

09.528 *n* Initiative parlementaire. Financement moniste des prestations de soins (*Humbel*)

Droit en vigueur

Projet de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national

du 5 avril 2019

Avis du Conseil fédéral

du 14 août 2019

Propositions de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national

du 5 avril 2019 et du 29 août 2019

Majorité

Minorité (Gysi, Barrile, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Heim, Schenker Silvia, Töngi)

Adhésion au projet de la Commission, sauf observations

Entrer en matière et adhérer au projet de la Commission, sauf observations

Ne pas entrer en matière

**Loi fédérale
sur l'assurance-maladie
(LAMal)**

(Financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation)

Modification du ...

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,

vu le rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national du 5 avril 2019¹,
vu l'avis du Conseil fédéral du 14 août 2019²,

arrête:

¹ FF 2019 3411

² FF 2019 ...

Droit en vigueur**Projet de la Commission du
Conseil national****Conseil fédéral****Commission du Conseil national**

|

|

|

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur
l'assurance-maladie³ est modifiée
comme suit :

Art. 16 Principe**Art. 16, al. 3^{bis}**

¹ Les assureurs dont les effectifs de
personnes à risque élevé de maladie
sont inférieurs à la moyenne des
effectifs de l'ensemble des assureurs
versent une redevance de risque à
l'institution commune (art. 18).

² Les assureurs dont les effectifs de
personnes à risque élevé de maladie
sont supérieurs à la moyenne
des effectifs de l'ensemble des
assureurs reçoivent une contribution
de compensation de la part de
l'institution commune.

³ Les redevances de risque et les
contributions de compensation
doivent compenser entièrement
les différences moyennes de
risque entre les groupes de risque
déterminants.

^{3bis} Elles sont calculées après déduc-
tion de la contribution cantonale au fi-
nancement de l'assurance obligatoire
des soins au sens de l'art. 60.

(voir art. 60a)

⁴ Le risque élevé de maladie est
défini par l'âge, le sexe et d'autres
indicateurs de morbidité appropriés.
Le Conseil fédéral détermine les
indicateurs.

Majorité

Minorité (Nantermod, Ammann, de
Courten, Hess Lorenz, Humbel, Pez-
zatti, Roduit, Sauter, Weibel)

^{3bis} *Biffer*

(voir art. 60a)

Droit en vigueur**Projet de la commission du
Conseil national****Conseil fédéral****Commission du Conseil national**

⁵ Les assurés âgés de moins de 19 ans le 31 décembre de l'année concernée (enfants) sont exclus de l'effectif des assurés déterminant.

Art. 18**Art. 18, al. 2^{sexies}, 2^{octies} et 5 1^{ère} phrase**

¹ Les assureurs créent une institution commune sous la forme d'une fondation. L'acte de fondation et les règlements de l'institution sont soumis à l'approbation du département. Le Conseil fédéral crée l'institution commune si les assureurs ne l'ont pas fait. Il édicte les prescriptions nécessaires si les assureurs ne peuvent s'entendre sur la gestion de l'institution.

² L'institution commune prend en charge les coûts afférents aux prestations légales en lieu et place des assureurs insolubles conformément à l'art. 51 LSAMal.

^{2bis} L'institution commune statue sur les demandes de dérogation à l'obligation de s'assurer déposées par des rentiers et des membres de leur famille qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège.

^{2ter} Elle affine d'office les rentiers ainsi que les membres de leur famille qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège et qui n'ont pas donné suite à l'obligation de s'assurer en temps utile.

^{2quater} Elle assiste les cantons dans l'exécution de la réduction des primes prévue à l'art. 65a en faveur des assurés qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège.

^{2quinquies} Elle procède à la réduction des primes conformément à l'art. 66a.

Droit en vigueur**Projet de la Commission du
Conseil national****Conseil fédéral****Commission du Conseil national**

^{2sexies} L'institution commune peut assumer, contre indemnisation, d'autres tâches d'exécution qui lui sont confiées par les cantons.

^{2sexies} Elle répartit la contribution cantonale entre les assureurs conformément à l'art. 60a.
(voir art. 60, al. 5)

^{2septies} Elle gère le fonds chargé du suivi des donneurs vivants conformément à l'art. 15b de la loi du 8 octobre 2004 sur la transplantation.

^{2octies} Elle peut assumer, contre indemnisation, d'autres tâches d'exécution qui lui sont confiées par les cantons.

³ Le Conseil fédéral peut confier à l'institution d'autres tâches, notamment afin de remplir des engagements internationaux.

⁴ Les assureurs peuvent convenir de lui confier certaines tâches d'intérêt commun, notamment dans les domaines administratif et technique.

⁵ Pour financer les tâches de l'institution visées aux al. 2 et 4, les assureurs doivent lui verser des contributions à la charge de l'assurance-maladie sociale. L'institution réclame ces contributions et perçoit un intérêt moratoire en cas de retard dans le paiement. Le montant des contributions et de l'intérêt moratoire est fixé par les règlements de l'institution.

⁵ Pour financer les tâches visées à l'al. 2, ^{2sexies} et 4, les assureurs versent à l'institution commune des contributions à la charge de l'assurance-maladie sociale. ...

Majorité

^{2sexies} Elle répartit la contribution cantonale et la contribution fédérale entre les assureurs conformément à l'art. 60a.
(voir art. 60, al. 5)

Majorité

Minorité (Aeschi Thomas, Brand, Clottu, de Courten, Giezendanner, Herzog, Hess Erich)

^{2sexies} Elle répartit la contribution fédérale entre les assureurs conformément à l'art. 60a.
(voir art. 60, al. 5)

Minorité (Carobbio Guscetti, Barrile, Feri Yvonne, Gysi, Heim, Schenker Silvia, Töngi)

^{2octies} Elle assume, contre indemnisation, d'autres tâches d'exécution qui lui sont confiées par les cantons, notamment le contrôle des données que les assureurs transmettent aux cantons conformément à l'art. 60, al. 5.

Droit en vigueur**Projet de la commission du
Conseil national****Conseil fédéral****Commission du Conseil national**

^{5bis} La Confédération assume le financement des tâches visées aux al. 2^{bis} à 2^{quinq}.

⁶ Le Conseil fédéral règle le financement des tâches confiées à l'institution commune en application de l'al. 3.

⁷ L'institution commune tient des comptes distincts pour chacune de ses tâches. Elle bénéficie de l'exonération d'impôts en vertu de l'art. 80 LPGa.

⁸ L'art. 85^{bis}, al. 2 et 3, de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants s'applique par analogie aux recours formés devant le Tribunal administratif fédéral contre les décisions de l'institution commune fondées sur les al. 2^{bis}, 2^{ter} et 2^{quinq}.

Art. 25a Soins en cas de maladie**Art. 25a, al. 2, 1^{re} phrase**

¹ L'assurance obligatoire des soins fournit une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire, notamment dans des structures de soins de jour ou de nuit, ou dans des établissements médico-sociaux.

² Les soins aigus et de transition qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrits par un médecin de l'hôpital sont rémunérés par l'assurance obligatoire des soins et par le canton de résidence de l'assuré durant deux semaines au plus conformément à la réglementation du financement hospitalier (art. 49a Rémunération des prestations hospitalières). Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent de forfaits.

³ Le Conseil fédéral désigne les soins et fixe la procédure d'évaluation des soins requis.

² Les soins aigus et de transition qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrits par un médecin de l'hôpital sont rémunérés par l'assurance obligatoire des soins durant deux semaines au plus. ...

Droit en vigueur**Projet de la commission du
Conseil national****Conseil fédéral****Commission du Conseil national**

⁴ Le Conseil fédéral fixe le montant des contributions en francs en fonction du besoin en soins. Le coût des soins fournis avec la qualité requise et de manière efficace et avantageuse en fonction du besoin est déterminant. Les soins sont soumis à un contrôle de qualité. Le Conseil fédéral fixe les modalités.

⁵ Les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur la personne assurée qu'à hauteur de 20 % au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Les cantons règlent le financement résiduel. Le canton de domicile de la personne assurée est compétent pour fixer et verser le financement résiduel. Dans le domaine des soins ambulatoires, le financement résiduel est régi par les règles du canton où se situe le fournisseur de prestations. Le séjour dans un établissement médico-social ne fonde aucune nouvelle compétence. Si, au moment de l'admission, aucune place ne peut être mise à disposition de la personne assurée dans un établissement médico-social de son canton de domicile qui soit situé à proximité, le canton de domicile prend en charge le financement résiduel selon les règles du canton où se situe le fournisseur de prestations. Ce financement résiduel et le droit de la personne assurée à séjourner dans l'établissement médico-social en question sont garantis pour une durée indéterminée.

Art. 41 Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des coûts

Art. 41, al. 1^{bis}, 1^{ter}, 2^{bis}, 2^{ter}, 2^{quater} et 3 à 4, 2^e à 5^e phrases

¹ En cas de traitement ambulatoire, l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. L'assureur prend en charge les coûts selon le tarif applicable au fournisseur de prestations choisi par l'assuré.

Droit en vigueur

^{1bis} En cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence.

^{1ter} L'al. ^{1bis} s'applique par analogie aux maisons de naissance.

² En cas de traitement hospitalier en Suisse, les assurés qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège ont le libre choix entre les hôpitaux répertoriés.

^{2bis} Si les assurés suivants qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège se soumettent à un traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton auquel ils sont rattachés assument la rémunération à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton en question:

- a. les frontaliers et les membres de leur famille;

Projet de la commission du Conseil national

^{1bis} En cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). Si l'assuré se soumet à un traitement hospitalier dans un hôpital répertorié qui ne figure pas sur la liste de son canton de résidence, l'assureur prend en charge la rémunération comme suit:

- a. jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence;
- b. jusqu'à concurrence du tarif applicable pour le fournisseur de prestations choisi pour autant que l'une des conditions suivantes soit remplie:
 - 1. l'assuré a besoin d'urgence du traitement hospitalier, ou
 - 2. le canton de résidence a autorisé préalablement le traitement chez le fournisseur de prestations choisi; il accorde son autorisation si aucun hôpital répertorié sur sa liste ne peut fournir les prestations nécessaires.

^{1ter} L'al. ^{1bis}, à l'exception de la let. b, s'applique par analogie aux maisons de naissance.

^{2bis} L'al. ^{1bis} s'applique par analogie à la prise en charge de la rémunération pour les assurés suivants qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège lorsqu'ils se soumettent à un traitement hospitalier dans un hôpital répertorié:

- a. les frontaliers et les membres de leur famille;

Conseil fédéral**Commission du Conseil national**

Droit en vigueur

- b. les membres de la famille des personnes qui sont titulaires d'une autorisation d'établissement, d'une autorisation de séjour ou d'une autorisation de séjour de courte durée en Suisse;
- c. les personnes qui perçoivent une prestation de l'assurance-chômage suisse et les membres de leur famille.

^{2ter} Si des assurés qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège et qui touchent une rente suisse ou des membres de leur famille se soumettent à un traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et les cantons assument conjointement la rémunération à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de référence. Le Conseil fédéral détermine le canton de référence.

³ Si, pour des raisons médicales, l'assuré se soumet à un traitement hospitalier fourni par un hôpital non répertorié du canton de résidence, l'assureur et le canton de résidence prennent à leur charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a. A l'exception du cas d'urgence, une autorisation du canton de résidence est nécessaire.

Projet de la commission du Conseil national

- b. les membres de la famille des personnes qui sont titulaires d'une autorisation d'établissement, d'une autorisation de séjour ou d'une autorisation de séjour de courte durée en Suisse;
- c. les personnes qui perçoivent une prestation de l'assurance-chômage suisse et les membres de leur famille.

^{2ter} Pour les assurés visés à l'al. ^{2bis}, le canton de résidence au sens de la présente loi est le canton auquel ils sont rattachés.

^{2quater} Si des assurés qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège et qui touchent une rente suisse ou des membres de leur famille se soumettent à un traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur prend en charge la rémunération jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de référence. Le Conseil fédéral détermine le canton de référence. Si l'assuré a besoin d'urgence du traitement hospitalier, l'assureur prend en charge la rémunération selon le tarif applicable dans le canton où se situe le fournisseur de prestations.

³ *Abrogé*

Conseil fédéral**Commission du Conseil national**

Droit en vigueur

^{3bis} Sont réputés raisons médicales au sens des al. 2 et 3 le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent pas être fournies:

- a. au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs, s'il s'agit d'un traitement ambulatoire;
- b. dans un hôpital répertorié du canton de résidence de l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier.

⁴ L'assuré peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses (art. 62, al. 1 et 3). L'assureur ne prend en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs; l'al. 2 est applicable par analogie. Les prestations que la loi rend obligatoires sont en tout cas garanties.

Art. 42 Principe

¹ Sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré a, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant). En dérogation à l'art. 22, al. 1, LPGA, ce droit peut être cédé au fournisseur de prestations.

Projet de la commission du Conseil national

^{3bis} *Abrogé*

⁴ ...

... Les prestations que la loi rend obligatoires sont garanties dans tous les cas. L'assureur n'est tenu de prendre en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par des fournisseurs auxquels l'assuré a limité son choix; il n'est pas tenu de prendre en charge les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par d'autres fournisseurs, sauf s'il a donné préalablement une garantie particulière de prise en charge ou que l'assuré a eu besoin d'urgence du traitement. L'assureur donne la garantie de prise en charge si le traitement n'est pas prodigué par les fournisseurs de prestations qu'il a désignés.

Art. 42, al. 2, 2^e phrase, et 3**Conseil fédéral****Commission du Conseil national**

Droit en vigueur

² Assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant). En cas de traitement hospitalier, l'assureur, en dérogation à l'al. 1, est le débiteur de sa part de rémunération.

³ Le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Dans le système du tiers payant, l'assuré reçoit une copie de la facture qui a été adressée à l'assureur. En cas de traitement hospitalier, l'hôpital atteste la part du canton et celle de l'assureur de manière séparée. Le Conseil fédéral règle les détails.

^{3bis} Les fournisseurs de prestations doivent faire figurer dans la facture au sens de l'al. 3 les diagnostics et les procédures sous forme codée, conformément aux classifications contenues dans l'édition suisse correspondante publiée par le département compétent. Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur la collecte, le traitement et la transmission des données, dans le respect du principe de la proportionnalité.

⁴ L'assureur peut exiger des renseignements supplémentaires d'ordre médical.

⁵ Le fournisseur de prestations est fondé lorsque les circonstances l'exigent, ou astreint dans tous les cas, si l'assuré le demande, à ne fournir les indications d'ordre médical qu'au médecin-conseil de l'assureur, conformément à l'art. 57.

⁶ En dérogation à l'art. 29, al. 2, LPGa, aucune formule n'est nécessaire pour faire valoir le droit aux prestations.

Projet de la commission du Conseil national

² ...

...
En cas de traitement hospitalier, l'assureur est, en dérogation à l'al. 1, le débiteur de la rémunération.

³ Le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Dans le système du tiers payant, la personne assurée reçoit une copie de la facture qui a été adressée à l'assureur. Le Conseil fédéral règle les modalités.

Conseil fédéral**Commission du Conseil national**

Droit en vigueur		Projet de la Commission du Conseil national		Conseil fédéral	Commission du Conseil national
				Majorité	Minorité I (Gysi, Barrile, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Heim, Schenker Silvia, Töngi)
Art. 49a	Rémunération des prestations hospitalières	Art. 49a	Conventions avec des hôpitaux et des maisons de naissance	Art. 49a	Art. 49a
¹ Les rémunérations au sens de l'art. 49, al. 1, sont prises en charge par le canton et les assureurs, selon leur part respective.		¹ Les assureurs peuvent conclure avec les hôpitaux ou les maisons de naissance qui ne sont pas répertoriés au sens de l'art. 41, al. 1 ^{bis} , mais qui remplissent les conditions fixées aux art. 38 et 39, al. 1, let. a à c et f, des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'assurance obligatoire des soins.		¹ ...	¹ ...
² Les cantons prennent en charge la part cantonale: a. des assurés qui résident sur leur territoire; b. des assurés qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège et qui sont hospitalisés en Suisse, s'ils appartiennent aux catégories suivantes: 1. les frontaliers et les membres de leur famille, 2. les membres de la famille des personnes qui sont titulaires d'une autorisation d'établissement, d'une autorisation de séjour ou d'une autorisation de séjour de courte durée en Suisse, 3. les personnes qui perçoivent une prestation de l'assurance-chômage suisse et les membres de leur famille.		² La rémunération prévue par les conventions ne peut être plus élevée que la rémunération par les assureurs après déduction du taux de la contribution cantonale visé à l'art. 60 al. 3.		² La rémunération prévue par les conventions ne peut être plus élevée que 45 % de la rémunération prévue à l'art. 49, al. 1. (= <i>selon minorité I</i>)	² Selon projet de la Commission
^{2bis} Le canton qui prend en charge la part cantonale pour les assurés visés à l'al. 2, let. b, est considéré comme le canton de résidence au sens de la présente loi.					² Selon Conseil fédéral

Droit en vigueur**Projet de la commission du
Conseil national****Conseil fédéral****Commission du Conseil national**

^{2ter} Chaque canton fixe pour chaque année civile, au plus tard neuf mois avant le début de de celle-ci, la part cantonale qu'il prend en charge. Celle-ci doit s'élever à 55 % au moins.

³ Le canton de résidence verse sa part de la rémunération directement à l'hôpital. Les modalités sont convenues entre l'hôpital et le canton. L'assureur et le canton peuvent convenir que le canton paie sa part à l'assureur, et que ce dernier verse les deux parts à l'hôpital. La facturation entre l'hôpital et l'assureur est réglée à l'art. 42.

^{3bis} En cas de traitement hospitalier en Suisse suivi par des assurés qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège et qui touchent une rente suisse ou par des membres de leur famille, les cantons assument collectivement la prise en charge de la part cantonale fixée par le canton où se situe l'hôpital. Le montant dû à ce titre par chacun des cantons est réparti entre eux proportionnellement à leur population résidente.

⁴ Les assureurs peuvent conclure avec les hôpitaux ou les maisons de naissance non répertoriés au sens de l'art. 39, mais qui remplissent les conditions fixées aux art. 38 et 39, al. 1, let. a à c et f, des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'assurance obligatoire des soins. Cette rémunération ne peut être plus élevée que la part visée à l'al. 2.

Art. 51 Budget global des hôpitaux et établissements médico-sociaux

Art. 51, al. 1, 2^e phrase

¹ Le canton peut fixer, en tant qu'instrument de gestion des finances, un montant global pour le financement des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux. La répartition des coûts selon l'art. 49a est réservée.

¹

... .La contribution cantonale selon l'art. 60 est réservée.

² Le canton consulte au préalable les fournisseurs de prestations et les assureurs.

Droit en vigueur**Projet de la commission du
Conseil national****Conseil fédéral****Commission du Conseil national****Chapitre 5 Financement****Section 1 ...***Titres précédant l'art. 60***Chapitre 5 Financement****Section 1 Contribution cantonale****Art. 60****Art. 60** Calcul

¹ Les cantons participent au financement des coûts des prestations au sens de la présente loi. Chacun d'entre eux paie à cet effet une contribution cantonale.

² Sont déterminants pour le calcul de la contribution cantonale les coûts des prestations qui remplissent les conditions suivantes:

- a. elles sont visées aux art. 25 à 31; les prestations visées à l'art. 25a, al. 1, et les prestations rémunérées sur la base de conventions au sens de l'art. 49a sont exclues;
- b. elles sont fournies en Suisse aux assurés suivants:
 - 1. assurés qui résident sur le territoire du canton,
 - 2. assurés visés à l'art. 41, al. 2^{bis}, qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège et dont le canton de résidence au sens de l'art. 41, al. 2^{ter}, est le canton concerné.

Art. 60, al. 4**Frein aux dépenses**

Droit en vigueur**Projet de la Commission du
Conseil national****Conseil fédéral****Commission du Conseil national****Majorité****Minorité** (Nantermod, Brand, Clottu,
Giezendanner, Herzog, Moret,
Pezzatti)2bis *Biffer*

2bis La participation des assurés au sens de l'art. 64 et le produit des actions récursoires fondées sur l'art. 72, al. 1, LPGa sont déduits des coûts selon l'al. 2 pour le calcul de la contribution cantonale.

(= ancienne minorité Humbel)

Si la proposition de l'ancienne minorité Humbel (= proposition de la majorité du 29 août 2019) est rejetée, le Conseil fédéral émet la proposition subsidiaire suivante:

2bis Le produit des actions récursoires fondées sur l'art. 72, al. 1, LPGa est déduit des coûts visés à l'al. 2 pour le calcul de la contribution cantonale.

2bis *Selon Conseil fédéral*

³ Chaque canton fixe pour chaque année civile, au plus tard neuf mois avant le début de celle-ci, le taux de la contribution cantonale. Ce taux se monte à 22,6 % au moins.

³ ...

³ *Selon Conseil fédéral*

³ *Selon projet de la Commission*

... Ce taux se

monte à 25,5 % au moins.

(= ancienne minorité Humbel)

⁴ Si des assurés qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège et qui touchent une rente suisse ou des membres de leur famille se soumettent à un traitement en Suisse, la Confédération prend en charge la part des coûts correspondant au taux de la contribution cantonale que le canton où se situe le fournisseur de prestations a fixée conformément à l'al. 3. L'al. 2 est applicable par analogie.

(voir ch. III, al. 2 et 3)

⁴ ...

⁴ *Selon Conseil fédéral
(voir ch. III, al. 2 et 3)*

⁴ *Selon projet de la Commission
(voir ch. III, al. 2 et 3)*

... Les al. 2 et 2bis sont applicables par analogie.

(= ancienne minorité Humbel)

(voir ch. III, al. 2 et 3)

Droit en vigueur**Projet de la Commission du
Conseil national****Conseil fédéral****Commission du Conseil national**

⁵ Les assureurs transmettent au canton et à la Confédération les données qui sont nécessaires pour le calcul de la contribution cantonale et de la contribution fédérale. Les cantons et la Confédération versent leur contribution au coût des prestations à l'institution commune (art. 18). Le Conseil fédéral règle les modalités.

(voir art. 18, al. 2^{sexies})

Art. 60a Répartition entre les assureurs

La contribution cantonale et la contribution fédérale sont réparties entre les assureurs en fonction de leurs coûts déterminants pour le calcul de la contribution cantonale et de la contribution fédérale.

(voir art. 16, al. 3^{bis})

Majorité**Minorité** (Aeschi Thomas, ...)

⁵ ...

... et de la contribution fédérale. Le canton verse sa contribution à l'assureur. La Confédération verse la sienne à l'institution commune (art. 18). Le Conseil fédéral règle les modalités.

(voir art. 18, al. 2^{sexies})

Majorité**Minorité** (Nantermod, ...)

Art. 60a

¹ La contribution cantonale et la contribution fédérale sont réparties entre les assureurs sous la forme d'un forfait par assuré.

² Le montant du forfait est calculé séparément pour chacun des groupes d'assurés suivants:

- a. adultes résidant dans le canton;
- b. adultes résidant dans un pays étranger, par Etat de résidence;
- c. enfants résidant dans le canton;
- d. enfants résidant dans un pays étranger, par Etat de résidence.

³ Pour chacun des groupes d'assurés définis à l'al. 2, le montant du forfait est calculé en fonction du coût moyen des prestations pour lesquelles la contribution cantonale est versée.

⁴ L'al. 3 s'applique par analogie aux assurés visés à l'art. 60, al. 4.

(voir art. 16, al. 3^{bis})

Droit en vigueur**Projet de la commission du
Conseil national****Conseil fédéral****Commission du Conseil national****Art. 64**

¹ Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient.

² Leur participation comprend:

- a. un montant fixe par année (franchise);
et
- b. 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part).

³ Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise et le montant maximal annuel de la quote-part.

⁴ Pour les enfants, aucune franchise n'est exigée et le montant maximum de la quote-part est réduit de moitié. Plusieurs enfants d'une même famille, assurés par le même assureur, payent ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dus par un adulte.

⁵ En cas d'hospitalisation, les assurés versent, en outre, une contribution aux frais de séjour, échelonnée en fonction des charges de famille. Le Conseil fédéral fixe le montant de cette contribution.

⁶ Le Conseil fédéral peut:

- a. prévoir une participation aux coûts plus élevée pour certaines prestations;
- b. réduire ou supprimer la participation aux coûts des traitements de longue durée et du traitement de maladies graves;
- c. supprimer la participation aux coûts pour une assurance impliquant un choix limité d'après l'art. 41, al. 4, lorsque cette participation se révèle inappropriée;

Si la proposition de l'ancienne minorité Humbel (= proposition de la majorité du 29 août 2019) concernant l'art. 60, al. 2^{bis}, 3 et 4, et le ch. III est rejetée, le Conseil fédéral émet la proposition subsidiaire suivante:

Art. 64

¹ ...

^{2bis} La participation cantonale visée à l'art. 60 est déduite avant la perception de la participation aux coûts.

Droit en vigueur**Projet de la commission du
Conseil national****Conseil fédéral****Commission du Conseil national**

- d. supprimer la franchise pour certaines mesures de prévention exécutées dans le cadre de programmes organisés au niveau national ou cantonal

⁷ L'assureur ne peut prélever aucune participation aux coûts des prestations suivantes:

- a. prestations visées à l'art. 29, al. 2;
- b. prestations visées aux art. 25 et 25a qui sont fournies à partir de la 13^e semaine de grossesse, pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement.

⁸ La participation aux coûts ne peut être assurée ni par une caisse-maladie, ni par une institution d'assurance privée. Il est également interdit aux associations, aux fondations ou à d'autres institutions de prévoir la prise en charge de ces coûts. Les dispositions de droit public de la Confédération et des cantons sont réservées.

Art. 79a Droit de recours du canton de résidence

¹ Le droit de recours visé à l'art. 72 LPGa s'applique par analogie:

- a. au canton de résidence pour les parts de rémunération que celui-ci a versées en vertu des art. 25a, 41 et 49a;
- b. aux cantons pour les parts de rémunération qu'ils ont versées collectivement en vertu de l'art. 49a, al. 3^{bis}, en relation avec l'art. 41.

² L'institution commune fait valoir le droit de recours des cantons visés à l'al. 1, let. b.

Art. 79a Droit de recours des cantons

Le droit de recours visé à l'art. 72 LPGa s'applique par analogie au canton de résidence pour les parts de rémunération que celui-ci a versées en vertu de l'art. 25a.

Droit en vigueur**Projet de la Commission du
Conseil national****Conseil fédéral****Commission du Conseil national**

II Mandat au Conseil fédéral

Dès que les bases nécessaires seront établies, notamment la transparence des coûts requise, le Conseil fédéral proposera une révision de la loi qui prévoit la prise en considération des soins de longue durée dans un financement uniforme des prestations au sens de la présente loi.

II *Biffer*

(= *ancienne minorité Gysi*)

II *Biffer*

(voir motion 19.3970)

III *Dispositions
transitoires de la
modification du ...*

¹ Le taux de la contribution cantonale correspond au moins à la valeur définie à l'art. 60, al. 3, dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur.

² Les cantons dans lesquels la part des coûts des prestations hospitalières est inférieure à la moyenne en comparaison des coûts de toutes les prestations visées par la présente modification trois ans avant l'entrée en vigueur de la modification du ... fixent un taux de la contribution cantonale d'au moins 18,1 %. L'augmentation annuelle du taux doit ensuite être d'au moins 1,5 point tant qu'un taux de 22,6 % n'est pas atteint.

III

² Les cantons dans lesquels la part des coûts des prestations hospitalières est inférieure à la moyenne en comparaison des coûts de toutes les prestations visées par la présente modification trois ans avant l'entrée en vigueur de la modification du ... fixent un taux de la contribution cantonale d'au moins 21 %. L'augmentation annuelle du taux doit ensuite être d'au moins 1,5 point tant qu'un taux de 25,5 % n'est pas atteint.

(= *ancienne minorité Humbel*)

III

Majorité

² *Selon Conseil fédéral*

Minorité (Nantermod, ...)

² *Selon projet de la Commission*

Droit en vigueur**Projet de la Commission du
Conseil national****Conseil fédéral****Commission du Conseil national**

³ Les cantons dans lesquels la part des coûts des prestations hospitalières est supérieure à la moyenne en comparaison des coûts de toutes les prestations visées par la présente modification trois ans avant l'entrée en vigueur de la modification du ... peuvent diminuer leur taux de la contribution cantonale de 1,5 point au plus par an jusqu'à la troisième année suivant l'entrée en vigueur de la modification. Le taux fixé ne peut en tous les cas être inférieur à 22,6 %.

(voir art. 60, al. 3)

³ Les cantons dans lesquels la part des coûts des prestations hospitalières est supérieure à la moyenne en comparaison des coûts de toutes les prestations visées par la présente modification trois ans avant l'entrée en vigueur de la modification du ... peuvent diminuer leur taux de la contribution cantonale de 1,5 point au plus par an jusqu'à la troisième année suivant l'entrée en vigueur de la modification. Le taux fixé ne peut en tous les cas être inférieur à 25,5 %.

(= ancienne minorité Humbel)

(voir art. 60, al. 2^{bis}, 3 et 4)

(Majorité)

³ Selon Conseil fédéral

(voir art. 60, al. 2^{bis}, 3 et 4)

(Minorité)

³ Selon projet de la Commission

(voir art. 60, al. 2^{bis}, 3 et 4)

Majorité

Minorité (Aeschi Thomas, Brand, Clottu, Herzog, Hess Erich, Moret, Pezzatti, Stahl)

IV

¹ La présente loi est sujette au référendum.

² Elle n'entre en vigueur qu'avec la modification du ... de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Admission des fournisseurs de prestations).

³ Si aucun référendum n'a abouti contre la loi, celle-ci entre en vigueur au début de la troisième année qui suit son adoption.

⁴ Si la loi est acceptée en votation populaire, elle entre en vigueur au début de la troisième année qui suit l'acceptation.

IV

² Biffer