



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

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

*Avant-projet*

### 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 [date de la décision de la commission]<sup>1</sup>,  
vu l'avis du Conseil fédéral du [date]<sup>2</sup>,

*arrête :*

*Minorité (Gysi, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Häsler, Heim, Ruiz Rebecca,  
Schenker Silvia)*

*Ne pas entrer en matière*

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie<sup>3</sup> est modifiée comme suit :

*Art. 16, al. 3<sup>bis</sup>*

<sup>3bis</sup> Elles sont calculées après déduction de la contribution cantonale au financement  
de l'assurance obligatoire des soins au sens de l'art. 60.

*Minorité (Humbel, Aeschi Thomas, de Courten, Herzog, Hess Lorenz, Sauter,  
Schmid-Federer, Weibel)*

*Art. 16, al. 3<sup>bis</sup>*

*Biffer*

RS ...

<sup>1</sup> FF 2018 ...

<sup>2</sup> FF 2018 ...

<sup>3</sup> RS 832.10

*Art. 18, al. 2<sup>sexies</sup>, 2<sup>octies</sup> et 5 1<sup>ère</sup> phrase*

<sup>2sexies</sup> Elle répartit la contribution cantonale entre les assureurs conformément à l'art. 60a.

<sup>2octies</sup> Elle peut assumer, contre indemnisation, d'autres tâches d'exécution qui lui sont confiées par les cantons.

*Minorité (Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Häsler, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia)**Art. 18, al. 2<sup>octies</sup>*

<sup>2octies</sup> Elle peut assumer, 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. 6.

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

*Art. 25a, al. 2, 1<sup>re</sup> phrase*

<sup>2</sup> 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. ...

*Art. 41, al. 1<sup>bis</sup>, 1<sup>ter</sup>, 2<sup>bis</sup> à 2<sup>quater</sup>, 3, 3<sup>bis</sup> et 4, 2<sup>e</sup> à 5<sup>e</sup> phrases*

<sup>1bis</sup> 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,
  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.

<sup>1ter</sup> L'al. 1<sup>bis</sup>, à l'exception de la let. b, s'applique par analogie aux maisons de naissance.

<sup>2bis</sup> L'al. 1<sup>bis</sup> s'applique par analogie à la prise en charge de la rémunération pour les assurés suivants qui résident dans un État 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;
- 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.

<sup>2ter</sup> Pour les assurés visés à l'al. 2<sup>bis</sup>, le canton de résidence au sens de la présente loi est le canton auquel ils sont rattachés.

<sup>2quater</sup> 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 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.

<sup>3</sup> et <sup>3bis</sup> *Abrogés*

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<sup>e</sup> phrase, et 3*

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

<sup>3</sup> 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.

*Art. 49a Conventions avec des hôpitaux et des maisons de naissance*

<sup>1</sup> 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<sup>bis</sup>, 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.

<sup>2</sup> 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. 4.

*Minorité (Gysi, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Häsler, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia)*

*Art. 49a Conventions avec des hôpitaux et des maisons de naissance*

<sup>1</sup> 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<sup>bis</sup>, 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.

<sup>2</sup> La rémunération prévue par les conventions ne peut être plus élevée que 45 % de la rémunération prévue à l'art. 49, al. 1.

*Art. 51, al. 1, 2<sup>e</sup> phrase*

<sup>1</sup> ... La contribution cantonale selon l'art. 60 est réservée.

*Titres précédant l'art. 60*

**Chapitre 5 Financement****Section 1 Contribution cantonale***Art. 60 Calcul*

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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<sup>bis</sup>, 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<sup>er</sup>, est le canton concerné.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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 25,5 % au moins.

<sup>5</sup> 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. 4. Les al. 2 et 3 sont applicables par analogie.

<sup>6</sup> 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.

*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.

*Minorité (Humbel, Aeschi Thomas, de Courten, Herzog, Hess Lorenz, Sauter, Schmid-Federer, Weibel)*

*Art. 60a* Répartition entre les assureurs

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

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> L'al. 3 s'applique par analogie aux assurés visés à l'art. 60, al. 5.

*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.

II

<sup>1</sup> La présente loi est sujette au référendum.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur.

*Minorité (Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia)*

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur. Celle-ci est liée à l'entrée en vigueur d'une réglementation destinée à remplacer l'art. 55a LAMal.