionnelles. Ce supplément serait cependant applicable uniquement aux personnes soumises à l'AOS.

Notion d'urgence et de cas bénin

Une deuxième difficulté concerne les notions de « urgence » et de « cas bénin ». L'objectif de l'initiative est de créer un effet dissuasif permettant d'orienter les « cas bénins » vers d'autres formes de prise en charge, en préservant les capacités d'accueil des services d'urgence des hôpitaux pour les véritables « urgences ». La notion de « cas bénins » n'est pourtant définie ni dans la loi ni dans la pratique médicale.

La notion d'urgence¹³ a, quant à elle, été définie dans le cadre d'une révision de la LAMal visant la mise en œuvre de l'initiative cantonale du canton de Thurgovie 16.312 « Exécution de l'obligation de payer les primes. Modification de l'art. 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie ». Le nouvel art. 64a, al. 7, LAMal, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2024, définit une urgence comme suit :

Une prestation relevant de la médecine d'urgence consiste en une prestation qui ne peut pas être repoussée. C'est le cas lorsque l'assuré, en l'absence d'un traitement immédiat, doit craindre une atteinte à la santé, voire la mort, ou qu'il peut mettre en danger la santé d'autres personnes.

Si le but est de détourner les « cas bénins » des urgences hospitalières, une approche possible est de se baser sur une définition négative et prévoir ainsi l'acquittement du supplément pour tout cas *n'étant pas une urgence* au sens de l'art. 64a, al. 7, LAMal. Cette variante aurait le mérite de faire une distinction entre les personnes se rendant aux urgences hospitalières suite à une véritable urgence et celles qui y font recours pour des cas bénins, en prévoyant l'acquittement d'un émolument de 50 francs uniquement dans le deuxième cas de figure. En même temps, cette évaluation pèserait davantage sur les épaules des professionnels de la santé, qui seraient appelés à juger si une personne s'est rendue aux urgences en raison d'une véritable urgence ou s'il s'agit d'un cas bénin. Cette appréciation comporterait des tâches supplémentaires et des formalités administratives pour le personnel actif sur le terrain, allant à l'encontre de l'objectif, et elle risquerait même d'être source d'insécurité juridique pour les personnes concernées.

La commission a ainsi analysé la possibilité de s'éloigner de la distinction entre « urgence » et « cas bénin » et de prévoir l'introduction d'un supplément systématique pour toute consultation aux urgences hospitalières. Il serait possible de définir les exceptions à ce supplément de manière exhaustive. Le fait d'éviter

13 Les termes « urgence » et « prestation relevant de la médecine d'urgence » ont déjà été utilisés dans la LAMal (p. ex. art. 41, al. 3 et 3^{bis}, LAMal).

l'appréciation subjective de la notion d'urgence permettrait de garantir la sécurité juridique de cette mesure et n'engendrerait guère de démarches administratives supplémentaires pour le personnel des urgences.

Solution retenue

Après avoir étudié deux approches différentes pour la mise en œuvre de l'initiative, la commission, sur la base des constats précédents, a opté pour une solution qui puisse être compatible avec les dispositions constitutionnelles et le champ d'application de la LAMal actuels. Elle propose ainsi de concrétiser la taxe incitative visée par l'initiative parlementaire par une augmentation ciblée de la quote-part à la charge du patient pour toute consultation auprès d'un service d'urgence des hôpitaux. Aux yeux de la commission, il s'agit d'une solution pragmatique permettant d'assurer un cadre d'application clair et uniforme. La commission a analysé deux variantes : une première variante prévoit d'augmenter le montant maximal annuel de la quote-part de 50 francs pour chaque recours non justifié aux urgences hospitalières. Dans la deuxième variante, plus incisive, la participation aux coûts est conçue sous la forme d'un supplément à la quote-part de 50 francs, qui interviendrait donc avant que l'assuré ait atteint le plafond annuel de la quote-part. Par 13 voix contre 12, la commission a opté pour la première variante.

La commission a également voulu renoncer à une distinction entre véritables « urgences » et « cas bénins ». Une telle démarche aurait impliqué une insécurité juridique et alourdi la charge de travail du personnel médical et soignant. La disposition doit donc prévoir comme mécanisme de base une augmentation systématique de la quote-part pour toute consultation dans un service d'urgence d'un hôpital, indépendamment de la nature urgente ou bénigne du cas traité. Une fois établi ce principe de base, la commission a déterminé les exceptions à cette augmentation, qui sont définies de manière exhaustive. Sont exemptées de cette augmentation de la quote-part les personnes qui se rendent aux urgences après avoir préalablement consulté un médecin, un centre de télémédecine ou un pharmacien. Dans tous ces cas, les patients auraient contacté, en amont, un autre prestataire de soins, ce qui revient au but de l'initiative, c'est-à-dire la réorientation des cas bénins vers d'autres formes de prise en charge médicale. De plus, les enfants de moins de 18 ans et les femmes enceintes sont exemptés de cette participation supplémentaire aux frais. La commission ne souhaite pas introduire ce système dans toute la Suisse, elle préfère prévoir cette possibilité dans le cadre légal fédéral et laisser ensuite le choix aux différents cantons. Cette solution est compatible avec la conception du système de santé suisse, qui confère de vastes compétences en matière de planification et d'organisation des soins aux cantons, et permet une prise en compte de la grande disparité entre les cantons en matière de recours aux urgences.

3 Présentation du projet

3.1 Compétence des cantons pour augmenter le montant maximal de la quote-part en cas de consultation aux urgences hospitalières

Conformément au droit en vigueur, la participation aux coûts d'une personne assurée se compose d'une contribution annuelle fixe (franchise) et de 10 % des coûts dépassant la franchise (quote-part)¹⁴. Selon la législation en vigueur, elle est plafonnée : en principe, elle ne peut pas excéder la somme de la franchise¹⁵ et de la quote-part¹⁶. Concernant la quote-part, le Conseil fédéral fixe un montant maximal annuel¹⁷. Il s'élève actuellement à 700 francs pour les adultes et les jeunes adultes¹⁸. Conformément au droit en vigueur, la personne assurée doit par conséquent participer aux coûts pris en charge par l'AOS à hauteur maximale de la franchise choisie, plus la quote-part de 700 francs.

Le projet crée la base légale permettant d'augmenter de 50 francs le montant maximal de la quote-part, actuellement fixé à 700 francs, à la charge de la personne assurée qui se rend aux urgences hospitalières sans demande écrite d'un médecin, d'un centre de télémédecine ou d'un pharmacien. Cette augmentation de la quote-part vise à renforcer la prise de conscience des coûts et la responsabilité individuelle. Pour la commission, la perspective de devoir payer une contribution plus élevée au titre de la quote-part, en fonction du recours à des prestations de santé pendant l'année en cours, dissuadera les assurés sans demande écrite de se rendre aux urgences hospitalières pour des cas bénins. En 2021, environ 10 % des personnes assurées ont atteint la franchise (300, 500, 1000, 1500, 2000 ou 2500 francs) et la quote-part maximale de 700 francs¹⁹. Pour ces personnes, une augmentation du montant maximal de la quote-part aurait eu un impact financier direct. Selon la commission, inciter les personnes assurées à renoncer à une consultation ou à se rendre chez un autre fournisseur de prestations permet de décharger les urgences hospitalières et de fournir des prestations de santé de manière plus efficace et moins coûteuse dans les cas de moindre gravité.

¹⁴ Art. 64, al. 2, let. a et b, LAMal

¹⁵ La franchise de l'assurance ordinaire pour les adultes et les jeunes adultes s'élève à 300 francs (cf. art. 103, al. 1, de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102). Elle peut aussi être fixée à 500, 1000, 1500, 2000 ou 2500 francs (cf. art. 93, al. 1, OAMal).

¹⁶ Commentaire bâlois relatif à la LAMal/LSAMal, 2020, art. 64 N 6. La participation aux coûts comprend, en outre, une contribution aux frais de séjour hospitalier de 15 francs par jour (cf. art. 64, al. 5, LAMal).

¹⁷ Art. 64, al. 3, LAMal

¹⁸ Art. 103, al. 2, OAMal. Le Conseil fédéral peut prévoir une participation aux coûts plus élevée pour certaines prestations (art. 64, al. 6, LAMal). Conformément au droit en vigueur, une quote-part plus élevée de 40 % n'est prévue que pour les préparations originales lorsqu'il existe un générique ou un biosimilaire (art. 104a, al. 1^{bis}, OAMal en relation avec l'art. 38a, al. 1, de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie [OPAS ; RS 832.112.31]). Si la quote-part à verser est plus élevée, le montant qui dépasse le taux fixé par la loi ne compte que pour moitié dans le calcul du montant maximal de 700 francs (art. 104a, al. 2, OAMal). Ainsi, dans le cas d'une franchise de 300 francs, la participation maximale aux coûts s'élève à 1000 francs par année civile. Dans le cas d'une franchise de 2500 francs, elle atteint 3200 francs par année civile.

¹⁹ Calcul basé sur la collecte des données statistiques individuelles 2021 (EFIND2021, prestations selon la date de traitement) : www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/individualdaten-zur-krankenpflegeversicherung/statistik.html

La décision d'introduire une augmentation du montant maximal de la quote-part est laissée à la discrétion des cantons. Une telle solution est compatible avec la conception du système de santé suisse, qui confère aux cantons de vastes compétences en matière de planification et d'organisation des soins²⁰. Elle permet de tenir compte des différences importantes qui existent entre les cantons en matière de recours aux services d'urgence. Les cantons mèneront des campagnes d'information pour garantir que les assurés comprennent bien la nouvelle réglementation et les éventuelles différences selon les cantons.

La nouvelle réglementation doit s'appliquer en cas de recours à l'ensemble des services d'urgence des hôpitaux admis en Suisse, définis à l'art. 39, al. 1, LAMal.

À titre d'illustration des conséquences, voir les exemples de calcul basés sur des scénarios concrets au chap. 4 de la note de l'OFSP du 26 mars 2024 « Comparaison des propositions de mise en œuvre » (variante 1)²¹.

3.2 Champ d'application et exemptions de l'augmentation du montant maximal de la quote-part en cas de consultation aux urgences hospitalières

La réglementation proposée s'applique uniquement aux personnes assujetties à l'AOS. Elle ne concerne pas les patients au bénéfice d'une assurance selon la LAA ou la LAM.

Sont exemptés de l'augmentation du montant maximal de la quote-part les femmes enceintes jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les enfants jusqu'à 18 ans ainsi que les personnes adressées par écrit aux urgences par un médecin, un centre de télémédecine ou un pharmacien.

3.2.1 Femmes enceintes

Il est prévu d'exempter les personnes enceintes de l'augmentation du montant maximal de la quote-part. Les prestations de maternité prévues à l'art. 29, al. 2, LAMal sont exonérées de la participation aux coûts dès le début de la grossesse, conformément à l'art. 64, al. 7, let. a, LAMal. Conformément au droit en vigueur, l'assureur ne peut prélever aucune participation aux coûts des prestations de diagnostic et de traitement des maladies qui sont fournies à partir de la 13^e semaine de grossesse, pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement (art. 64, al. 7, let. b, LAMal). La modification de la LAMal²² concernant le deuxième volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts prévoit d'ailleurs de faire débiter cette exception à la participation aux coûts non plus à partir de la 13^e semaine de grossesse, mais dès la constatation de la grossesse par un médecin ou une sage-femme.

20 Par exemple, les cantons n'appliquent pas tous les listes prévues à l'art. 64a LAMal en cas de non-paiement des primes. Conformément à l'art. 64a, al. 7, LAMal, les cantons peuvent tenir une liste des assurés qui ne paient pas leurs primes malgré les poursuites. Les assureurs-maladie suspendent la prise en charge des prestations fournies à ces assurés, à l'exception de celles relevant de la médecine d'urgence.

21 Disponible via Curia Vista > 17.480 > Documents publics des commissions/Autres rapports > [Note – Comparaison des propositions de mise en œuvre](#)

22 FF 2022 2428, Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet), www.parlement.ch > Curia Vista > 22.062.

Pour des raisons de sécurité juridique, il est judicieux d'appliquer également, dans ce projet, la même définition du début de grossesse à l'exception de l'augmentation du montant maximal de la quote-part en cas de consultation aux urgences hospitalières.

3.2.2 Enfants

Il est prévu d'exclure les enfants de l'augmentation du montant maximal de la quote-part.

La quote-part applicable aux enfants s'élève à la moitié de celle valable pour un adulte²³. L'échelonnement selon le groupe d'âge s'effectue d'après l'année de naissance²⁴.

3.2.3 Personnes disposant d'une demande écrite

Le projet prévoit de recourir à la demande écrite. À cet égard, la forme écrite ne se réfère pas aux dispositions de la loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse (Livre cinquième : Droit des obligations)²⁵.

Le terme « demande » apparaît pour la première fois dans la LAMal. Dans ce cadre, il ne désigne pas une ordonnance médicale au sens de la loi, mais le transfert par un professionnel (médecin, pharmacien) vers un autre, après un examen ou d'éventuels diagnostics et traitements dans le cadre de son domaine de compétences.

3.2.3.1 Demande écrite par un médecin

La La loi fédérale sur les professions médicales universitaires (LPMéd)²⁶ autorise les médecins à poser un diagnostic médical et à proposer un traitement approprié pour traiter un trouble de la santé²⁷. Conformément à l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend ces prestations en charge pour autant qu'elles soient dispensées par un médecin ou une institution de soins ambulatoires dispensés par un médecin admis à charge de l'AOS (cf. art. 35, al. 2, let. a et n, LAMal). Les conditions d'admission pour les médecins et les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins figurent respectivement aux art. 38 et 39 de l'ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal)²⁸.

Cela concerne donc également l'évaluation médicale et la demande écrite d'une personne vers les urgences hospitalières. Le remboursement de ces prestations s'effectue conformément aux dispositions légales et aux réglementations tarifaires déterminantes (TARMED).

3.2.3.2 Demande écrite par le médecin d'un centre de télémédecine

Par « centres de télémédecine », on entend en principe des institutions dirigées par des médecins. D'autres professionnels y travaillent, notamment du personnel

²³ Art. 64, al. 4, LAMal

²⁴ Art. 91, al. 3, OAMal

²⁵ RS 220

²⁶ RS 811.11

²⁷ Art. 8, let. b, LPMéd

²⁸ RS 832.102

infirmier. Conformément aux dispositions légales, la compétence de poser un diagnostic et de transférer les patients vers les urgences hospitalières incombe, toutefois, aux médecins. En ce qui concerne l'admission dans le cadre de l'AOS, les conditions sont les mêmes que celles mentionnées au ch. 3.2.3.1.

3.2.3.3 Demande écrite par un pharmacien

Selon la LPMéd, les pharmaciens contribuent à la promotion et à la préservation de la santé ainsi qu'à la prévention des maladies. Ils disposent de connaissances de base appropriées concernant le diagnostic et le traitement des maladies et des troubles de la santé courants²⁹. Actuellement, la LAMal ne prévoit pas que les pharmaciens fournissent des prestations de diagnostic et de traitement, comme décider d'envoyer un patient aux urgences hospitalières. Par conséquent, l'AOS ne peut pas prendre ces prestations en charge lorsqu'elles sont fournies par des pharmaciens.

3.2.3.4 Responsabilité

Un médecin peut engager à la fois sa responsabilité contractuelle, lorsqu'il faillit à la bonne exécution de son mandat, et sa responsabilité délictuelle, lorsqu'il porte atteinte, dans le cadre du traitement, à un droit absolu du patient³⁰.

Pour faire valoir une responsabilité civile, trois conditions doivent être remplies :

1. Le professionnel de la santé a manqué à son devoir de diligence.
2. Le patient a subi un préjudice.
3. Il existe un lien de causalité entre la violation du devoir de diligence et le préjudice subi.

Des procédures civiles permettent de déterminer s'il y a eu violation du devoir de diligence³¹. Il s'agit de déterminer si l'acte ou l'omission du professionnel de la santé peut être considéré comme une négligence dans les circonstances données. Cette situation est similaire à celle où un médecin généraliste ou un pharmacien adresse un patient à un spécialiste. Les mêmes principes de diligence et de responsabilité s'appliquent dans ces cas.

La LPMéd demande expressément que les médecins contractent une assurance responsabilité civile professionnelle offrant une couverture adaptée à la nature et à l'étendue des risques liés à leur activité. Par ailleurs, la FMH les oblige à disposer d'une assurance suffisante couvrant les éventuelles réclamations liées à leur responsabilité civile professionnelle. Un médecin qui exerce sans assurance responsabilité civile professionnelle contrevient donc directement à ses obligations professionnelles.

Les pharmaciens, tout comme les médecins, sont tenus de remplir leur devoir de diligence. En outre, ils sont soumis à l'art. 40, let. h, LPMéd, qui exige de souscrire une assurance responsabilité civile professionnelle offrant une couverture adaptée à la nature et à l'étendue des risques liés à son activité, sauf si cette dernière est régie par le droit de la responsabilité étatique.

²⁹ Art. 9, let. j, LPMéd

³⁰ Yves Bonnard, Sophie Ciola-Dutoit, Deborah Schorno : Partage du travail et responsabilités en clinique privée, AJP/PJA 11/2010, p. 1401 ss.

³¹ ATF 133 III 121.

3.3 Mise en œuvre

Conformément à l’art. 96 LAMal, le Conseil fédéral édicte les dispositions d’exécution. Il convient d’y déterminer la réglementation applicable lorsqu’une personne assurée devient soumise à l’obligation de s’assurer en cours d’année dans un autre canton dans lequel d’autres règles s’appliquent concernant l’augmentation de la quote-part en cas de recours aux urgences hospitalières.

Les dispositions d’exécution doivent également préciser les modalités relatives à la demande écrite de l’instance orientant la personne vers les urgences hospitalières. À cet égard, la forme écrite ne se réfère pas aux règles du code des obligations ; il faut donc la définir au niveau de l’ordonnance.

Il convient de s’assurer que toutes les instances habilitées à adresser les patients vers les urgences savent ce qu’on entend par « demande écrite ». Il est nécessaire que celles situées dans les cantons où le montant maximal de la quote-part n’est pas majoré en soient également informées. Cela pour le cas où une personne domiciliée dans un canton où le montant maximal de la quote-part a augmenté souhaite qu’une instance l’adresse aux urgences hospitalières d’un canton où ce n’est pas le cas. De même, tous les hôpitaux doivent être en mesure de transmettre la demande écrite aux assureurs-maladie. Le cas échéant, la demande écrite pourrait être transmis directement aux assureurs-maladie avec la facture. Cela vaut également pour les hôpitaux situés dans des cantons ne prévoyant pas d’augmentation du montant maximal de la quote-part.

3.4 Propositions de minorité

3.4.1 Non-entrée en matière

Une minorité (Crottaz, Brenzikofer, Gysi Barbara, Hess Lorenz, Marti Samira, Meyer Mattea, Piller Carrard, Roduit, Weichelt, Wyss) propose de ne pas entrer en matière sur le projet. À ses yeux, le projet n’aura aucun effet, car il est peu probable que les fournisseurs de prestations refusent de munir leurs patients d’une demande écrite, par crainte de conséquences juridiques. De plus, même si un fournisseur de prestations devait refuser d’écrire une demande, les personnes concernées pourraient toujours s’adresser à d’autres spécialistes pour en obtenir une. En outre, les conséquences sur les droits des patients et sur la responsabilité des pharmaciens ne sont pas claires. De plus, lors d’une urgence survenant par exemple pendant la nuit et pour laquelle le patient n’a pu, au préalable, ni demander conseil auprès d’un centre de télémédecine, ni consulter un pharmacien ou un médecin, le patient verra sa quote-part augmenter même s’il ne s’agit manifestement pas d’un cas bénin. En effet, le projet de loi ne fait pas de distinction entre les cas bénins et les urgences. Par ailleurs, la minorité estime que le projet entraînera une charge administrative importante sans présenter de potentiel d’économie et qu’il comporte des risques financiers. En particulier, on ne connaît pas clairement les conséquences financières de la mise en place de services de permanence médicale disponibles 24 heures sur 24 ni les possibilités de facturation des prestations par les pharmaciens.

Selon cette minorité, l’augmentation de la participation aux coûts pour les patients ne constitue pas une solution efficace pour décharger les urgences hospitalières. À ses yeux, il est plus efficace d’informer la population sur les autres possibilités de

traitement et de renforcer les soins de base dans les régions, notamment en luttant contre la pénurie de personnel qualifié.

3.4.2 Pas de délégation aux cantons

Une minorité (Nantermod, Dobler, Sauter, Silberschmidt) propose de renoncer à la délégation aux cantons et, ainsi, de mettre en place l'augmentation du montant maximal de la quote-part dans toute la Suisse, jugeant que la fixation de la quote-part est une compétence de la Confédération, traduite par celle-ci dans la LAMal. L'introduction d'une nouvelle compétence pour les cantons entraînerait des divergences dans l'application de la LAMal.

3.4.3 Supplément à la quote-part

Une minorité I (Glarner, Aellen, Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, de Courten, Gutjahr, Sauter, Silberschmidt, Thalmann-Bieri, Vietze, Wyssmann) propose une variante alternative, prévoyant l'acquittement d'un supplément de 50 francs à la quote-part à chaque fois que le patient se rend aux urgences hospitalières. Les mêmes exceptions que pour la variante majoritaire s'appliqueraient (femmes enceintes et enfants, personnes disposant d'une demande écrite). Comme dans le cas de la variante majoritaire, la compétence de mise en œuvre du supplément serait transférée aux cantons. Cette participation supplémentaire aux coûts interviendrait plus tôt que l'augmentation du montant maximal de la quote-part : il ne serait pas nécessaire d'atteindre le plafond habituel de la quote-part, actuellement fixé à 700 francs. Si la personne concernée a déjà atteint sa franchise, elle devrait s'acquitter de ce supplément dans le cadre de la participation aux coûts, indépendamment du montant de la quote-part qu'elle a déjà payé. Cette variante alternative concernerait donc davantage de personnes assurées que la variante majoritaire³². Actuellement, environ 54 % de l'ensemble des assurés épuisent leur franchise au cours de l'année et seraient directement concernés par ce supplément.

3.4.4 Supplément à la quote-part, sans délégation aux cantons

Une minorité II (Nantermod, Dobler, Sauter, Silberschmidt) est favorable au supplément à la quote-part proposé dans le cadre de la variante alternative. Elle demande toutefois de renoncer à la délégation aux cantons. Une mise en place à l'échelle de la Suisse serait conforme à la systématique actuelle de la LAMal et garantirait une application uniforme de cette dernière pour l'ensemble des assurés.

4 Commentaires relatifs aux différentes dispositions

4.1 Variante de la majorité Art. 64, al. 3^{bis}, P-LAMal

La participation aux coûts des personnes assurées est régie à la section 3 du chapitre 5 de la LAMal. Elle se compose d'une contribution annuelle fixe (franchise) et de 10 % des coûts dépassant la franchise (quote-part). L'objectif de la quote-part

³² À titre d'illustration des conséquences, voir les exemples de calcul basés sur des scénarios concrets au chap. 4 de la note de l'OFSP du 26 mars 2024 « Comparaison des propositions de mise en œuvre » (variante 2) ; disponible via Curia Vista >17.480 > Documents publics des commissions/Autres rapports : [Note – Comparaison des propositions de mise en œuvre](#)

est de sensibiliser les personnes assurées aux coûts même si elles ont déjà eu recours à des prestations médicales. La participation aux coûts est plafonnée : en principe, elle ne peut pas excéder la somme de la franchise et du montant maximal. Conformément à l'art. 64, al. 3, LAMal en vigueur, le Conseil fédéral fixe dans les dispositions d'exécution le montant de la franchise et le montant maximal de la quote-part. Ce dernier s'élève actuellement à 700 francs (art. 103, al. 2, OAMal). Le Conseil fédéral peut prévoir une participation aux coûts plus élevée pour certaines prestations (art. 64, al. 6, let. a, LAMal). La personne assurée participe aux coûts dans la limite du montant maximal de la quote-part de 700 francs par an. Si l'ensemble des coûts imputables à la quote-part atteint le montant maximal, la personne assurée n'a plus de quote-part à payer.

Le nouvel art. 64, al. 3^{bis}, P-LAMal a pour but de permettre l'augmentation du montant maximal de la quote-part en dépit du montant fixé par le Conseil fédéral à l'art. 103, al. 2, OAMal. Les cantons pourraient ainsi augmenter de 50 francs le montant maximal de la quote-part en cas de recours aux services d'urgence. Ils seraient ainsi en mesure de prévoir une augmentation de 50 francs du montant maximal annuel de la quote-part à la charge de la personne assurée chaque fois que cette dernière se rend aux urgences hospitalières. Il n'est pas nécessaire de modifier l'art. 64, al. 4, LAMal, qui se réfère au montant maximal de la quote-part fixé par le Conseil fédéral tel que défini à l'art. 103, al. 2, OAMal, et non à l'augmentation individuelle de ce montant maximal telle que prévue dans le nouvel al. 3^{bis}.

Il y a lieu d'exempter de cette augmentation les enfants et les femmes enceintes ainsi que les personnes adressées par écrit aux urgences hospitalières par un médecin, un centre de télémédecine ou un pharmacien.

Il appartient au canton dans lequel la personne est assurée de choisir d'augmenter ou non le montant maximal de la quote-part en cas de recours aux urgences hospitalières. L'augmentation s'applique également lorsque la personne assurée se rend aux urgences hospitalières dans un canton qui n'a pas prévu d'augmentation.

Via une demande écrite, toutes les instances habilitées à orienter les patients vers les urgences (médecins, médecins travaillant dans un centre de télémédecine, pharmaciens) confirment que, sur la base de leur évaluation de l'état de santé de la personne assurée et de la situation de cette dernière, elles estiment indiquée une prise en charge aux urgences hospitalières. L'hôpital transmet la demande écrite aux assureurs afin que ceux-ci n'appliquent pas d'augmentation de la quote-part.

Les conséquences juridiques du refus d'un médecin, d'un pharmacien ou d'un centre de télémédecine de fournir une demande écrite pour adresser un patient aux urgences devront encore être examinées de manière approfondie et réglées dans le cadre de l'élaboration des dispositions d'exécution. Celles-ci devront notamment déterminer les possibilités dont disposent les personnes assurées lorsqu'elles ne sont pas adressées par écrit aux urgences.

Art. 64, al. 3^{bis}, P-LAMal

Minorité (Nantermod, Dobler, Sauter, Silberschmidt)

Une minorité souhaite l'abandon de la délégation aux cantons et la mise en place de l'augmentation du montant maximal de la quote-part à l'échelle de la Suisse.

4.2 Variante alternative selon les minorités I et II

Art. 64, al. 2, let. c, et 2^{bis} P-LAMal

Minorité I (Glarner, Aellen, Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, de Courten, Gutjahr, Thalmann-Bieri, Sauter, Silberschmidt, Vietze, Wyssmann)

La minorité I souhaite voir complétée la participation aux coûts par un supplément à la quote-part pour chaque consultation aux urgences hospitalières dès épuisement de la franchise. Dans ce cas, la personne assurée devrait s'acquitter de ce supplément dans le cadre de la participation aux coûts, indépendamment du montant de la quote-part qu'elle a déjà payé. Cette minorité estime qu'il faut confier la compétence de mise en œuvre aux cantons. Cette participation aux coûts consiste en un supplément à la quote-part de 50 francs au maximum pour chaque consultation aux urgences, pour autant que le canton de résidence prévoit un tel supplément. Le terme « au maximum » est nécessaire, car la quote-part et le supplément ne doivent pas excéder les coûts. Il y a lieu d'exempter de ce supplément les enfants et les femmes enceintes ainsi que les personnes adressées par écrit aux urgences hospitalières par un médecin, un centre de télémédecine ou un pharmacien.

Art. 64, al. 2, let. c, et 2^{bis}, P-LAMal

Minorité II (Nantermod, Dobler, Sauter, Silberschmidt)

À l'instar de la minorité I, la minorité II souhaite la mise en place d'un supplément à la quote-part, mais à l'échelle nationale. Contrairement à la minorité I, elle ne prévoit donc pas de délégation de compétence aux cantons.

5 Conséquences

5.1 Conséquences pour la Confédération

5.1.1 Conséquences financières

La modification des différents articles n'a pas de conséquences financières pour la Confédération.

5.1.2 Conséquences pour le personnel fédéral

La modification des différents articles n'entraîne pas de surcroît de travail pour le personnel fédéral. Aucun poste supplémentaire n'est requis.

5.2 Conséquences pour les cantons, les communes, les centres urbains, les agglomérations et les régions de montagne

La modification des différents articles a peu de conséquences financières pour les cantons, les communes, les centres urbains, les agglomérations et les régions de montagne. Toutefois, il y a lieu d'adapter les dispositions légales cantonales si les cantons décident d'augmenter le montant maximal de la quote-part en cas de recours aux services d'urgence.

L'augmentation du montant maximal de la quote-part en cas de recours aux urgences hospitalières induira un accroissement de la charge administrative et, partant, des coûts pour les cantons, lié à la mise en œuvre des différentes règles selon les cantons, à leur contrôle et à l'information correspondante à la population.

Par ailleurs, les cantons sont chargés de surveiller les fournisseurs de prestations. Ils doivent ainsi s'assurer que ces derniers appliquent les règles de la même manière pour tous les patients.

5.3 Conséquences économiques

Les adaptations proposées concernent les urgences des hôpitaux suisses. L'augmentation du montant maximal de la quote-part de 50 francs pour chaque consultation aux urgences hospitalières a pour objectif d'instaurer une incitation à la maîtrise des coûts. On peut s'attendre à ce que cette mesure décharge les services d'urgence des hôpitaux et que d'autres fournisseurs de prestations puissent prendre en charge les cas de moindre gravité de manière plus efficace et moins coûteuse. Parallèlement, il s'ensuivra un accroissement de la charge administrative pour les hôpitaux.

En 2021, environ 10 % des personnes assurées ont atteint la franchise (300, 500, 1000, 1500, 2000 ou 2500 francs) et la quote-part maximale de 700 francs³³. Pour ces personnes, l'augmentation de la quote-part de 50 francs à chaque consultation aux urgences sans présentation d'une demande écrite a des conséquences financières directes. Les médecins, les centres de télémédecine dirigés par un médecin et les pharmaciens devront vraisemblablement faire face à une charge administrative plus importante liée à l'établissement de cette demande écrite.

5.4 Conséquences sociales

On peut s'attendre à ce que, dans certains cas, l'augmentation de la quote-part dissuade les personnes assurées de se rendre aux urgences hospitalières. Il pourrait s'ensuivre un déplacement des consultations des urgences vers d'autres fournisseurs de prestations, ce qui permettrait de désengorger ces dernières. Elles pourraient alors consacrer davantage de capacités aux cas urgents et utiliser plus efficacement le personnel médical et infirmier.

La modification des articles entraîne une prise en charge non plafonnée des coûts pour les assurés, ce qui peut créer une incertitude sur le comportement à adopter en

³³ Calcul basé sur la collecte des données statistiques individuelles 2021 (EFIND2021, prestations selon la date de traitement) : www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankensversicherung/individualdaten-zur-krankenpflegeversicherung/statistik.html.

cas de recours aux urgences. Il pourrait être plus difficile pour les patients d'estimer le coût réel de leur visite à l'hôpital. La LAMal prévoit un financement par les primes et une participation aux coûts. Le présent projet augmente la quote-part et donc la participation aux coûts. Cette modification a pour conséquence d'alourdir la charge des assurés.

6 Aspects juridiques

6.1 Constitutionnalité

La compétence de la Confédération de légiférer en matière d'assurance-maladie découle de l'art. 117, al. 1, de la Constitution fédérale³⁴.

6.2 Compatibilité avec les obligations internationales de la Suisse

Les modifications législatives proposées sont compatibles avec les obligations internationales. Les obligations découlant de 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)³⁵, de la Convention du 4 janvier 1960 instituant l'Association européenne de libre-échange (AELE)³⁶ et de la Convention sur la coordination de la sécurité sociale entre la Confédération suisse et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord³⁷ (entrée en vigueur le 1^{er} avril 2023) ne sont pas affectées. Les personnes assurées par l'AOS en Suisse et résidant dans l'UE/l'AELE/au Royaume-Uni (retraités et frontaliers) ne sont pas concernées. La réglementation est fondée sur le domicile ; or, ces personnes sont domiciliées à l'étranger. Se baser sur le lieu d'activité de ces personnes (frontaliers) entraînerait une inégalité de traitement.

6.3 Forme de l'acte à adopter

Le projet contient des dispositions importantes fixant des règles de droit au sens de l'art. 164, al. 1, Cst., puisqu'il concerne les droits et les obligations des personnes. Il doit donc être édicté sous la forme d'une loi fédérale sujette au référendum facultatif.

6.4 Frein aux dépenses

Le projet ne prévoit ni subventions, ni crédits d'engagement, ni plafonds de dépenses entraînant de nouvelles dépenses uniques supérieures à 20 millions de francs ou de nouvelles dépenses périodiques supérieures à 2 millions de francs. Il n'est donc pas soumis au frein aux dépenses.

6.5 Conformité aux principes de subsidiarité et d'équivalence fiscale

L'attribution et l'accomplissement des tâches étatiques se fondent sur le principe de subsidiarité (art. 5a Cst.). Conformément à l'art. 43a, al. 1, Cst., la Confédération

34 RS 101

35 RS 0.142.112.681

36 RS 0.632.31

37 RS 0.831.109.367.2

n'assume que les tâches qui excèdent les possibilités des cantons ou qui nécessitent une réglementation uniforme par la Confédération. Dans le même temps, elle doit faire un usage parcimonieux de ses compétences et laisser aux cantons suffisamment de latitude pour accomplir leurs tâches.

Selon l'art. 117 Cst., la Confédération dispose d'une compétence réglementaire globale pour légiférer sur l'assurance-maladie. En revanche, les soins de santé à la population relèvent, en principe, de la responsabilité des cantons. La Confédération et les cantons assument en l'occurrence, dans le cadre de leurs compétences, les tâches liées à l'augmentation de la quote-part en cas de consultation aux urgences hospitalières. La Confédération réglemente l'augmentation de la quote-part en cas de recours aux urgences hospitalières, mais laisse aux cantons le soin de décider d'introduire une telle mesure ou non. Ainsi, les principes de subsidiarité et d'équivalence fiscale sont respectés.

6.6 Délégation de compétences législatives

L'art. 96 LAMal confère au Conseil fédéral la compétence d'édicter des dispositions d'exécution dans le domaine de l'assurance-maladie sociale.

Le projet autorise le Conseil fédéral à déterminer la franchise et la quote-part.