

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

832.10

du 18 mars 1994 (Etat le 1<sup>er</sup> juillet 2016)

---

*L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,*  
vu l'art. 34<sup>bis</sup> de la constitution<sup>1,2</sup>  
vu le message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991<sup>3</sup>,  
*arrête:*

## **Titre 1<sup>4</sup>      Applicabilité de la LPGA**

### **Art. 1            Champ d'application**

<sup>1</sup> Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)<sup>5</sup> s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la présente loi ou la loi du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal)<sup>6</sup> ne déroge expressément à la LPGA.<sup>7</sup>

<sup>2</sup> Elles ne s'appliquent pas aux domaines suivants:

- a. admission et exclusion des fournisseurs de prestations (art. 35 à 40 et 59);
- b. tarifs, prix et budget global (art. 43 à 55);
- c.<sup>8</sup> octroi de réductions de primes en vertu des art. 65, 65a et 66a et octroi de subsides de la Confédération aux cantons en vertu de l'art. 66;
- d. litiges entre assureurs (art. 87);
- e. procédure auprès du tribunal arbitral cantonal (art. 89).

RO 1995 1328

<sup>1</sup> [RS 1 3]. A la disp. mentionnée correspond actuellement l'art. 117 de la Cst. du 18 avr. 1999 (RS 101).

<sup>2</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2305; FF 1999 727).

<sup>3</sup> FF 1992 I 77

<sup>4</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>5</sup> RS 830.1

<sup>6</sup> RS 832.12

<sup>7</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5137; FF 2012 1725).

<sup>8</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O de l'Ass. féd. du 21 juin 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3472; FF 2002 763).

## Titre 1a<sup>9</sup> Dispositions générales

### Art. 1a Champ d'application

<sup>1</sup> La présente loi régit l'assurance-maladie sociale. Celle-ci comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières.

<sup>2</sup> L'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas:

- a. de maladie (art. 3 LPGA<sup>10</sup>);
- b. d'accident (art. 4 LPGA), dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge;
- c. de maternité (art. 5 LPGA).

### Art. 2<sup>11</sup>

## Titre 2 Assurance obligatoire des soins

### Chapitre 1 Obligation de s'assurer

#### Section 1 Dispositions générales

### Art. 3 Personnes tenues de s'assurer

<sup>1</sup> Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral peut excepter de l'assurance obligatoire certaines catégories de personnes, notamment les personnes bénéficiaires de privilèges, d'immunités et de facilités visées à l'art. 2, al. 2, de la loi du 22 juin 2007 sur l'Etat hôte<sup>12,13</sup>

<sup>3</sup> Il peut étendre l'obligation de s'assurer à des personnes qui n'ont pas de domicile en Suisse, en particulier celles qui:

- a.<sup>14</sup> exercent une activité en Suisse ou y séjournent habituellement (art. 13, al. 2, LPGA<sup>15</sup>);
- b. sont occupées à l'étranger par une entreprise ayant un siège en Suisse.

<sup>9</sup> Introduit par le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>10</sup> RS 830.1

<sup>11</sup> Abrogé par le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>12</sup> RS 192.12

<sup>13</sup> Nouvelle teneur selon le ch. II 11 de l'annexe à la LF du 22 juin 2007 sur l'Etat hôte, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2008 (RO 2007 6637; FF 2006 7603).

<sup>14</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>15</sup> RS 830.1

<sup>4</sup> L'obligation de s'assurer est suspendue pour les personnes soumises à la loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire (LAM)<sup>16</sup> pour plus de 60 jours consécutifs. Le Conseil fédéral règle la procédure.<sup>17</sup>

**Art. 4**<sup>18</sup> Choix de l'assureur

Les personnes tenues de s'assurer choisissent librement parmi les assureurs autorisés à pratiquer l'assurance-maladie sociale en vertu de la LSAMal<sup>19</sup>.

**Art. 4a**<sup>20</sup> Choix de l'assureur pour les membres de la famille tenus de s'assurer qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège

Sont assurées par le même assureur:

- a. les personnes tenues de s'assurer parce qu'elles exercent une activité lucrative en Suisse et les membres de leur famille tenus de s'assurer qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège;
- b. les personnes tenues de s'assurer parce qu'elles touchent une rente suisse et les membres de leur famille tenus de s'assurer qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège;
- c. les personnes tenues de s'assurer parce qu'elles perçoivent une prestation de l'assurance-chômage suisse et les membres de leur famille tenus de s'assurer qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège.

**Art. 5** Début et fin de la couverture d'assurance

<sup>1</sup> Lorsque l'affiliation a lieu dans les délais prévus à l'art. 3, al. 1, l'assurance déploie ses effets dès la naissance ou la prise de domicile en Suisse. Le Conseil fédéral fixe le début de la couverture d'assurance pour les personnes désignées à l'art. 3, al. 3.

<sup>2</sup> En cas d'affiliation tardive, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation. L'assuré doit verser un supplément de prime si le retard n'est pas excusable. Le Conseil fédéral fixe, à cette fin, des taux indicatifs en tenant compte du niveau des primes au lieu de résidence de l'assuré et de la durée du retard. Si le paiement du supplément de

<sup>16</sup> RS 833.1

<sup>17</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2305; FF 1999 727).

<sup>18</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5137; FF 2012 1725).

<sup>19</sup> RS 832.12

<sup>20</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 6 oct. 2000 (RO 2002 858; FF 2000 3751). Nouvelle teneur selon le ch. I 8 de la LF du 14 déc. 2001 relative aux disp. concernant la libre circulation des personnes de l'Ac. amendant la Conv. instituant l'AELE, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 685; FF 2001 4729).

prime met l'assuré dans la gêne, l'assureur réduit ce montant en tenant compte équitablement de la situation de l'assuré et des circonstances du retard.

<sup>3</sup> La couverture d'assurance prend fin lorsque l'assuré cesse d'être soumis à l'obligation de s'assurer.

#### **Art. 6** Contrôle et affiliation d'office

<sup>1</sup> Les cantons veillent au respect de l'obligation de s'assurer.

<sup>2</sup> L'autorité désignée par le canton affilié d'office toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile.

#### **Art. 6a<sup>21</sup>** Contrôle et affiliation d'office des assurés résidant dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège<sup>22</sup>

<sup>1</sup> Les cantons informent sur l'obligation de s'assurer:

- a. les personnes qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège et qui sont tenues de s'assurer parce qu'elles exercent une activité lucrative en Suisse;
- b. les personnes qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège et qui sont tenues de s'assurer parce qu'elles perçoivent une prestation de l'assurance-chômage suisse;
- c. les personnes qui sont tenues de s'assurer parce qu'elles touchent une rente suisse et qui transfèrent leur résidence de Suisse dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège.<sup>23</sup>

<sup>2</sup> L'information prévue à l'al. 1 vaut d'office pour les membres de la famille qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège.<sup>24</sup>

<sup>3</sup> L'autorité désignée par le canton affilié d'office les personnes qui n'ont pas donné suite à l'obligation de s'assurer en temps utile. Elle statue sur les demandes d'exception à l'obligation de s'assurer. L'art. 18, al. 2<sup>bis</sup> et 2<sup>ter</sup>, est réservé.

<sup>4</sup> Les assureurs communiquent à l'autorité cantonale compétente les données nécessaires au contrôle du respect de l'obligation de s'assurer.

<sup>21</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 6 oct. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 858; FF 2000 3751).

<sup>22</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I 8 de la LF du 14 déc. 2001 relative aux disp. concernant la libre circulation des personnes de l'Ac. amendant la Conv. instituant l'AELE, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 685; FF 2001 4729).

<sup>23</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I 8 de la LF du 14 déc. 2001 relative aux disp. concernant la libre circulation des personnes de l'Ac. amendant la Conv. instituant l'AELE, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 685; FF 2001 4729).

<sup>24</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I 8 de la LF du 14 déc. 2001 relative aux disp. concernant la libre circulation des personnes de l'Ac. amendant la Conv. instituant l'AELE, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 685; FF 2001 4729).

**Art. 7**            Changement d'assureur

<sup>1</sup> L'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile.

<sup>2</sup> Lors de la communication de la nouvelle prime, il peut changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois. L'assureur doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral de la santé publique (office)<sup>25</sup> au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur.<sup>26</sup>

<sup>3</sup> Si l'assuré doit changer d'assureur parce qu'il change de résidence ou d'emploi, l'affiliation prend fin au moment du changement de résidence ou de la prise d'emploi auprès d'un nouvel employeur.

<sup>4</sup> L'affiliation prend fin avec le retrait de l'autorisation de pratiquer conformément à l'art. 43 LSAMal<sup>27</sup> lorsque l'assureur cesse, volontairement ou par décision administrative, de pratiquer l'assurance-maladie sociale.<sup>28</sup>

<sup>5</sup> L'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. Si le nouvel assureur omet de faire cette communication, il doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime. Dès réception de la communication, l'ancien assureur informe l'intéressé de la date à partir de laquelle il ne l'assure plus.

<sup>6</sup> Lorsque le changement d'assureur est impossible du fait de l'ancien assureur, celui-ci doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime.<sup>29</sup>

<sup>7</sup> Lorsque l'assuré change d'assureur, l'ancien assureur ne peut le contraindre à résilier également les assurances complémentaires au sens de l'art. 2, al. 2, LSAMal conclues auprès de lui.<sup>30</sup>

<sup>8</sup> L'assureur ne peut pas résilier les assurances complémentaires au sens de l'art. 2, al. 2, LSAMal au seul motif que l'assuré change d'assureur pour l'assurance-maladie sociale.<sup>31</sup>

<sup>25</sup> La désignation de l'unité administrative a été adaptée en application de l'art. 16 al. 3 de l'O du 17 nov. 2004 sur les publications officielles (RO **2004** 4937).

<sup>26</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> oct. 2000 (RO **2000** 2305; FF **1999** 727).

<sup>27</sup> **RS 832.12**

<sup>28</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO **2015** 5137; FF **2012** 1725).

<sup>29</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> oct. 2000 (RO **2000** 2305; FF **1999** 727).

<sup>30</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 2000 (RO **2000** 2305; FF **1999** 727). Nouvelle teneur selon le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO **2015** 5137; FF **2012** 1725).

<sup>31</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 2000 (RO **2000** 2305; FF **1999** 727). Nouvelle teneur selon le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO **2015** 5137; FF **2012** 1725).

## Section 2 Suspension de la couverture des accidents

### Art. 8 Principe

<sup>1</sup> La couverture des accidents peut être suspendue tant que l'assuré est entièrement couvert pour ce risque, à titre obligatoire, en vertu de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA)<sup>32</sup>. L'assureur procède à la suspension lorsque l'assuré lui en fait la demande et apporte la preuve qu'il est entièrement assuré conformément à la LAA. Il réduit la prime en conséquence.

<sup>2</sup> Les accidents sont couverts en vertu de la présente loi dès que la couverture au sens de la LAA cesse totalement ou en partie.

<sup>3</sup> L'assurance-maladie sociale prend en charge les coûts des suites d'accidents qu'elle assurait avant la suspension de la couverture.

### Art. 9 Information de l'assuré

Lors de l'affiliation à l'assurance-maladie sociale, l'assureur doit, par écrit, attirer l'attention de l'assuré sur la possibilité de présenter une demande au sens de l'art. 8.

### Art. 10 Fin de la suspension; procédure

<sup>1</sup> L'employeur informe par écrit la personne qui quitte son emploi ou cesse d'être assurée contre les accidents non professionnels au sens de la LAA<sup>33</sup> qu'elle doit le signaler à son assureur au sens de la présente loi. La même obligation incombe à l'assurance-chômage lorsque le droit aux prestations de cette institution expire sans que l'intéressé prenne un nouvel emploi.

<sup>2</sup> Si l'assuré n'a pas rempli son obligation conformément à l'al. 1, l'assureur peut exiger le paiement de la part de la prime correspondant à la couverture de l'accident, y compris les intérêts moratoires, pour la période allant de la fin de la couverture au sens de la LAA jusqu'au moment où il en a eu connaissance. Lorsque l'employeur ou l'assurance-chômage n'ont pas rempli leur obligation conformément à l'al. 1, l'assureur peut faire valoir les mêmes prétentions à leur égard.

<sup>32</sup> RS 832.20

<sup>33</sup> RS 832.20

## Chapitre 2 Organisation

### Section 1 ...

Art. 11 à 15<sup>34</sup>

Art. 16 et 17<sup>35</sup>

### Section 2 Institution commune

#### Art. 18

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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<sup>36,37</sup>

<sup>2bis</sup> 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 la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège.<sup>38</sup>

<sup>2ter</sup> Elle affine d'office les rentiers ainsi que les membres de leur famille qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège et qui n'ont pas donné suite à l'obligation de s'assurer en temps utile.<sup>39</sup>

<sup>2quater</sup> 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 la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège.<sup>40</sup>

<sup>34</sup> Abrogés par le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5137; FF 2012 1725).

<sup>35</sup> Abrogés par le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>36</sup> RS 832.12

<sup>37</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5137; FF 2012 1725).

<sup>38</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 6 oct. 2000 (RO 2002 858; FF 2000 3751). Nouvelle teneur selon le ch. I 8 de la LF du 14 déc. 2001 relative aux disp. concernant la libre circulation des personnes de l'Ac. amendant la Conv. instituant l'AELE, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 685; FF 2001 4729).

<sup>39</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 6 oct. 2000 (RO 2002 858; FF 2000 3751). Nouvelle teneur selon le ch. I 8 de la LF du 14 déc. 2001 relative aux disp. concernant la libre circulation des personnes de l'Ac. amendant la Conv. instituant l'AELE, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 685; FF 2001 4729).

<sup>40</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 6 oct. 2000 (RO 2002 858; FF 2000 3751). Nouvelle teneur selon le ch. I 8 de la LF du 14 déc. 2001 relative aux disp. concernant la libre circulation des personnes de l'Ac. amendant la Conv. instituant l'AELE, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 685; FF 2001 4729).

<sup>2</sup>quinquies Elle procède à la réduction des primes conformément à l'art. 66a.<sup>41</sup>

<sup>2</sup>sexies L'institution commune peut assumer, contre indemnisation, d'autres tâches d'exécution qui lui sont confiées par les cantons.<sup>42</sup>

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

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

<sup>5</sup> 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.<sup>43</sup>

<sup>5</sup>bis La Confédération assume le financement des tâches visées aux al. 2<sup>bis</sup> à 2<sup>quinquies</sup>.<sup>44</sup>

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

<sup>7</sup> 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<sup>45,46</sup>

<sup>8</sup> L'art. 85<sup>bis</sup>, al. 2 et 3, de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-veillesse et survivants<sup>47</sup> s'applique par analogie aux recours formés devant le Tribunal administratif fédéral contre les décisions de l'institution commune fondées sur les al. 2<sup>bis</sup>, 2<sup>ter</sup> et 2<sup>quinquies</sup>.<sup>48</sup>

### Section 3 Promotion de la santé

#### Art. 19 Promotion de la prévention des maladies

<sup>1</sup> Les assureurs encouragent la prévention des maladies.

<sup>2</sup> Ils gèrent en commun et avec les cantons une institution dont le but est de stimuler, coordonner et évaluer des mesures destinées à promouvoir la santé et à prévenir les

<sup>41</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 6 oct. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 858; FF 2000 3751).

<sup>42</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 6 oct. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 858; FF 2000 3751).

<sup>43</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2305; FF 1999 727).

<sup>44</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 6 oct. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 858; FF 2000 3751).

<sup>45</sup> RS 830.1

<sup>46</sup> Nouvelle teneur de la phrase selon le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>47</sup> RS 831.10

<sup>48</sup> Introduit par le ch. 110 de l'annexe à la LF du 17 juin 2005 sur le TAF, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2007 (RO 2006 2197 1069; FF 2001 4000).



maladies. Le Conseil fédéral crée l'institution si les assureurs et les cantons ne l'ont pas fait.

<sup>3</sup> L'organe directeur de l'institution est composé de représentants des assureurs, des cantons, de la CNA, de la Confédération, des médecins, des milieux scientifiques ainsi que des organisations spécialisées dans le domaine de la prévention.

#### **Art. 20** Financement, surveillance

<sup>1</sup> Une contribution annuelle pour la prévention générale des maladies est perçue de chaque assuré obligatoire au sens de la présente loi.

<sup>2</sup> Le département fixe la contribution sur proposition de l'institution. Il rend compte aux commissions compétentes des Chambres fédérales de l'utilisation de ces moyens.<sup>49</sup>

<sup>3</sup> Il surveille l'activité de l'institution.<sup>50</sup> Les budgets, les comptes et le rapport d'activité sont présentés pour approbation à l'office.

### **Section 4** Statistiques<sup>51</sup>

#### **Art. 21**<sup>52</sup>

#### **Art. 21a**<sup>53</sup>

#### **Art. 22**<sup>54</sup>

#### **Art. 22a**<sup>55</sup>

<sup>49</sup> Nouvelle teneur selon le ch. II 10 de l'annexe à la LF du 22 mars 2002 sur l'adaptation des disp. du droit fédéral en matière d'organisation, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> fév. 2003 (RO **2003** 187; FF **2001** 3657).

<sup>50</sup> Nouvelle teneur selon le ch. II 10 de l'annexe à la LF du 22 mars 2002 sur l'adaptation des disp. du droit fédéral en matière d'organisation, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> fév. 2003 (RO **2003** 187; FF **2001** 3657).

<sup>51</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO **2015** 5137; FF **2012** 1725).

<sup>52</sup> Abrogé par le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO **2015** 5137; FF **2012** 1725).

<sup>53</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 18 déc. 1998 (RO **1999** 2041; FF **1998** 1072 1078).

Abrogé par le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO **2015** 5137; FF **2012** 1725).

<sup>54</sup> Abrogé par le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO **2015** 5137; FF **2012** 1725).

<sup>55</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier; RO **2008** 2049; FF **2004** 5207). Abrogé par le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO **2015** 5137; FF **2012** 1725).

**Art. 23**<sup>56</sup> ...<sup>57</sup>

<sup>1</sup> L'Office fédéral de la statistique établit les bases statistiques nécessaires à l'examen du fonctionnement et des effets de la présente loi. Il collecte auprès des assureurs, des fournisseurs de prestations et de la population les données nécessaires à cet effet.

<sup>2</sup> Les personnes physiques ou morales interrogées sont soumises à l'obligation de renseigner. Les informations doivent être mises gratuitement à disposition.

<sup>3</sup> Le traitement de données à des fins statistiques est régi par la loi du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale<sup>58</sup>.

**Chapitre 3 Prestations****Section 1 Catalogue****Art. 24** Principe

<sup>1</sup> L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34.

<sup>2</sup> Les prestations prises en charge sont rattachées à la date ou à la période de traitement.<sup>59</sup>

**Art. 25** Prestations générales en cas de maladie

<sup>1</sup> L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.

<sup>2</sup> Ces prestations comprennent:

- a.<sup>60</sup> les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par:
1. des médecins,
  2. des chiropraticiens,
  3. des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien;

<sup>56</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO **2008** 2049; FF **2004** 5207).

<sup>57</sup> Abrogé par le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO **2015** 5137; FF **2012** 1725).

<sup>58</sup> RS **431.01**

<sup>59</sup> Introduit par le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO **2015** 5137; FF **2012** 1725).

<sup>60</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I 3 de la LF du 13 juin 2008 sur le nouveau régime de financement des soins, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO **2009** 3517 6847 ch. I; FF **2005** 1911).

- b. les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien;
- c. une participation aux frais des cures balnéaires prescrites par un médecin;
- d. les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin;
- e.<sup>61</sup> le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune;
- f.<sup>62</sup> ...
- f<sup>bis</sup>.<sup>63</sup> le séjour en cas d'accouchement dans une maison de naissance (art. 29);
- g. une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage;
- h.<sup>64</sup> les prestations des pharmaciens lors de la remise des médicaments prescrits conformément à la let. b.

**Art. 25a<sup>65</sup>** Soins en cas de maladie

<sup>1</sup> 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.<sup>66</sup>

<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 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.

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

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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

<sup>61</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

<sup>62</sup> Abrogée par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

<sup>63</sup> Introduite par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

<sup>64</sup> Introduite par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2305; FF 1999 727).

<sup>65</sup> Introduit par le ch. I 3 de la LF du 13 juin 2008 sur le nouveau régime de financement des soins, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO 2009 3517 6847 ch. I; FF 2005 1911).

<sup>66</sup> Voir aussi les disp. trans. de la mod. du 13 juin 2008 à la fin du texte.

contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Les cantons règlent le financement résiduel.

**Art. 26** Mesures de prévention

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts de certains examens destinés à détecter à temps les maladies ainsi que des mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés. Ces examens ou mesures préventives sont effectués ou prescrits par un médecin.

**Art. 27<sup>67</sup>** Infirmité congénitale

En cas d'infirmité congénitale (art. 3, al. 2, LPGA<sup>68</sup>) non couverte par l'assurance-invalidité, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie.

**Art. 28** Accident

En cas d'accident au sens de l'art. 1, al. 2, let. b,<sup>69</sup> l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie.

**Art. 29** Maternité

<sup>1</sup> L'assurance obligatoire des soins prend en charge, en plus des coûts des mêmes prestations que pour la maladie, ceux des prestations spécifiques de maternité.

<sup>2</sup> Ces prestations comprennent:

- a. les examens de contrôle, effectués par un médecin ou une sage-femme ou prescrits par un médecin, pendant et après la grossesse;
- b.<sup>70</sup> l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une maison de naissance ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme;
- c. les conseils nécessaires en cas d'allaitement;
- d.<sup>71</sup> les soins accordés au nouveau-né en bonne santé et son séjour, tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère.

<sup>67</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3371; FF **1991** II 181 888, **1994** V 897, **1999** 4168).

<sup>68</sup> RS **830.1**

<sup>69</sup> Actuellement «art. 1a al. 2 let. b».

<sup>70</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO **2008** 2049; FF **2004** 5207).

<sup>71</sup> Introduite par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO **2000** 2305; FF **1999** 727).

**Art. 30**<sup>72</sup> Interruption de grossesse non punissable

En cas d'interruption de grossesse non punissable au sens de l'art. 119 du code pénal<sup>73</sup>, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations que pour la maladie.

**Art. 31** Soins dentaires

<sup>1</sup> L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires:

- a. s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication, ou
- b. s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles, ou
- c. s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles.

<sup>2</sup> Elle prend aussi en charge les coûts du traitement de lésions du système de la mastication causées par un accident selon l'art. 1, al. 2, let. b<sup>74</sup>.

**Section 2 Conditions et étendue de la prise en charge des coûts****Art. 32** Conditions

<sup>1</sup> Les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques.

<sup>2</sup> L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement.

**Art. 33** Désignation des prestations

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien, dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions.

<sup>2</sup> Il désigne en détail les autres prestations prévues à l'art. 25, al. 2, qui ne sont pas fournies par un médecin ou un chiropraticien ainsi que les prestations prévues aux art. 26, 29, al. 2, let. a et c, et 31, al. 1.

<sup>3</sup> Il détermine dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'une prestation, nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation.

<sup>4</sup> Il nomme des commissions qui le conseillent afin de désigner les prestations. Il veille à la coordination des travaux des commissions précitées.

<sup>72</sup> Nouvelle teneur selon le ch. II de la LF du 23 mars 2001, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> oct. 2002 (RO 2002 2989; FF 1998 2629 4734).

<sup>73</sup> RS 311.0

<sup>74</sup> Actuellement «art. 1a al. 2 let. b».

<sup>5</sup> Il peut déléguer au département ou à l'office les compétences énumérées aux al. 1 à 3.

#### **Art. 34** Etendue

<sup>1</sup> Au titre de l'assurance obligatoire des soins, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral peut décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues aux art. 25, al. 2, ou 29 fournies à l'étranger pour des raisons médicales. Il peut désigner les cas où l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'accouchements à l'étranger pour des raisons autres que médicales. Il peut limiter la prise en charge des coûts des prestations fournies à l'étranger.

## **Chapitre 4 Fournisseurs de prestations**

### **Section 1 Admission**

#### **Art. 35** Principe

<sup>1</sup> Sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins les fournisseurs de prestations qui remplissent les conditions des art. 36 à 40.

<sup>2</sup> Ces fournisseurs de prestations sont:

- a. les médecins;
- b. les pharmaciens;
- c. les chiropraticiens;
- d. les sages-femmes;
- e. les personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical ainsi que les organisations qui les emploient;
- f. les laboratoires;
- g. les centres de remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques;
- h. les hôpitaux;
- i.<sup>75</sup> les maisons de naissance;
- k. les établissements médico-sociaux;
- l. les établissements de cure balnéaire;
- m.<sup>76</sup> les entreprises de transport et de sauvetage;

<sup>75</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

<sup>76</sup> Introduite par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2305; FF 1999 727).

n.<sup>77</sup> les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins.

**Art. 36** Médecins

<sup>1</sup> Sont admis les médecins titulaires du diplôme fédéral et d'une formation postgraduée reconnue par le Conseil fédéral.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral règle l'admission des médecins titulaires d'un certificat scientifique équivalent.

<sup>3</sup> Les dentistes sont assimilés aux médecins pour les prestations prévues à l'art. 31.

**Art. 36a** Institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins

Les institutions qui offrent des soins ambulatoires dispensés par des médecins sont admises, lorsque ces médecins remplissent les conditions fixées à l'art. 36.

**Art. 37** Pharmaciens

<sup>1</sup> Sont admis les pharmaciens titulaires du diplôme fédéral et d'une formation postgraduée reconnue par le Conseil fédéral.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral règle l'admission des pharmaciens titulaires d'un certificat scientifique équivalent.

<sup>3</sup> Les cantons fixent les conditions auxquelles les médecins autorisés à tenir une pharmacie sont assimilés aux pharmaciens. Ils tiennent compte en particulier des possibilités d'accès des patients à une pharmacie.

**Art. 38**<sup>78</sup> Autres fournisseurs de prestations

Le Conseil fédéral règle l'admission des fournisseurs de prestations énumérés à l'art. 35, al. 2, let. c à g, i et m.<sup>79</sup> Il consulte au préalable les cantons et les organisations intéressées.

**Art. 39** Hôpitaux et autres institutions

<sup>1</sup> Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils:

- a. garantissent une assistance médicale suffisante;
- b. disposent du personnel qualifié nécessaire;
- c. disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments;

<sup>77</sup> Introduite par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2305; FF 1999 727).

<sup>78</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2305; FF 1999 727).

<sup>79</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

- d. correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate;
- e. figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats.

<sup>2</sup> Les cantons coordonnent leurs planifications.<sup>80</sup>

<sup>2bis</sup> Dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse. Si les cantons n'effectuent pas cette tâche à temps, le Conseil fédéral détermine quels hôpitaux figurent pour quelles prestations sur les listes cantonales.<sup>81</sup>

<sup>2ter</sup> Le Conseil fédéral édicte des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique. Il consulte au préalable les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs.<sup>82</sup>

<sup>3</sup> Les conditions fixées à l'al. 1 s'appliquent par analogie aux maisons de naissance, aux établissements, aux institutions et aux divisions d'établissements ou d'institutions qui prodiguent des soins, une assistance médicale et des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médico-sociaux).<sup>83</sup>

#### **Art. 40** Etablissements de cure balnéaire

<sup>1</sup> Les établissements de cure balnéaire sont admis s'ils sont reconnus par le département.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral fixe les conditions que ces établissements doivent remplir en ce qui concerne la direction médicale, la dotation en personnel soignant qualifié, les traitements et les sources thermales.

## **Section 2**

### **Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des coûts**

#### **Art. 41**

<sup>1</sup> 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 jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs.<sup>84</sup>

<sup>80</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO **2008** 2049; FF **2004** 5207).

<sup>81</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO **2008** 2049; FF **2004** 5207).

<sup>82</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO **2008** 2049; FF **2004** 5207).

<sup>83</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO **2008** 2049; FF **2004** 5207).

<sup>84</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO **2008** 2049; FF **2004** 5207).



<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). 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.<sup>85</sup>

<sup>1ter</sup> L'al. 1<sup>bis</sup> s'applique par analogie aux maisons de naissance.<sup>86</sup>

<sup>2</sup> Si, pour des raisons médicales, l'assuré se soumet à un traitement ambulatoire administré par un autre fournisseur de prestations, l'assureur prend en charge les coûts correspondant au tarif applicable à cet autre fournisseur.<sup>87</sup>

<sup>3</sup> 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.<sup>88</sup>

<sup>3bis</sup> 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.<sup>89</sup>

<sup>4</sup> 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. 41a<sup>90</sup>** Obligation d'admission

<sup>1</sup> Dans les limites de leurs mandats de prestations et de leurs capacités, les hôpitaux répertoriés sont tenus de garantir la prise en charge de tous les assurés résidant dans le canton où se situe l'hôpital (obligation d'admission).

<sup>85</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207). Voir aussi les disp. fin. de cette mod. à la fin du texte.

<sup>86</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

<sup>87</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

<sup>88</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

<sup>89</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

<sup>90</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

<sup>2</sup> Pour les assurés résidant hors du canton où se situe l'hôpital répertorié, l'obligation d'admission ne s'applique que si elle est basée sur des mandats de prestations ainsi que dans les cas d'urgence.

<sup>3</sup> Les cantons veillent au respect de l'obligation d'admission.

### Section 3 Débiteur de la rémunération; facturation

#### Art. 42 Principe<sup>91</sup>

<sup>1</sup> 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<sup>92</sup>, ce droit peut être cédé au fournisseur de prestations.<sup>93</sup>

<sup>2</sup> 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.<sup>94</sup>

<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, 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.<sup>95</sup>

<sup>3bis</sup> 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.<sup>96</sup>

<sup>4</sup> L'assureur peut exiger des renseignements supplémentaires d'ordre médical.<sup>97</sup>

<sup>91</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 8 oct. 2004 (Stratégie globale, compensation des risques), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2005 (RO **2005** 1071; FF **2004** 4019).

<sup>92</sup> RS **830.1**

<sup>93</sup> Phrase introduite par le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3371; FF **1991** II 181 888, **1994** V 897, **1999** 4168).

<sup>94</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO **2008** 2049; FF **2004** 5207).

<sup>95</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO **2008** 2049; FF **2004** 5207).

<sup>96</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 23 déc. 2011, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2013 (RO **2012** 4085; FF **2011** 6793 6801).

<sup>97</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 23 déc. 2011, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2013 (RO **2012** 4085; FF **2011** 6793 6801).

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> En dérogation à l'art. 29, al. 2, LPGA, aucune formule n'est nécessaire pour faire valoir le droit aux prestations.<sup>98</sup>

#### **Art. 42a<sup>99</sup>** Carte d'assuré

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral peut décider qu'une carte d'assuré portant un numéro d'identification attribué par la Confédération soit remise à chaque assuré pour la durée de son assujettissement à l'assurance obligatoire des soins. La carte contient le nom de l'assuré et le numéro d'assuré de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS).<sup>100</sup>

<sup>2</sup> Cette carte comporte une interface utilisateur; elle est utilisée pour la facturation des prestations selon la présente loi.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral règle, après consultation des milieux intéressés, les modalités d'introduction de la carte par les assureurs, ainsi que les standards techniques qui doivent être appliqués.

<sup>4</sup> Moyennant le consentement de l'assuré, la carte contient des données personnelles auxquelles peuvent avoir accès les personnes qui y sont autorisées. Le Conseil fédéral définit, après avoir consulté les milieux intéressés, l'étendue des données pouvant être enregistrées sur la carte. Il règle l'accès aux données et leur gestion.

## **Section 4 Tarifs et prix**

### **Art. 43** Principe

<sup>1</sup> Les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix.

<sup>2</sup> Le tarif est une base de calcul de la rémunération; il peut notamment:

- a. se fonder sur le temps consacré à la prestation (tarif au temps consacré);
- b. attribuer des points à chacune des prestations et fixer la valeur du point (tarif à la prestation);
- c. prévoir un mode de rémunération forfaitaire (tarif forfaitaire);
- d. soumettre, à titre exceptionnel, en vue de garantir leur qualité, la rémunération de certaines prestations à des conditions supérieures à celles prévues par les art. 36 à 40, notamment à celles qui prévoient que les fournisseurs dispo-

<sup>98</sup> Introduit par le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>99</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 8 oct. 2004 (Stratégie globale, compensation des risques), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2005 (RO 2005 1071; FF 2004 4019).

<sup>100</sup> Nouvelle teneur de la phrase selon le ch. 11 de l'annexe à la LF du 23 juin 2006 (Nouveau numéro d'assuré AVS), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> déc. 2007 (RO 2007 5259; FF 2006 515).

sent de l'infrastructure, de la formation de base, de la formation postgraduéed ou de la formation continue nécessaires (exclusion tarifaire).

<sup>3</sup> Le tarif forfaitaire peut se rapporter au traitement par patient (forfait par patient) ou aux soins par groupe d'assurés (forfait par groupe d'assurés). Les forfaits par groupe d'assurés peuvent être fixés, de manière prospective, sur la base des prestations fournies dans le passé et des besoins futurs (budget global prospectif).

<sup>4</sup> Les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente. Ceux-ci veillent à ce que les conventions tarifaires soient fixées d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurées de manière appropriée. Lorsqu'il s'agit de conventions conclues entre des fédérations, les organisations qui représentent les intérêts des assurés sur le plan cantonal ou fédéral sont entendues avant la conclusion.

<sup>5</sup> Les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. Si les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une structure tarifaire uniforme, le Conseil fédéral la fixe.

<sup>5bis</sup> Le Conseil fédéral peut procéder à des adaptations de la structure tarifaire si celle-ci s'avère inappropriée et que les parties ne peuvent s'entendre sur une révision de la structure.<sup>101</sup>

<sup>6</sup> Les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible.

<sup>7</sup> Le Conseil fédéral peut établir des principes visant à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et structurés de manière appropriée; il peut aussi établir des principes relatifs à leur adaptation. Il veille à la coordination de ces tarifs avec les régimes tarifaires des autres assurances sociales.

#### **Art. 44** Protection tarifaire

<sup>1</sup> Les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente; ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la présente loi (protection tarifaire). La disposition sur la rémunération des moyens et des appareils diagnostiques ou thérapeutiques (art. 52, al. 1, let. a, ch. 3) est réservée.

<sup>2</sup> Le fournisseur de prestations qui refuse de fournir des prestations conformément à la présente loi (récusation) doit l'annoncer à l'organisme désigné par le gouvernement cantonal. Il n'a aucun droit à la rémunération au sens de la présente loi. Si un assuré s'adresse à un tel fournisseur de prestations, celui-ci doit d'abord l'en informer.

<sup>101</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 23 déc. 2011, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2013 (RO 2012 4085; FF 2011 6793 6801).

**Art. 45** Garantie du traitement

Si, du fait de la récusation de fournisseurs de prestations, le traitement des assurés n'est pas garanti conformément à la présente loi, le gouvernement cantonal veille à ce qu'il le soit. Une protection tarifaire est aussi applicable dans ce cas. Le Conseil fédéral peut édicter les dispositions nécessaires.

**Art. 46** Convention tarifaire

<sup>1</sup> Les parties à une convention tarifaire sont un ou plusieurs fournisseurs de prestations, ou fédérations de fournisseurs de prestations, d'une part, et un ou plusieurs assureurs ou fédérations d'assureurs, d'autre part.

<sup>1bis</sup> Les parties à une convention tarifaire peuvent aussi être des cantons pour les mesures de prévention au sens de l'art. 26 exécutées dans le cadre de programmes organisés au niveau national ou cantonal au sens de l'art. 64, al. 6, let. d.<sup>102</sup>

<sup>2</sup> Si la partie à une convention est une fédération, la convention ne lie les membres de ladite fédération que s'ils ont adhéré à la convention. Les non-membres qui exercent leur activité dans le rayon conventionnel peuvent également adhérer à la convention. Celle-ci peut prévoir qu'ils doivent verser une contribution équitable aux frais causés par sa conclusion et son exécution. Elle règle les modalités des déclarations d'adhésion ou de retrait, et leur publication.

<sup>3</sup> Ne sont pas admises et donc nulles en particulier les mesures suivantes, qu'elles soient contenues dans une convention tarifaire, dans un contrat séparé ou dans un accord, lorsqu'elles prévoient:

- a. l'interdiction faite aux membres de groupements de conclure des contrats séparés;
- b. l'obligation faite aux membres de groupements d'adhérer aux accords existants;
- c. l'interdiction de concurrence entre les membres;
- d. des clauses d'exclusivité et celles qui interdisent tout traitement de faveur.

<sup>4</sup> La convention tarifaire doit être approuvée par le gouvernement cantonal compétent ou, si sa validité s'étend à toute la Suisse, par le Conseil fédéral. L'autorité d'approbation vérifie que la convention est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie.

<sup>5</sup> Le délai de dénonciation ou de retrait d'une convention tarifaire selon l'al. 2 est d'au moins six mois.

**Art. 47** Absence de convention tarifaire

<sup>1</sup> Si aucune convention tarifaire ne peut être conclue entre les fournisseurs de prestations et les assureurs, le gouvernement cantonal fixe le tarif, après avoir consulté les intéressés.

<sup>102</sup> Introduit par l'art. 86 ch. 3 de la L sur les épidémies du 28 sept. 2012, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 1435; FF 2011 291).

<sup>2</sup> S'il n'existe aucune convention tarifaire pour le traitement ambulatoire d'un assuré hors de son lieu de résidence, de son lieu de travail ou des environs ou encore pour le traitement hospitalier d'un assuré hors de son canton de résidence, le gouvernement du canton où le fournisseur de prestations est installé à titre permanent fixe le tarif.<sup>103</sup>

<sup>3</sup> Lorsque les fournisseurs de prestations et les assureurs ne parviennent pas à s'entendre sur le renouvellement d'une convention tarifaire, le gouvernement cantonal peut la prolonger d'une année. Si aucune convention n'est conclue dans ce délai, il fixe le tarif après avoir consulté les intéressés.

#### **Art. 48** Conventions tarifaires avec les associations de médecins

<sup>1</sup> Lors de l'approbation d'une convention tarifaire avec une ou plusieurs associations de médecins, l'autorité d'approbation (art. 46, al. 4) fixe, après avoir consulté les parties à la convention, un tarif-cadre dont les taxes minimales sont inférieures et les taxes maximales supérieures à celles du tarif conventionnel approuvé.

<sup>2</sup> Le tarif-cadre entre en vigueur à l'expiration de la convention tarifaire. Une année après l'expiration de la convention, l'autorité d'approbation peut fixer un nouveau tarif-cadre sans tenir compte du tarif conventionnel antérieur.

<sup>3</sup> Lorsque d'emblée aucune convention tarifaire ne peut être conclue avec une association de médecins, l'autorité d'approbation peut, à la demande des parties, fixer un tarif-cadre.

<sup>4</sup> Le tarif-cadre est abrogé pour les parties qui ont conclu une nouvelle convention tarifaire dès l'approbation de celle-ci.

#### **Art. 49**<sup>104</sup> Conventions tarifaires avec les hôpitaux

<sup>1</sup> Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour et les soins à l'hôpital (art. 39, al. 1) ou dans une maison de naissance (art. 29), les parties à une convention conviennent de forfaits.<sup>105</sup> En règle générale, il s'agit de forfaits par cas. Les forfaits sont liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les partenaires à une convention peuvent convenir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne sont pas comprises dans le forfait mais facturées séparément. Les tarifs hospitaliers sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse.

<sup>2</sup> Les partenaires tarifaires instituent, conjointement avec les cantons, une organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance

<sup>103</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO **2008** 2049; FF **2004** 5207).

<sup>104</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO **2008** 2049; FF **2004** 5207). Voir aussi les disp. fin. de cette mod. à la fin du texte.

<sup>105</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I 3 de la LF du 13 juin 2008 sur le nouveau régime de financement des soins, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO **2009** 3517 6847 ch. I; FF **2005** 1911).

des structures. Pour financer ces activités, une contribution couvrant les coûts peut être prélevée par cas facturé. Les hôpitaux doivent à cet effet livrer à l'organisation les données nécessaires sur les coûts et les prestations. Si une telle organisation fait défaut, le Conseil fédéral l'institue de manière contraignante pour les partenaires tarifaires. Les structures élaborées par l'organisation et leurs adaptations sont soumises par les partenaires tarifaires au Conseil fédéral pour approbation. Si les partenaires ne peuvent s'entendre sur les structures, le Conseil fédéral les fixe.<sup>106</sup>

<sup>3</sup> Les rémunérations au sens de l'al. 1 ne comprennent pas les parts que représentent les coûts des prestations d'intérêt général. Ces prestations comprennent en particulier:

- a. le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale;
- b. la recherche et la formation universitaire.

<sup>4</sup> En cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital au sens de l'al. 1, tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier. Si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'art. 50 est applicable.

<sup>5</sup> Les rémunérations au sens des al. 1 et 4 épuisent toutes les prétentions de l'hôpital quant aux prestations prévues par la présente loi.

<sup>6</sup> Les parties à une convention conviennent de la rémunération du traitement ambulatoire.

<sup>7</sup> Les hôpitaux doivent disposer d'instruments de gestion adéquats; ils doivent en particulier, selon une méthode uniforme, tenir une comptabilité analytique ainsi qu'une statistique de leurs prestations pour calculer leurs coûts d'exploitation et d'investissement et classer leurs prestations. Ces instruments doivent comprendre toutes les données nécessaires pour juger du caractère économique, pour procéder à des comparaisons entre hôpitaux et pour établir la tarification ainsi que la planification hospitalière. Les gouvernements cantonaux et les partenaires tarifaires peuvent consulter les pièces.

<sup>8</sup> En collaboration avec les cantons, le Conseil fédéral fait procéder à l'échelle nationale à des comparaisons entre hôpitaux – qu'il publie par la suite – en ce qui concerne notamment les coûts et la qualité des résultats médicaux. Les hôpitaux et les cantons doivent livrer les documents requis à cette fin.

#### **Art. 49<sup>a107</sup>** Rémunération des prestations hospitalières

<sup>1</sup> Les rémunérations au sens de l'art. 49, al. 1, sont prises en charge par le canton et les assureurs, selon leur part respective.

<sup>106</sup> Voir aussi l'al. 1 des disp. fin. de la mod. du 22 oct. 2008 de l'O sur l'assurance-maladie (RS **832.102**).

<sup>107</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO **2008** 2049; FF **2004** 5207). Voir aussi les disp. fin. de cette mod. à la fin du texte.

<sup>2</sup> Le canton fixe pour chaque année civile, au plus tard neuf mois avant le début de l'année civile, la part cantonale pour les habitants du canton. Celle-ci se monte à 55 % au moins.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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, 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. 50<sup>108</sup>**      Prise en charge des coûts dans les établissements médico-sociaux

En cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 39, al. 3), l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire, conformément à l'art. 25a. L'art. 49, al. 7 et 8, est applicable par analogie.

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

<sup>1</sup> 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.<sup>109</sup>

<sup>2</sup> Le canton consulte au préalable les fournisseurs de prestations et les assureurs.

**Art. 52**              Analyses et médicaments; moyens et appareils

<sup>1</sup> Après avoir consulté les commissions compétentes et conformément aux principes des art. 32, al. 1, et 43, al. 6:

- a. le département édicte:
  1. une liste des analyses avec tarif;
  2. une liste avec tarif des produits et des substances actives et auxiliaires employés pour la prescription magistrale; le tarif comprend aussi les prestations du pharmacien;
  3. des dispositions sur l'obligation de prise en charge et l'étendue de la rémunération des moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques;

<sup>108</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I 3 de la LF du 13 juin 2008 sur le nouveau régime de financement des soins, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO **2009** 3517 6847 ch. I; FF **2005** 1911).

<sup>109</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO **2008** 2049; FF **2004** 5207).



- b. l'office établit une liste, avec prix, des préparations pharmaceutiques et des médicaments confectionnés (liste des spécialités). Celle-ci doit également comprendre les génériques meilleur marché qui sont interchangeables avec les préparations originales.

<sup>2</sup> En matière d'infirmités congénitales (art. 3, al. 2, LPGA<sup>110</sup>), les mesures thérapeutiques du catalogue des prestations de l'assurance-invalidité sont reprises dans les dispositions et listes établies en vertu de l'al. 1.<sup>111</sup>

<sup>3</sup> Les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques peuvent être facturés au plus d'après les tarifs, prix et taux de rémunération au sens de l'al. 1. Le Conseil fédéral désigne les analyses effectuées au cabinet du médecin pour lesquelles le tarif peut être fixé d'après les art. 46 et 48.

**Art. 52a**<sup>112</sup> Droit de substitution

Le pharmacien peut remplacer des préparations originales de la liste des spécialités par des génériques meilleur marché de cette liste, à moins que le médecin ou le chiropraticien n'exige expressément la délivrance d'une préparation originale. Il informe la personne qui a prescrit la médication de la préparation qu'il a délivrée.

**Art. 53**<sup>113</sup> Recours au Tribunal administratif fédéral

<sup>1</sup> Les décisions des gouvernements cantonaux visées aux art. 39, 45, 46, al. 4, 47, 48, al. 1 à 3, 51, 54, 55 et 55a<sup>114</sup> peuvent faire l'objet d'un recours au Tribunal administratif fédéral.

<sup>2</sup> La procédure de recours est régie par la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral<sup>115</sup> et la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA)<sup>116</sup>. Les exceptions suivantes sont réservées:

- a. les preuves et faits nouveaux ne peuvent être présentés que s'ils résultent de l'acte attaqué; toute conclusion nouvelle est irrecevable;
- b. les art. 22a et 53 PA ne sont pas applicables;
- c. le délai fixé par le Tribunal administratif fédéral pour le dépôt d'une réponse est de 30 jours au plus; il ne peut être prolongé;
- d. un échange ultérieur d'écritures au sens de l'art. 57, al. 2, PA n'a lieu qu'exceptionnellement;

<sup>110</sup> RS 830.1

<sup>111</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>112</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2305; FF 1999 727).

<sup>113</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

<sup>114</sup> En vigueur jusqu'au 30 juin 2016.

<sup>115</sup> RS 173.32

<sup>116</sup> RS 172.021

- e. le grief de l'inopportunité ne peut être invoqué comme motif de recours contre les décisions au sens de l'art. 39.

## Section 5 Mesures extraordinaires de maîtrise des coûts

### Art. 54 Etablissement d'un budget global par les autorités d'approbation

<sup>1</sup> Les assureurs peuvent demander au canton, en tant que mesure extraordinaire et temporaire pour limiter une augmentation des coûts au-dessus de la moyenne, de fixer un montant global (budget global) pour le financement des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux.

<sup>2</sup> Le canton doit se prononcer sur l'entrée en matière dans un délai de trois mois à partir du dépôt de la requête. Il consulte au préalable les institutions et les assureurs.

### Art. 55 Etablissement des tarifs par les autorités d'approbation

<sup>1</sup> Lorsque, pour les traitements ambulatoires ou hospitaliers, les frais moyens par assuré et par année dans l'assurance de soins obligatoire augmentent au moins deux fois plus que la moyenne de l'évolution générale des prix et des salaires, l'autorité compétente peut ordonner que les tarifs ou les prix de l'ensemble ou d'une partie des prestations ne doivent plus être augmentés, aussi longtemps que la différence relative du taux annuel de croissance est de plus de 50 % comparée à l'évolution générale des prix et des salaires.

<sup>2</sup> Ces autorités sont:

- a. le Conseil fédéral s'agissant de conventions tarifaires approuvées par lui en vertu de l'art. 46, al. 4;
- b. le département s'agissant de tarifs ou de prix d'après l'art. 52, al. 1, let. a, ch. 1 et 2, ainsi que let. b;
- c. le gouvernement cantonal s'agissant de conventions tarifaires approuvées par lui en vertu de l'art. 46, al. 4.

### Art. 55a<sup>117</sup> Limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral peut faire dépendre de l'établissement de la preuve d'un besoin l'admission des personnes suivantes à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins:

- a. les médecins visés à l'art. 36, qu'ils exercent une activité dépendante ou indépendante;

<sup>117</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 2000 (RO 2000 2305 2311; FF 1999 727). Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 17 juin 2016, en vigueur du 1<sup>er</sup> juil. 2016 au 30 juin 2019 (RO 2016 2265; FF 2016 3349 3359). Voir aussi les disp. trans. de cette mod. et le mandat au CF à la fin du texte.

- b. les médecins qui exercent au sein d'une institution au sens de l'art. 36a ou dans le domaine ambulatoire d'un hôpital au sens de l'art. 39.
- <sup>2</sup> Ne sont pas soumis à la preuve du besoin les personnes qui ont exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade.
- <sup>3</sup> Le Conseil fédéral fixe les critères permettant d'établir la preuve du besoin après avoir consulté les cantons, les fédérations de fournisseurs de prestations, les fédérations des assureurs et les associations de patients.
- <sup>4</sup> Les cantons désignent les personnes visées à l'al. 1. Ils peuvent assortir leur admission de conditions.
- <sup>5</sup> L'admission expire lorsque son titulaire n'en fait pas usage dans un certain délai, sauf justes motifs tels que maladie, maternité ou formation postgrade. Le Conseil fédéral fixe le délai applicable.

## **Section 6**

### **Contrôle du caractère économique et de la qualité des prestations**

#### **Art. 56**           Caractère économique des prestations

- <sup>1</sup> Le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement.
- <sup>2</sup> La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée. Le fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes reçues à tort au sens de la présente loi. Ont qualité pour demander la restitution:
- a. l'assuré ou, conformément à l'art. 89, al. 3, l'assureur dans le système du tiers garant (art. 42, al. 1);
  - b. l'assureur dans le système du tiers payant (art. 42, al. 2).
- <sup>3</sup> Le fournisseur de prestations doit répercuter sur le débiteur de la rémunération les avantages directs ou indirects qu'il perçoit:
- a. d'un autre fournisseur de prestations agissant sur son mandat;
  - b. de personnes ou d'institutions qui fournissent des médicaments ou des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques.
- <sup>4</sup> Si le fournisseur de prestations ne répercuté pas cet avantage, l'assuré ou l'assureur peut en exiger la restitution.
- <sup>5</sup> Les fournisseurs de prestations et les assureurs prévoient dans les conventions tarifaires des mesures destinées à garantir le caractère économique des prestations. Ils veillent en particulier à éviter une répétition inutile d'actes diagnostiques lorsqu'un assuré consulte plusieurs fournisseurs de prestations.

<sup>6</sup> Les fournisseurs de prestations et les assureurs conviennent d'une méthode visant à contrôler le caractère économique des prestations.<sup>118</sup>

### Art. 57 Médecins-conseils

<sup>1</sup> Après avoir consulté les sociétés médicales cantonales, les assureurs ou leurs fédérations désignent des médecins-conseils. Ceux-ci doivent satisfaire aux conditions d'admission prévues à l'art. 36 et avoir pratiqué dans un cabinet médical ou exercé une fonction dirigeante dans un hôpital pendant cinq ans au moins.

<sup>2</sup> Les médecins-conseils appelés à exercer dans toute la Suisse doivent être désignés avec l'accord de la société médicale du canton dans lequel l'assureur a son siège principal ou dans lequel la fédération d'assureurs a son siège.

<sup>3</sup> Une société médicale cantonale peut récuser un médecin-conseil pour de justes motifs; dans ce cas, le tribunal arbitral au sens de l'art. 89 statue.

<sup>4</sup> Le médecin-conseil donne son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs. Il examine en particulier si les conditions de prise en charge d'une prestation sont remplies.

<sup>5</sup> Le médecin-conseil évalue les cas en toute indépendance. Ni l'assureur ni le fournisseur de prestations ni leurs fédérations ne peuvent lui donner de directives.

<sup>6</sup> Les fournisseurs de prestations doivent donner aux médecins-conseils les indications dont ils ont besoin pour remplir leurs tâches selon l'al. 4. S'il n'est pas possible d'obtenir ces informations par un autre moyen, le médecin-conseil peut examiner lui-même l'assuré; il doit en informer préalablement le médecin traitant et lui communiquer le résultat de l'examen. Si les circonstances le justifient, l'assuré peut toutefois exiger que l'examen soit effectué par un médecin autre que le médecin-conseil. Lorsque l'assuré et l'assureur ne peuvent s'entendre, le tribunal arbitral au sens de l'art. 89 tranche, en dérogation à l'art. 58, al. 1, LPGA<sup>119,120</sup>

<sup>7</sup> Les médecins-conseils ne transmettent aux organes compétents des assureurs que les indications dont ceux-ci ont besoin pour décider de la prise en charge d'une prestation, pour fixer la rémunération, pour calculer la compensation des risques ou pour motiver une décision. Ce faisant, ils respectent les droits de la personnalité des assurés.<sup>121</sup>

<sup>8</sup> Les associations faitières suisses de médecins et d'assureurs règlent la transmission des indications au sens de l'al. 7, la formation continue et le statut des médecins-conseils. Si elles ne peuvent s'entendre, le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires.

<sup>118</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 23 déc. 2011, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2013 (RO 2012 4087; FF 2011 2359). Voir aussi la disp. trans. de cette mod. à la fin du texte.

<sup>119</sup> RS 830.1

<sup>120</sup> Nouvelle teneur de la phrase selon le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>121</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Compensation des risques), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO 2009 4755; FF 2004 5207).

**Art. 58** Garantie de la qualité

<sup>1</sup> Après avoir consulté les organisations intéressées, le Conseil fédéral peut prévoir des contrôles scientifiques et systématiques pour garantir la qualité ou l'adéquation des prestations que l'assurance obligatoire des soins prend en charge.

<sup>2</sup> Il peut en confier l'exécution aux associations professionnelles ou à d'autres institutions.

<sup>3</sup> Il détermine les mesures servant à garantir ou à rétablir la qualité ou l'adéquation des prestations. Il peut en particulier prévoir que:

- a. l'accord du médecin-conseil est nécessaire avant l'exécution de certaines mesures diagnostiques ou thérapeutiques, notamment celles qui sont particulièrement coûteuses;
- b. des mesures diagnostiques ou thérapeutiques particulièrement coûteuses ou difficiles ne seront prises en charge par l'assurance obligatoire des soins que lorsqu'elles sont pratiquées par des fournisseurs de prestations qualifiés en la matière. Il peut désigner ces fournisseurs de prestations.

**Art. 59**<sup>122</sup> Manquements aux exigences relatives au caractère économique et à la garantie de la qualité des prestations

<sup>1</sup> Les fournisseurs de prestations qui ne respectent pas les exigences relatives au caractère économique et à la garantie de la qualité des prestations qui sont prévues dans la loi (art. 56 et 58) ou dans un contrat font l'objet de sanctions. Celles-ci sont:

- a. l'avertissement;
- b. la restitution de tout ou partie des honoraires touchés pour des prestations fournies de manière inappropriée;
- c. l'amende;
- d. en cas de récidive, l'exclusion temporaire ou définitive de toute activité à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

<sup>2</sup> Le Tribunal arbitral au sens de l'art. 89 prononce la sanction appropriée sur proposition d'un assureur ou d'une fédération d'assureurs.

<sup>3</sup> Constituent notamment des manquements aux exigences légales ou contractuelles visées à l'al. 1:

- a. le non-respect du caractère économique des prestations au sens de l'art. 56, al. 1;
- b. l'inexécution ou la mauvaise exécution du devoir d'information au sens de l'art. 57, al. 6;
- c. l'obstruction aux mesures de garantie de la qualité prévues à l'art. 58;
- d. le non-respect de la protection tarifaire visée à l'art. 44;

<sup>122</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 8 oct. 2004 (Stratégie globale, compensation des risques), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2005 (RO **2005** 1071; FF **2004** 4019).

- e. la non-répercussion d'avantages au sens de l'art. 56, al. 3;
- f. la manipulation frauduleuse de décomptes ou la production d'attestations contraires à la vérité.

**Art. 59a**<sup>123</sup> Données des fournisseurs de prestations

<sup>1</sup> Les fournisseurs de prestations doivent communiquer aux autorités fédérales compétentes les données qui sont nécessaires pour surveiller l'application des dispositions de la présente loi relatives au caractère économique et à la qualité des prestations. Les indications suivantes doivent notamment être communiquées:

- a. le genre d'activité exercée, l'infrastructure et l'équipement, ainsi que la forme juridique;
- b. l'effectif et la structure du personnel, le nombre de places de formation et leur structure;
- c. le nombre de patients et la structure de leur effectif, sous une forme anonyme;
- d. le genre, l'ampleur et les coûts des prestations fournies;
- e. les charges, les produits et le résultat d'exploitation;
- f. les indicateurs de qualité médicaux.

<sup>2</sup> Les personnes physiques et morales interrogées sont soumises à l'obligation de renseigner. Les données doivent être fournies gratuitement.

<sup>3</sup> Les données sont collectées par l'Office fédéral de la statistique. Celui-ci met à la disposition de l'Office fédéral de la santé publique, du Surveillant des prix, de l'Office fédéral de la justice, des cantons, des assureurs et des organes figurant à l'art. 84a les données par fournisseur de prestations énumérées à l'al. 1 aux fins de l'application de la présente loi. Ces données sont publiées.

<sup>4</sup> Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur la collecte, le traitement, la transmission et la publication des données, dans le respect du principe de la proportionnalité.

## Chapitre 5 Financement

### Section 1 ...

**Art. 60**<sup>124</sup>

<sup>123</sup> Introduit par le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5137; FF 2012 1725).

<sup>124</sup> Abrogé par le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5137; FF 2012 1725).

## Section 2 Primes des assurés

### Art. 61 Principes

<sup>1</sup> L'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés. Sauf disposition contraire de la présente loi, l'assureur prélève des primes égales auprès de ses assurés.

<sup>2</sup> L'assureur échelonne les montants des primes selon les différences des coûts cantonaux. Des exceptions sont possibles pour les effectifs très peu importants. Le lieu de résidence de l'assuré est déterminant.<sup>125</sup>

<sup>2bis</sup> L'assureur peut échelonner les primes selon les régions. Le département délimite uniformément les régions ainsi que les différences maximales admissibles de primes fondées sur les différences de coûts entre les régions.<sup>126</sup>

<sup>3</sup> Pour les assurés de moins de 18 ans révolus (enfants), l'assureur doit fixer une prime plus basse que celle des assurés plus âgés (adultes). Il est autorisé à le faire pour les assurés de moins de 25 ans révolus (jeunes adultes).<sup>127</sup>

<sup>3bis</sup> Le Conseil fédéral peut fixer les réductions de primes visées à l'al. 3.<sup>128</sup>

<sup>4</sup> Pour les assurés résidant dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège, les primes sont calculées en fonction de l'Etat de résidence. Le Conseil fédéral édicte les dispositions sur la fixation et l'encaissement des primes de ces assurés.<sup>129</sup>

5 ...<sup>130</sup>

### Art. 61a<sup>131</sup> Prélèvement des primes des assurés qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège

Les primes des membres de la famille d'une personne qui est assurée parce qu'elle exerce une activité lucrative en Suisse, parce qu'elle touche une rente suisse ou

<sup>125</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5137; FF 2012 1725).

<sup>126</sup> Introduit par le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5137; FF 2012 1725).

<sup>127</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 18 mars 2005 (Réduction des primes), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2006 (RO 2005 3587; FF 2004 4089).

<sup>128</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2305; FF 1999 727).

<sup>129</sup> Introduit par le ch. I 9 de la LF du 8 oct. 1999 sur l'Ac. entre la Suisse et la CE et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes (RO 2002 701; FF 1999 5440). Nouvelle teneur selon le ch. I 8 de la LF du 14 déc. 2001 relative aux disp. concernant la libre circulation des personnes de l'Ac. amendant la Conv. instituant l'AELE, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 685; FF 2001 4729).

<sup>130</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 18 déc. 1998 (RO 1999 2041; FF 1998 1072 1078). Abrogé par le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5137; FF 2012 1725).

<sup>131</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 6 oct. 2000 (RO 2002 858; FF 2000 3751). Nouvelle teneur selon le ch. I 8 de la LF du 14 déc. 2001 relative aux disp. concernant la libre circulation des personnes de l'Ac. amendant la Conv. instituant l'AELE, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 685; FF 2001 4729).

parce qu'elle perçoit une prestation de l'assurance-chômage suisse sont prélevées auprès de ladite personne.

#### **Art. 62** Formes particulières d'assurance

<sup>1</sup> L'assureur peut réduire les primes des assurances impliquant un choix limité du fournisseur de prestations d'après l'art. 41, al. 4.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral peut autoriser la pratique d'autres formes d'assurance, notamment celles dans lesquelles:

- a. l'assuré qui consent à une participation aux coûts plus élevée que celle qui est prévue à l'art. 64 bénéficie en contrepartie d'une réduction de prime;
- b. le montant de la prime de l'assuré dépend de la question de savoir si, pendant une certaine période, il a bénéficié ou non de prestations.

<sup>2bis</sup> La participation aux coûts, de même que la perte de la réduction de prime selon les autres formes d'assurance désignées à l'al. 2 ne peuvent être assurées 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 des coûts découlant de ces formes d'assurance. Les dispositions de droit public de la Confédération et des cantons sont réservées.<sup>132</sup>

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral règle en détail les formes particulières d'assurance. Il fixe, notamment en se fondant sur les besoins de l'assurance, les limites maximales des réductions de primes et les limites minimales des suppléments de primes. La compensation des risques selon l'art. 105 reste dans tous les cas réservée.

#### **Art. 63** Indemnisation de tiers

<sup>1</sup> Si une association d'employeurs, une association de travailleurs ou une autorité d'assistance se charge de tâches d'exécution de l'assurance-maladie, l'assureur les indemnise de façon appropriée. En dérogation à l'art. 28, al. 1, LPGA<sup>133</sup>, cette règle est aussi applicable lorsqu'un employeur se charge de ces tâches.<sup>134</sup>

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral fixe les limites maximales des indemnités.

### **Section 3 Participation aux coûts**

#### **Art. 64**

<sup>1</sup> Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient.

<sup>132</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2305; FF 1999 727). Voir aussi l'al. 1 des disp. fin. de cette mod. à la fin du texte.

<sup>133</sup> RS 830.1

<sup>134</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).



<sup>2</sup> Leur participation comprend:

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

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

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> 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;
- d.<sup>135</sup> supprimer la franchise pour certaines mesures de prévention exécutées dans le cadre de programmes organisés au niveau national ou cantonal

<sup>7</sup> 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<sup>e</sup> semaine de grossesse, pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement.<sup>136</sup>

<sup>8</sup> 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.<sup>137</sup>

<sup>135</sup> Introduite par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2305; FF 1999 727).

<sup>136</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 juin 2013, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2014 (RO 2014 387; FF 2013 2191 2201)

<sup>137</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2305; FF 1999 727). Voir aussi l'al. 1 des disp. fin. de cette mod. à la fin du texte.

## Section 3a<sup>138</sup> Non-paiement des primes et des participations aux coûts

### Art. 64a<sup>139</sup>

<sup>1</sup> Lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une sommation, précédée d'au moins un rappel écrit; il lui impartit un délai de 30 jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement (al. 2).

<sup>2</sup> Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas dans le délai imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites. Le canton peut exiger que l'assureur annonce à l'autorité cantonale compétente les débiteurs qui font l'objet de poursuites.

<sup>3</sup> L'assureur annonce à l'autorité cantonale compétente les débiteurs concernés et, pour chacun, le montant total des créances relevant de l'assurance obligatoire des soins (primes et participations aux coûts arriérées, intérêts moratoires et frais de poursuite) pour lesquelles un acte de défaut de biens ou un titre équivalent a été délivré durant la période considérée. Il demande à l'organe de contrôle désigné par le canton d'attester l'exactitude des données communiquées et transmet cette attestation au canton.

<sup>4</sup> Le canton prend en charge 85 % des créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3.<sup>140</sup>

<sup>5</sup> L'assureur conserve les actes de défaut de biens et les titres équivalents jusqu'au paiement intégral des créances arriérées. Dès que l'assuré a payé tout ou partie de sa dette à l'assureur, celui-ci rétrocède au canton 50 % du montant versé par l'assuré.

<sup>6</sup> En dérogation à l'art. 7, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite. L'art. 7, al. 3 et 4, est réservé.

<sup>7</sup> Les cantons peuvent tenir une liste des assurés qui ne paient pas leurs primes malgré les poursuites, liste à laquelle n'ont accès que les fournisseurs de prestations, la commune et le canton. Sur notification du canton, l'assureur suspend la prise en charge des prestations fournies à ces assurés, à l'exception de celles relevant de la médecine d'urgence, et avise l'autorité cantonale compétente de la suspension de sa prise en charge et, lorsque les assurés ont acquitté leurs créances, de l'annulation de cette suspension.

<sup>8</sup> Le Conseil fédéral règle les tâches de l'organe de révision et désigne les titres jugés équivalents à un acte de défaut de biens. Il règle également les modalités de la procédure de sommation et de poursuite ainsi que les modalités de transmission des données des assureurs aux cantons et des versements des cantons aux assureurs.

<sup>138</sup> Introduite par le ch. I de la LF du 18 mars 2005 (Réduction des primes), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2006 (RO 2005 3587; FF 2004 4089).

<sup>139</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 19 mars 2010, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO 2011 3523, FF 2009 5973 5987).

<sup>140</sup> Voir aussi les dips. trans. de la mod. du 19 mars 2010 à la fin du texte.

<sup>9</sup> Le Conseil fédéral édicte des dispositions sur le non-paiement des primes et des participations aux coûts des personnes tenues de s'assurer qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège.

## Section 4 Réduction des primes par les subsides des pouvoirs publics

**Art. 65**<sup>141</sup> Réduction des primes par les cantons

<sup>1</sup> Les cantons accordent une réduction de primes aux assurés de condition économique modeste. Ils versent directement le montant correspondant aux assureurs concernés. Le Conseil fédéral peut faire bénéficier de cette réduction les personnes tenues de s'assurer qui n'ont pas de domicile en Suisse mais qui y séjournent de façon prolongée.<sup>142</sup>

<sup>1bis</sup> Pour les bas et moyens revenus, les cantons réduisent de 50 % au moins les primes des enfants et des jeunes adultes en formation.<sup>143</sup>

<sup>2</sup> L'échange des données entre les cantons et les assureurs se déroule selon une procédure uniforme. Le Conseil fédéral règle les modalités après avoir entendu les cantons et les assureurs.<sup>144</sup>

<sup>3</sup> Les cantons veillent, lors de l'examen des conditions d'octroi, à ce que les circonstances économiques et familiales les plus récentes soient prises en considération, notamment à la demande de l'assuré. Après avoir déterminé le cercle des ayants droit, les cantons veillent également à ce que les montants versés au titre de la réduction des primes le soient de manière à ce que les ayants droit n'aient pas à satisfaire à l'avance à leur obligation de payer les primes.

<sup>4</sup> Les cantons informent régulièrement les assurés de leur droit à la réduction des primes.

<sup>4bis</sup> Le canton communique à l'assureur les données concernant les bénéficiaires du droit à la réduction des primes et le montant de la réduction suffisamment tôt pour que celui-ci puisse en tenir compte lors de la facturation des primes. L'assureur informe le bénéficiaire du montant effectif de la réduction des primes au plus tard lors de la facturation suivante.<sup>145</sup>

<sup>141</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2305; FF 1999 727). Voir aussi l'al. 2 des disp. fin. de cette mod. à la fin du texte.

<sup>142</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 19 mars 2010, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO 2011 3523, FF 2009 5973 5987). Voir aussi les disp. trans. de la mod. du 19 mars 2010, à la fin du texte.

<sup>143</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 18 mars 2005 (Réduction des primes), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2006 (RO 2005 3587; FF 2004 4089). Voir aussi la disp. fin. de cette mod. à la fin du texte.

<sup>144</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 19 mars 2010, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO 2011 3523, FF 2009 5973 5987).

<sup>145</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 19 mars 2010, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO 2011 3523, FF 2009 5973 5987).

<sup>5</sup> Les assureurs sont tenus à une collaboration qui s'étend au-delà de l'assistance administrative prévue à l'art. 82.<sup>146</sup>

<sup>6</sup> Les cantons transmettent à la Confédération des données anonymes relatives aux assurés bénéficiaires, afin que celle-ci puisse examiner si les buts de politique sociale et familiale ont été atteints. Le Conseil fédéral édicte les dispositions d'exécution.<sup>147</sup>

**Art. 65a**<sup>148</sup> Réduction des primes par les cantons en faveur des assurés qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège

Les cantons accordent une réduction des primes aux assurés de condition économique modeste désignées ci-après qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège, soit:

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

**Art. 66**<sup>149</sup> Subsidies de la Confédération

<sup>1</sup> La Confédération accorde aux cantons des subsides annuels destinés à réduire les primes au sens des art. 65 et 65a.

<sup>2</sup> Les subsides fédéraux correspondent à 7,5 % des coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral fixe la part des subsides fédéraux qui revient à chaque canton d'après sa population résidente et le nombre des assurés visés à l'art. 65a, let. a.

<sup>146</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 19 mars 2010, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO 2011 3523, FF 2009 5973 5987).

<sup>147</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 18 mars 2005 (Réduction des primes), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2006 (RO 2005 3587; FF 2004 4089).

<sup>148</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 6 oct. 2000 (RO 2002 858; FF 2000 3751). Nouvelle teneur selon le ch. I 8 de la LF du 14 déc. 2001 relative aux disp. concernant la libre circulation des personnes de l'Ac. amendant la Conv. instituant l'AELE, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 685; FF 2001 4729).

<sup>149</sup> Nouvelle teneur selon le ch. II 26 de la LF du 6 oct. 2006 (Réforme de la péréquation financière), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2008 (RO 2007 5779; FF 2005 5641).

**Art. 66a**<sup>150</sup> Réduction des primes par la Confédération en faveur des assurés qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège<sup>151</sup>

<sup>1</sup> La Confédération accorde une réduction des primes aux assurés de condition économique modeste qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège et qui touchent une rente suisse ainsi qu'aux membres de leur famille.<sup>152</sup>

<sup>2</sup> La Confédération assume le financement des subsides destinés à la réduction des primes des assurés visés à l'al. 1.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral règle la procédure.

### **Titre 3 Assurance facultative d'indemnités journalières**

**Art. 67** Adhésion

<sup>1</sup> Toute personne qui est domiciliée en Suisse ou y exerce une activité lucrative et qui est âgée de quinze ans au moins mais n'a pas atteint l'âge de 65 ans peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur au sens des art. 2, al. 1, ou 3, LSAMal<sup>153</sup>.<sup>154</sup>

<sup>2</sup> Elle peut, à cet effet, choisir un autre assureur que celui de l'assurance obligatoire des soins.

<sup>3</sup> L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective. Les assurances collectives peuvent être conclues par des:

- a. employeurs, pour leurs travailleurs ou pour eux-mêmes;
- b. organisations d'employeurs ou des associations professionnelles, pour leurs membres et les travailleurs de leurs membres;
- c. organisations de travailleurs, pour leurs membres.

<sup>150</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 6 oct. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO **2002** 858; FF **2000** 3751).

<sup>151</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I 8 de la LF du 14 déc. 2001 relative aux disp. concernant la libre circulation des personnes de l'Ac. amendant la Conv. instituant l'AELE, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO **2002** 685; FF **2001** 4729).

<sup>152</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I 8 de la LF du 14 déc. 2001 relative aux disp. concernant la libre circulation des personnes de l'Ac. amendant la Conv. instituant l'AELE, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO **2002** 685; FF **2001** 4729).

<sup>153</sup> RS **832.12**

<sup>154</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO **2015** 5137; FF **2012** 1725).

**Art. 68**<sup>155</sup>**Art. 69** Réserve d'assurance

<sup>1</sup> Les assureurs peuvent exclure de l'assurance, par une clause de réserve, les maladies existant au moment de l'admission. Il en va de même pour les maladies antérieures si, selon l'expérience, une rechute est possible.

<sup>2</sup> Les réserves sont caduques au plus tard après cinq ans. Avant l'échéance de ce délai, l'assuré peut fournir la preuve que la réserve n'est plus justifiée.

<sup>3</sup> La réserve n'est valable que si elle est communiquée par écrit à l'assuré et qu'elle précise le début et la fin de sa validité ainsi que le type de maladie qu'elle concerne.

<sup>4</sup> Les al. 1 à 3 sont applicables par analogie en cas d'augmentation du montant des indemnités journalières et de réduction du délai d'attente.

**Art. 70** Changement d'assureur

<sup>1</sup> Le nouvel assureur n'a pas le droit d'instituer de nouvelles réserves si l'assuré a changé d'assureur parce que:

- a. ses rapports de travail ou la fin de ceux-ci l'exigent ou
- b. qu'il sort du rayon d'activité de son assureur antérieur ou
- c. que son assureur ne pratique plus l'assurance-maladie sociale.

<sup>2</sup> Le nouvel assureur peut maintenir en vigueur, jusqu'à l'échéance du délai initial, des réserves instaurées par l'ancien assureur.

<sup>3</sup> L'ancien assureur doit faire en sorte que l'assuré soit renseigné par écrit sur son droit de libre passage. S'il omet de le faire, la couverture d'assurance auprès de lui subsiste. L'assuré doit faire valoir son droit au libre passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication.

<sup>4</sup> Le nouvel assureur doit, sur demande de l'assuré, continuer d'assurer les indemnités journalières pour le même montant que précédemment. Il peut, à cet effet, imputer les indemnités journalières touchées auprès de l'ancien assureur sur la durée du droit aux prestations au sens de l'art. 72.

**Art. 71** Sortie de l'assurance collective

<sup>1</sup> Lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur. Si, dans l'assurance individuelle, l'assuré ne s'assure pas pour des prestations plus élevées, de nouvelles réserves ne peuvent être instituées; l'âge d'entrée déterminant dans le contrat collectif est maintenu.

<sup>155</sup> Abrogé par le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5137; FF 2012 1725).

<sup>2</sup> L'assureur doit faire en sorte que l'assuré soit renseigné par écrit sur son droit de passage dans l'assurance individuelle. S'il omet de le faire, l'assuré reste dans l'assurance collective. L'assuré doit faire valoir son droit de passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication.

#### **Art. 72** Prestations

<sup>1</sup> L'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées. Ils peuvent limiter la couverture aux risques de la maladie et de la maternité.

<sup>1bis</sup> Les prestations prises en charge sont rattachées à la période d'incapacité de travail.<sup>156</sup>

<sup>2</sup> Le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGA<sup>157</sup>).<sup>158</sup> A défaut d'accord contraire, le droit prend naissance le troisième jour qui suit le début de la maladie. Le versement des prestations peut être différé moyennant une réduction correspondante du montant de la prime. Lorsque la naissance du droit à l'indemnité journalière est subordonnée à un délai d'attente convenu entre les parties, durant lequel l'employeur est tenu de verser le salaire, ce délai peut être déduit de la durée minimale du versement de l'indemnité journalière.

<sup>3</sup> Les indemnités journalières doivent être versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours. L'art. 67 LPGA n'est pas applicable.<sup>159</sup>

<sup>4</sup> En cas d'incapacité partielle de travail, une indemnité journalière réduite en conséquence est versée pendant la durée prévue à l'al. 3. La couverture d'assurance est maintenue pour la capacité de travail résiduelle.

<sup>5</sup> Lorsque les indemnités journalières sont réduites par suite d'une surindemnisation au sens de l'art. 78 de la présente loi et de l'art. 69 LPGA, la personne atteinte d'une incapacité de travail a droit à l'équivalent de 720 indemnités journalières complètes.<sup>160</sup> Les délais relatifs à l'octroi des indemnités journalières sont prolongés en fonction de la réduction.

<sup>156</sup> Introduit par le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO **2015** 5137; FF **2012** 1725).

<sup>157</sup> RS **830.1**

<sup>158</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3371; FF **1991** II 181 888, **1994** V 897, **1999** 4168).

<sup>159</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3371; FF **1991** II 181 888, **1994** V 897, **1999** 4168).

<sup>160</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3371; FF **1991** II 181 888, **1994** V 897, **1999** 4168).

6 L'art. 19, al. 2, LPGA n'est applicable que lorsque l'employeur a participé au financement de l'assurance d'indemnités journalières. Sont réservés d'autres arrangements contractuels.<sup>161</sup>

#### **Art. 73** Coordination avec l'assurance-chômage

<sup>1</sup> Les chômeurs atteints d'une incapacité de travail (art. 6 LPGA<sup>162</sup>) supérieure à 50 % reçoivent des indemnités journalières entières et ceux qui sont atteints d'une incapacité de travail de plus de 25 %, mais de 50 % au maximum, des demi-indemnités journalières lorsqu'en vertu de leurs conditions d'assurance ou d'arrangements contractuels les assureurs versent, en principe, des prestations pour un même taux d'incapacité de travail.<sup>163</sup>

<sup>2</sup> Les chômeurs assurés peuvent prétendre, moyennant une adaptation équitable des primes, à la transformation de leur ancienne assurance en une assurance dont les prestations sont versées dès le 31<sup>e</sup> jour, sous garantie du montant des anciennes indemnités journalières et sans prendre en considération l'état de santé au moment de la transformation.

#### **Art. 74** Indemnités journalières en cas de maternité

<sup>1</sup> En cas de grossesse et d'accouchement, les assureurs doivent verser les indemnités journalières assurées si, lors de l'accouchement, l'assurée était au bénéfice d'une assurance depuis au moins 270 jours sans interruption de plus de trois mois.

<sup>2</sup> Les indemnités journalières doivent être versées pendant 16 semaines, dont au moins 8 après l'accouchement. Elles ne peuvent être imputées sur la durée prévue à l'art. 72, al. 3, et doivent être allouées même si cette durée est expirée.

#### **Art. 75**<sup>164</sup>

#### **Art. 76** Primes des assurés

<sup>1</sup> L'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés. Il perçoit des primes égales s'il s'agit de prestations assurées égales.

<sup>2</sup> Si un délai d'attente est applicable au versement de l'indemnité journalière, l'assureur doit réduire les primes de manière correspondante.

<sup>3</sup> L'assureur peut échelonner les primes d'après l'âge d'entrée et selon les régions.

<sup>4</sup> L'art. 61, al. 2 et 4,<sup>165</sup> est applicable par analogie.

<sup>161</sup> Introduit par le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3371; FF **1991** II 181 888, **1994** V 897, **1999** 4168).

<sup>162</sup> RS **830.1**

<sup>163</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3371; FF **1991** II 181 888, **1994** V 897, **1999** 4168).

<sup>164</sup> Abrogé par le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO **2015** 5137; FF **2012** 1725).

<sup>165</sup> Actuellement «art. 61 al. 2 et 5».



<sup>5</sup> Le Conseil fédéral peut édicter des dispositions plus détaillées sur la réduction des primes au sens de l'al. 2 et leur échelonnement au sens de l'al. 3.

**Art. 77** Primes de l'assurance collective

Dans l'assurance collective, les assureurs peuvent prévoir des primes qui diffèrent de celles de l'assurance individuelle. Leurs montants doivent être fixés de manière à ce que l'assurance collective soit au moins autonome.

**Titre 4**<sup>166</sup>  
**Dispositions particulières sur la coordination, la responsabilité et le recours**

**Art. 78** Coordination des prestations

Le Conseil fédéral peut régler la coordination des indemnités journalières; il veille à ce que les prestations de l'assurance-maladie sociale ou leur concours avec celles d'autres assurances sociales ne conduisent pas à la surindemnisation des assurés ou des fournisseurs de prestations, notamment en cas d'hospitalisation.

**Art. 78a** Responsabilité pour dommages

L'institution commune, les assurés et les tiers doivent faire valoir leurs prétentions en réparation au sens de l'art. 78 LPG<sup>167</sup> auprès de l'assureur, qui statue sur celles-ci par voie de décision.

**Art. 79** Limitation du droit de recours

La limitation du droit de recours visée à l'art. 75, al. 2, LPG<sup>168</sup> n'est pas applicable.

**Art. 79a**<sup>169</sup> Droit de recours du canton de résidence

Le droit de recours visé à l'art. 72 LPG<sup>170</sup> s'applique par analogie au canton de résidence pour les parts de rémunération que celui-ci a versées en vertu des art. 41 et 49a.

<sup>166</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPG, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>167</sup> RS 830.1

<sup>168</sup> RS 830.1

<sup>169</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

<sup>170</sup> RS 830.1

## Titre 5

### Dispositions particulières sur la procédure et les voies de droit et dispositions pénales<sup>171</sup>

#### Art. 80 Procédure simplifiée<sup>172</sup>

<sup>1</sup> Les prestations d'assurance sont allouées selon la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 LPGa<sup>173</sup>. En dérogation à l'art. 49, al. 1, LPGa, cette règle s'applique également aux prestations importantes.<sup>174</sup>

<sup>2</sup> ...<sup>175</sup>

<sup>3</sup> Il ne peut subordonner la communication de sa décision à l'obligation d'épuiser la voie interne de recours qu'il a prévue.

#### Art. 81<sup>176</sup>

#### Art. 82<sup>177</sup> Assistance administrative dans des cas particuliers

En dérogation à l'art. 33 LPGa<sup>178</sup>, les assureurs fournissent gratuitement à la demande des autorités compétentes les renseignements et les documents nécessaires à:

- a. l'exercice de l'action récursoire prévue à l'art. 41, al. 3;
- b. la fixation de la réduction des primes.

#### Art. 83<sup>179</sup> Numéro d'assuré AVS

Les organes chargés d'appliquer la présente loi, d'en contrôler ou surveiller l'exécution sont habilités à utiliser systématiquement le numéro d'assuré AVS pour l'accomplissement de leurs tâches légales, conformément à la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants<sup>180</sup>.

<sup>171</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGa, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>172</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGa, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>173</sup> RS 830.1

<sup>174</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGa, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>175</sup> Abrogé par le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGa, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>176</sup> Abrogé par le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGa, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>177</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O de l'Ass. féd. du 21 juin 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3453; FF 2002 763).

<sup>178</sup> RS 830.1

<sup>179</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 11 de l'annexe à la LF du 23 juin 2006 (Nouveau numéro d'assuré AVS), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> déc. 2007 (RO 2007 5259; FF 2006 515).

<sup>180</sup> RS 831.10

**Art. 84**<sup>181</sup> Traitement de données personnelles

Les organes chargés d'appliquer la présente loi ou la LSAMal<sup>182</sup>, d'en contrôler ou surveiller l'exécution sont habilités à traiter et à faire traiter les données personnelles, y compris les données sensibles et les profils de la personnalité, qui leur sont nécessaires pour accomplir les tâches que la présente loi ou la LSAMal leur assignent, notamment pour:<sup>183</sup>

- a. veiller au respect de l'obligation de s'assurer;
- b. calculer et percevoir les primes;
- c. établir le droit aux prestations, les calculer, les allouer et les coordonner avec celles d'autres assurances sociales;
- d. établir le droit à des réductions de primes au sens de l'art. 65<sup>184</sup>, les calculer et les verser;
- e. faire valoir une prétention récursoire contre le tiers responsable;
- f. surveiller l'exécution de la présente loi;
- g. établir des statistiques;
- h.<sup>185</sup> attribuer ou vérifier le numéro d'assuré AVS;
- i.<sup>186</sup> calculer la compensation des risques.

**Art. 84a**<sup>187</sup> Communication de données

<sup>1</sup> Dans la mesure où aucun intérêt privé prépondérant ne s'y oppose, les organes chargés d'appliquer la présente loi ou la LSAMal<sup>188</sup> ou d'en contrôler ou surveiller l'application peuvent communiquer des données, en dérogation à l'art. 33 LPG<sup>189, 190</sup>

- a.<sup>191</sup> à d'autres organes chargés d'appliquer la présente loi ou la LSAMal ou d'en contrôler ou surveiller l'exécution, lorsque ces données sont nécessaires à l'accomplissement des tâches que la présente loi ou la LSAMal leur assignent;

<sup>181</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 23 juin 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO **2000** 2755; FF **2000** 219).

<sup>182</sup> RS **832.12**

<sup>183</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO **2015** 5137; FF **2012** 1725).

<sup>184</sup> Actuellement «art. 65 et 65a».

<sup>185</sup> Introduite par le ch. 11 de l'annexe à la LF du 23 juin 2006 (Nouveau numéro d'assuré AVS), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> déc. 2007 (RO **2007** 5259; FF **2006** 515).

<sup>186</sup> Introduite par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Compensation des risques), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO **2009** 4755; FF **2004** 5207).

<sup>187</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 23 juin 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO **2000** 2755; FF **2000** 219).

<sup>188</sup> RS **832.12**

<sup>189</sup> RS **830.1**

<sup>190</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO **2015** 5137; FF **2012** 1725).

<sup>191</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO **2015** 5137; FF **2012** 1725).

- b. aux organes d'une autre assurance sociale, lorsque, en dérogation à l'art. 32, al. 2, LPGA, l'obligation de les communiquer résulte d'une loi fédérale;
- b<sup>bis</sup>.<sup>192</sup> aux organes d'une autre assurance sociale, en vue d'attribuer ou de vérifier le numéro d'assuré AVS;
- c. aux autorités compétentes en matière d'impôt à la source, conformément aux art. 88 et 100 de la loi fédérale du 14 décembre 1990 sur l'impôt fédéral direct<sup>193</sup> et aux dispositions cantonales correspondantes;
- d. aux organes de la statistique fédérale, conformément à la loi du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale<sup>194</sup>;
- e. aux organismes chargés d'établir des statistiques servant à l'exécution de la présente loi, lorsque les données sont nécessaires à l'accomplissement de cette tâche et que l'anonymat des assurés est garanti;
- f.<sup>195</sup> aux autorités cantonales compétentes, s'agissant des données visées à l'art. 22a qui sont nécessaires à la planification des hôpitaux et des établissements médico-sociaux ainsi qu'à l'examen des tarifs;
- g. aux autorités d'instruction pénale, lorsqu'il s'agit de dénoncer ou de prévenir un crime;
- g<sup>bis</sup>.<sup>196</sup> au SRC ou aux organes de sûreté cantonaux à l'intention du SRC lorsque les conditions visées à l'art. 13a de la loi fédérale du 21 mars 1997 instituant des mesures visant au maintien de la sûreté intérieure (LMSI)<sup>44</sup> sont remplies;
- h. dans des cas d'espèce et sur demande écrite et motivée:
  1. aux autorités compétentes en matière d'aide sociale, lorsqu'elles leur sont nécessaires pour fixer ou modifier des prestations, en exiger la restitution ou prévenir des versements indus,
  2. aux tribunaux civils, lorsqu'elles leur sont nécessaires pour régler un litige relevant du droit de la famille ou des successions,
  3. aux tribunaux pénaux et aux organes d'instruction pénale, lorsqu'elles leur sont nécessaires pour établir les faits en cas de crime ou de délit,
  4. aux offices des poursuites, conformément aux art. 91, 163 et 222 de la loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite<sup>197</sup>,
  - 5.<sup>198</sup> aux autorités de protection de l'enfant et de l'adulte visées à l'art. 448, al. 4, CC<sup>199</sup>,

<sup>192</sup> Introduite par le ch. 11 de l'annexe à la LF du 23 juin 2006 (Nouveau numéro d'assuré AVS), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> déc. 2007 (RO 2007 5259; FF 2006 515).

<sup>193</sup> RS 642.11

<sup>194</sup> RS 431.01

<sup>195</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

<sup>196</sup> Introduite par le ch. 11 de l'annexe à la LF du 23 déc. 2011, en vigueur depuis le 16 juil. 2012 (RO 2010 3745; FF 2007 4773, 2010 7147).

<sup>197</sup> RS 281.1

6.<sup>200</sup> au SRC ou aux organes de sûreté cantonaux à l'intention du SRC lorsque les conditions visées à l'art. 13a de la LMSI sont remplies.<sup>201</sup>

2 ...<sup>202</sup>

<sup>3</sup> En dérogation à l'art. 33 LPGa, les données d'intérêt général qui se rapportent à l'application de la présente loi peuvent être publiées. L'anonymat des assurés doit être garanti.<sup>203</sup>

<sup>4</sup> En dérogation à l'art. 33 LPGa, les assureurs sont habilités à communiquer des données aux autorités d'aide sociale ou aux autorités cantonales compétentes en cas de retard de paiement, lorsque, après une sommation infructueuse, l'assuré ne paie pas les primes ou les participations aux coûts échues.<sup>204</sup>

<sup>5</sup> Dans les autres cas, des données peuvent être communiquées à des tiers, en dérogation à l'art. 33 LPGa:<sup>205</sup>

- a. s'agissant de données non personnelles, lorsqu'un intérêt prépondérant le justifie;
- b. s'agissant de données personnelles, lorsque la personne concernée y a, en l'espèce, consenti par écrit ou, s'il n'est pas possible d'obtenir son consentement, lorsque les circonstances permettent de présumer qu'il en va de l'intérêt de l'assuré.

<sup>6</sup> Seules les données qui sont nécessaires au but en question peuvent être communiquées.

<sup>7</sup> Le Conseil fédéral règle les modalités de la communication et l'information de la personne concernée.

<sup>8</sup> Les données sont communiquées en principe par écrit et gratuitement. Le Conseil fédéral peut prévoir la perception d'émoluments pour les cas nécessitant des travaux particulièrement importants.

<sup>198</sup> Introduit par le ch. 28 de l'annexe à la LF du 19 déc. 2008 (Protection de l'adulte, droit des personnes et droit de la filiation), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2013 (RO **2011** 725; FF **2006** 6635).

<sup>199</sup> RS **210**

<sup>200</sup> Introduit par le ch. 11 de l'annexe à la LF du 23 déc. 2011, en vigueur depuis le 16 juil. 2012 (RO **2012** 3745; FF **2007** 4773, **2010** 7147).

<sup>201</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O de l'Ass. féd. du 21 juin 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3453; FF **2002** 763).

<sup>202</sup> Abrogé par le ch. I de l'O de l'Ass. féd. du 21 juin 2002, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3453; FF **2002** 763).

<sup>203</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O de l'Ass. féd. du 21 juin 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3453; FF **2002** 763).

<sup>204</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O de l'Ass. féd. du 21 juin 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3453; FF **2002** 763).

<sup>205</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O de l'Ass. féd. du 21 juin 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3453; FF **2002** 763).

**Art. 84<sup>b206</sup>** Garantie de la protection des données par les assureurs

Les assureurs prennent les mesures techniques et organisationnelles nécessaires pour garantir la protection des données; ils établissent en particulier les règlements de traitement des données nécessaires conformément à l'ordonnance du 14 juin 1993 relative à la loi fédérale sur la protection des données<sup>207</sup>. Ces règlements sont soumis à l'appréciation du préposé fédéral à la protection des données et à la transparence et sont rendus publics.

**Art. 85<sup>208</sup>** Opposition (art. 52 LPG<sup>a209</sup>)

L'assureur ne peut subordonner la communication de sa décision sur opposition à l'obligation d'épuiser une voie interne de recours.

**Art. 86<sup>210</sup>** Recours (art. 56 LPG<sup>a211</sup>)

L'assureur ne peut subordonner le droit de l'assuré de s'adresser au tribunal cantonal des assurances à l'obligation d'épuiser une voie interne de recours.

**Art. 87<sup>212</sup>** Litiges entre assureurs

En cas de litige entre assureurs, le tribunal des assurances du canton du siège de l'assureur défendeur est compétent.

**Art. 88<sup>213</sup>****Art. 89** Tribunal arbitral cantonal

<sup>1</sup> Les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations sont jugés par un tribunal arbitral.

<sup>2</sup> Le tribunal arbitral compétent est celui du canton dont le tarif est appliqué ou du canton dans lequel le fournisseur de prestations est installé à titre permanent.

<sup>206</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Compensation des risques), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO **2009** 4755; FF **2004** 5207).

<sup>207</sup> RS **235.11**

<sup>208</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPG<sup>a</sup>, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3371; FF **1991** II 181 888, **1994** V 897, **1999** 4168).

<sup>209</sup> RS **830.1**

<sup>210</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPG<sup>a</sup>, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3371; FF **1991** II 181 888, **1994** V 897, **1999** 4168).

<sup>211</sup> RS **830.1**

<sup>212</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPG<sup>a</sup>, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3371; FF **1991** II 181 888, **1994** V 897, **1999** 4168).

<sup>213</sup> Abrogé par le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPG<sup>a</sup>, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3371; FF **1991** II 181 888, **1994** V 897, **1999** 4168).

<sup>3</sup> Le tribunal arbitral est aussi compétent, si le débiteur de la rémunération est l'assuré (système du tiers garant, art. 42, al. 1); en pareil cas, l'assureur représente, à ses frais, l'assuré au procès.

<sup>4</sup> Les cantons désignent le tribunal arbitral. Il se compose d'un président neutre et de représentants en nombre égal des assureurs d'une part, et des fournisseurs de prestations concernés, d'autre part. Les cantons peuvent confier les tâches du tribunal arbitral au tribunal cantonal des assurances complété, dans ce cas, par un représentant de chacune des parties.

<sup>5</sup> Les cantons fixent la procédure qui doit être simple et rapide. Le tribunal arbitral établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement.

<sup>6</sup> Les jugements contiennent les motifs retenus, l'indication des voies de recours et les noms des membres du tribunal; ils sont communiqués par écrit.

#### **Art. 90**<sup>214</sup>

#### **Art. 90a**<sup>215</sup> Tribunal administratif fédéral

<sup>1</sup> En dérogation à l'art. 58, al. 2, LPGA<sup>216</sup>, les décisions et les décisions sur opposition de l'institution commune prises en vertu de l'art. 18, al. 2<sup>bis</sup> et 2<sup>ter</sup>, peuvent faire l'objet d'un recours devant le Tribunal administratif fédéral. Celui-ci statue également sur les recours contre les décisions de l'institution commune prises en vertu de l'art. 18, al. 2<sup>quinquies</sup>.

<sup>2</sup> Le Tribunal administratif fédéral connaît des recours contre les décisions des gouvernements cantonaux visées à l'art. 53.<sup>217</sup>

#### **Art. 91**<sup>218</sup> Tribunal fédéral

Les jugements rendus par le tribunal cantonal arbitral peuvent faire l'objet d'un recours devant le Tribunal fédéral, conformément à la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral<sup>219</sup>.

<sup>214</sup> Abrogé par le ch. 110 de l'annexe à la LF du 17 juin 2005 sur le TAF, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2007 (RO **2006** 2197 1069; FF **2001** 4000).

<sup>215</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 6 oct. 2000 (RO **2002** 858; FF **2000** 3751). Nouvelle teneur selon le ch. 110 de l'annexe à la LF du 17 juin 2005 sur le TAF, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2007 (RO **2006** 2197 1069; FF **2001** 4000).

<sup>216</sup> RS **830.1**

<sup>217</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO **2008** 2049; FF **2004** 5207).

<sup>218</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 110 de l'annexe à la LF du 17 juin 2005 sur le TAF, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2007 (RO **2006** 2197 1069; FF **2001** 4000).

<sup>219</sup> RS **173.110**

**Art. 92**<sup>220</sup> Délits

Est puni d'une peine pécuniaire de 180 jours-amende au plus, à moins qu'il ne s'agisse d'un crime ou d'un délit passible d'une peine plus lourde prévue par le code pénal<sup>221</sup>, quiconque:

- a. se dérobe, partiellement ou totalement, à l'obligation de s'assurer, par des indications fausses ou incomplètes ou de toute autre manière;
- b. obtient pour lui-même ou pour autrui, sur la base de la présente loi, une prestation qui ne lui revient pas, par des indications fausses ou incomplètes ou de toute autre manière;
- c.<sup>222</sup> ...
- d. ne répercute pas les avantages au sens de l'art. 56, al. 3.

**Art. 93**<sup>223</sup>**Art. 93a**<sup>224</sup>**Art. 94**<sup>225</sup>**Art. 95**<sup>226</sup>

<sup>220</sup> Nouvelle teneur selon l'art. 333 du code pénal, dans la teneur de la LF du 13 déc. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2007 (RO **2006** 3459).

<sup>221</sup> RS **311.0**

<sup>222</sup> Abrogée par le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO **2015** 5137; FF **2012** 1725).

<sup>223</sup> Abrogé par le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO **2015** 5137; FF **2012** 1725).

<sup>224</sup> Introduit par le ch. 1 de la LF du 24 mars 2000 (RO **2000** 2305; FF **1999** 727). Abrogé par le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO **2015** 5137; FF **2012** 1725).

<sup>225</sup> Abrogé par le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO **2015** 5137; FF **2012** 1725).

<sup>226</sup> Abrogé par le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGa, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3371; FF **1991** II 181 888, **1994** V 897, **1999** 4168).



## Titre 6<sup>227</sup> Relation avec le droit européen

### Art. 95a<sup>228</sup>

<sup>1</sup> Sont également applicables aux personnes visées à l'art. 2 du règlement n° 1408/71<sup>229</sup> en ce qui concerne les prestations prévues à l'art. 4 dudit règlement tant qu'elles sont comprises dans le champ d'application matériel de la présente loi:

- a.<sup>230</sup> l'Accord du 21 juin 1999 entre, d'une part, la Confédération suisse et, d'autre part, la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes (accord sur la libre circulation des personnes)<sup>231</sup> dans la version des protocoles du 26 octobre 2004<sup>232</sup> et du 27 mai 2008<sup>233</sup> relatifs à l'extension de l'accord sur la libre circulation des personnes aux nouveaux Etats membres de la CE, son annexe II et les règlements n°s 1408/71 et 574/72<sup>234</sup> dans leur version adaptée;
- b.<sup>235</sup> la Convention du 4 janvier 1960 instituant l'Association européenne de libre-échange<sup>236</sup> dans la version de l'Accord du 21 juin 2001 amendant la Convention, son annexe K, l'appendice 2 de l'annexe K et les règlements n°s 1408/71 et 574/72 dans leur version adaptée.

<sup>2</sup> Lorsque les expressions «Etats membres de la Communauté européenne» et «Etats de la Communauté européenne» figurent dans la présente loi, elles désignent les Etats auxquels s'applique l'accord cité à l'al. 1, let. a.

<sup>227</sup> Introduit par le ch. I 9 de la LF du 8 oct. 1999 sur l'Ac. entre la Suisse et la CE et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO **2002** 701; FF **1999** 5440).

<sup>228</sup> Nouvelle teneur selon l'art. 2 ch. 11 de l'AF du 17 déc. 2004 (extension de l'Ac. sur la libre circulation des personnes aux nouveaux Etats membres de la CE et mesures d'accompagnement), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2006 (RO **2006** 979; FF **2004** 5523 6187).

<sup>229</sup> Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté; dans la dernière version en vigueur selon l'accord sur la libre circulation des personnes (RS **0.831.109.268.1**) et la Convention AELE révisée.

<sup>230</sup> Nouvelle teneur selon l'art. 3 ch. 6 de l'AF du 13 juin 2008 (Reconduction et extension de l'Ac. sur la libre circulation à la Bulgarie et à la Roumanie), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2009 (RO **2009** 2411; FF **2008** 1927).

<sup>231</sup> RS **0.142.112.681**

<sup>232</sup> RO **2006** 995

<sup>233</sup> RS **0.142.112.681.1**

<sup>234</sup> R (CEE) no 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du R (CEE) 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté; dans la dernière version en vigueur selon l'Ac. sur la libre circulation des personnes (RS **0.831.109.268.11**) et la Conv. AELE révisée.

<sup>235</sup> Rectifié par la Commission de rédaction de l'Ass. féd. (art. 58, al. 1, LParl; RS **171.10**).

<sup>236</sup> RS **0.632.31**

**Titre 7<sup>237</sup> Dispositions finales****Chapitre 1 Exécution****Art. 96**

Le Conseil fédéral est chargé de l'exécution de la présente loi. Il édicte des dispositions à cet effet.

**Chapitre 2 Dispositions transitoires****Art. 97** Dispositions cantonales

<sup>1</sup> Les cantons édictent les dispositions d'exécution de l'art. 65 avant l'entrée en vigueur de la présente loi. Le Conseil fédéral fixe la date à laquelle ils doivent avoir édicté les autres dispositions d'exécution.

<sup>2</sup> Lorsqu'il ne peut édicter à temps les dispositions définitives, pour l'art. 65, le gouvernement cantonal peut arrêter une réglementation provisoire.

**Art. 98** Poursuite de la pratique de l'assurance par les caisses-maladie reconnues

<sup>1</sup> Les caisses-maladie reconnues selon la loi fédérale du 13 juin 1911<sup>238</sup> et qui veulent continuer de pratiquer l'assurance-maladie conformément à la présente loi doivent le communiquer à l'office au plus tard six mois avant l'entrée en vigueur de la loi. Elles doivent simultanément lui soumettre les tarifs des primes de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières pour approbation, conformément aux art. 61, al. 4, et 76, al. 4,<sup>239</sup> de la loi.

<sup>2</sup> Les caisses dont le domaine d'activité se limitait d'après l'ancien droit à une entreprise ou à une association professionnelle peuvent continuer de pratiquer l'assurance d'indemnités journalières dans le cadre restreint précité. Elles doivent l'indiquer dans leur communication au sens de l'al. 1.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral édicte des dispositions sur la répartition de la fortune existante des caisses-maladie entre les branches d'assurance qu'elles continuent à pratiquer sur la base du nouveau droit.

**Art. 99** Renonciation à la pratique de l'assurance-maladie sociale

<sup>1</sup> Les caisses-maladie qui renoncent à pratiquer l'assurance-maladie conformément à la présente loi cessent d'être reconnues dès son entrée en vigueur. Elles doivent en informer par écrit leurs membres et l'office au plus tard six mois avant l'entrée en vigueur de la présente loi.

<sup>237</sup> Anciennement tit. 6

<sup>238</sup> [RS 8 283]

<sup>239</sup> Actuellement «art. 61 al. 5 et 76 al. 4».

<sup>2</sup> Lesdites caisses doivent se dissoudre si elles n'ont pas obtenu, lors de l'entrée en vigueur de la présente loi, l'agrément de pratiquer des assurances au sens de la LSA<sup>240</sup>. La pratique de l'assurance d'indemnités journalières limitée à une entreprise ou à une association professionnelle est réservée. Après avoir consulté la FINMA, l'office décide de la part de la fortune de ces caisses à utiliser conformément à l'al. 3.<sup>241</sup>

<sup>3</sup> Si la fortune d'une caisse dissoute n'est pas transférée, lors d'une fusion, à un autre assureur au sens de l'art. 11, un excédent de fortune éventuel constaté dans les caisses organisées selon le droit privé revient au fonds couvrant les cas d'insolvabilité de l'institution commune (art. 18).

#### **Art. 100**<sup>242</sup>

##### **Art. 101** Fournisseurs de prestations et médecins-conseils

<sup>1</sup> Les médecins, pharmaciens, chiropraticiens, sages-femmes, le personnel paramédical et les laboratoires qui, d'après l'ancien droit, étaient autorisés à exercer leur activité à la charge de l'assurance-maladie sont également admis comme fournisseurs de prestations selon le nouveau droit.

<sup>2</sup> Les établissements ou leurs divisions qui étaient réputés établissements hospitaliers d'après l'ancien droit sont également admis comme fournisseurs de prestations conformément au nouveau droit, tant que le canton n'a pas élaboré la liste des hôpitaux et des établissements médico-sociaux prévue à l'art. 39, al. 1, let. e. L'obligation des assureurs d'allouer des prestations et le montant de la rémunération découlent, jusqu'à une date que le Conseil fédéral fixera, des conventions ou tarifs en vigueur jusqu'alors.

<sup>3</sup> Les médecins-conseils qui, sous l'ancien droit, exerçaient pour un assureur (art. 11 à 13) peuvent, sous le nouveau droit, être chargés par les assureurs ou leurs fédérations des tâches définies à l'art. 57. Les al. 3 à 8 de l'art. 57 sont aussi applicables dans ces cas.

##### **Art. 102** Rapports d'assurance existants

<sup>1</sup> Si des caisses reconnues continuent de pratiquer, d'après le nouveau droit, des assurances de soins et d'indemnités journalières qu'elles avaient pratiqué selon l'ancien droit, le nouveau droit s'applique à ces assurances dès l'entrée en vigueur de la présente loi.

<sup>2</sup> Les dispositions des caisses relatives aux prestations pour soins excédant le catalogue selon l'art. 34, al. 1, (prestations statutaires, assurances complémentaires) doivent être adaptées au nouveau droit dans le délai d'une année dès l'entrée en vigueur

<sup>240</sup> RS 961.01

<sup>241</sup> Nouvelle teneur de la phrase selon le ch. 12 de l'annexe à la LF du 22 juin 2007 sur la surveillance des marchés financiers, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 5207; FF 2006 2741).

<sup>242</sup> Abrogé par le ch. II 43 de la LF du 20 mars 2008 relative à la mise à jour formelle du droit fédéral, avec effet au 1<sup>er</sup> août 2008 (RO 2008 3437; FF 2007 5789).

de la loi. Les droits et les obligations des assurés sont régis par l'ancien droit tant que l'adaptation n'est pas effectuée. La caisse doit offrir à ses assurés des contrats qui prévoient une couverture d'assurance ayant au moins la même étendue que celle dont ils bénéficiaient jusqu'alors. Les périodes d'assurance accomplies sous l'ancien droit sont prises en compte lors de la fixation des primes.

<sup>3</sup> Les rapports d'assurance existant, selon l'ancien droit, avec des caisses qui perdent leur reconnaissance et qui continuent de pratiquer l'assurance en tant qu'institution d'assurance au sens de la LSA<sup>243</sup> (art. 99), sont caducs dès l'entrée en vigueur de la présente loi. L'assuré peut toutefois demander le maintien de ses rapports d'assurance pour autant que l'institution d'assurance offre une assurance correspondante.

<sup>4</sup> Les contrats existant, selon l'ancien droit, avec d'autres assureurs que les caisses-maladie reconnues pour des risques couverts par l'assurance obligatoire des soins selon la présente loi sont caducs dès l'entrée en vigueur de celle-ci. Les primes payées pour la période postérieure à l'entrée en vigueur de la loi seront restituées. Les prestations d'assurance dues pour des accidents survenus avant l'entrée en vigueur de la loi sont allouées d'après les anciens contrats.

<sup>5</sup> Les contrats existant, selon l'ancien droit, avec d'autres assureurs que les caisses reconnues pour des risques couverts par l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la présente loi peuvent, dans le délai d'une année dès l'entrée en vigueur de celle-ci, être adaptés au nouveau droit si le preneur d'assurance le demande et si l'assureur pratique l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la présente loi.

#### **Art. 103** Prestations d'assurance

<sup>1</sup> Les prestations d'assurance pour les traitements effectués avant l'entrée en vigueur de la présente loi sont allouées d'après l'ancien droit.

<sup>2</sup> Les indemnités journalières dont le versement est en cours lors de l'entrée en vigueur de la présente loi et qui résultent de l'assurance d'indemnités journalières auprès de caisses reconnues devront encore être allouées pendant deux ans au plus, conformément aux dispositions de l'ancien droit sur la durée des prestations.

#### **Art. 104** Conventions tarifaires

<sup>1</sup> L'entrée en vigueur de la présente loi ne rend pas caduques les conventions tarifaires existantes. Le Conseil fédéral fixe la date jusqu'à laquelle celles-ci doivent être adaptées au nouveau droit.

<sup>2</sup> Les assureurs qui commencent de pratiquer l'assurance-maladie sociale sous le nouveau droit ont le droit d'adhérer aux conventions tarifaires passées sous l'ancien droit par des fédérations de caisses (art. 46, al. 2).

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral fixe la date à partir de laquelle les hôpitaux et les établissements médico-sociaux doivent satisfaire à l'art. 49, al. 6 et 7.

<sup>243</sup> Voir actuellement la LF du 17 déc. 2004 (RS 961.01).

**Art. 104<sup>a</sup>**<sup>244</sup>**Art. 105<sup>a</sup>**<sup>245</sup>**Art. 105<sup>a</sup>**<sup>246</sup> Effectif des assurés déterminant pour la compensation des risques

<sup>1</sup> Les requérants d'asile, les personnes admises à titre provisoire et les personnes à protéger qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour qui séjournent en Suisse et qui bénéficient de l'aide sociale sont exclus de l'effectif des assurés déterminant pour la compensation des risques.

<sup>2</sup> Les autorités administratives des cantons, des communes et, à titre exceptionnel, de la Confédération fournissent gratuitement, sur demande écrite, aux organes compétents de l'assurance-maladie sociale les données dont ils ont besoin pour déterminer la catégorie à laquelle appartiennent les assurés énumérés à l'al. 1.

<sup>3</sup> Pour accomplir les tâches qui lui incombent en vertu de la présente loi, l'office peut requérir des assureurs des données relatives au cercle des assurés énumérés à l'al. 1.

**Art. 106<sup>a</sup>**<sup>247</sup> Correction des primes au moyen d'une compensation entre les assurés

<sup>1</sup> Les assurés domiciliés dans un canton dans lequel, entre le 1<sup>er</sup> janvier 1996 et le 31 décembre 2013, le rapport entre les coûts et les primes a été supérieur au rapport entre les coûts et les primes au niveau suisse (primes payées en insuffisance) payent un supplément de prime. Le supplément de prime est identique pour chaque personne assurée d'un même canton. Les assureurs prélèvent le supplément de prime.

<sup>2</sup> Les assurés domiciliés dans un canton dans lequel, entre le 1<sup>er</sup> janvier 1996 et le 31 décembre 2013, le rapport entre les coûts et les primes a été inférieur au rapport entre les coûts et les primes au niveau suisse (primes payées en trop) ont droit à une diminution de prime. La diminution de prime est identique pour chaque personne assurée d'un même canton. Les assureurs octroient la diminution de prime.

<sup>3</sup> Le supplément de prime annuel équivaut au plus au montant annuel auquel l'assuré a droit au titre de la répartition des taxes d'incitation suivantes:

- a. taxe sur le CO<sub>2</sub> au sens de la loi du 23 décembre 2011 sur le CO<sub>2</sub><sup>248</sup>;
- b. taxe sur les composés organiques volatils au sens de la loi du 7 octobre 1983 sur la protection de l'environnement<sup>249</sup>.

<sup>244</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 2000 (RO 2000 2305; FF 1999 727). Abrogé par le ch. I 3 de la LF du 13 juin 2008 sur le nouveau régime de financement des soins, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO 2009 3517 6847 ch. I; FF 2005 1911).

<sup>245</sup> Abrogé par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Compensation des risques), avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO 2009 4755; FF 2004 5207).

<sup>246</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 16 déc. 2005, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2007 (RO 2006 4823; FF 2002 6359).

<sup>247</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 mars 2014 (Correction des primes), en vigueur du 1<sup>er</sup> janv. 2015 au 31 déc. 2017 (RO 2014 2463; FF 2012 1707).

<sup>248</sup> RS 641.71

<sup>4</sup> La somme des suppléments de prime que les assurés d'un canton doivent payer s'élevé au plus au montant des primes payées en insuffisance selon l'al. 1.

<sup>5</sup> La somme annuelle des diminutions de prime auxquelles les assurés d'un canton ont droit correspond à un pourcentage des primes payées en trop selon l'al. 2. Le pourcentage est le même pour tous les cantons concernés.

<sup>6</sup> La somme des diminutions de prime accordées à l'ensemble des assurés s'élevé au plus à 266 millions de francs.

<sup>7</sup> Chaque assureur affecte les suppléments de prime qu'il a perçus à la diminution des primes de ses assurés. Les différences subsistant entre les suppléments perçus et les diminutions accordées par chaque assureur sont compensées entièrement chaque année entre les assureurs.

**Art. 106a<sup>250</sup>** Contribution des assureurs et de la Confédération pour la correction des primes

<sup>1</sup> Les assureurs et la Confédération versent dans un fonds une contribution en faveur des assurés qui ont leur domicile dans un canton dans lequel des primes ont été payées en trop.

<sup>2</sup> Les assureurs versent dans le fonds un montant unique de 33 francs par assuré à la fin de la deuxième année après l'entrée en vigueur de la modification du 21 mars 2014 de la présente loi.

<sup>3</sup> Les assureurs financent leur contribution par le biais d'un supplément unique prélevé sur les primes. Ils peuvent financer leur contribution par le biais des réserves si elles sont excessives.

<sup>4</sup> Les assureurs soumettent le supplément unique de prime à l'office pour approbation et en informent les assurés de manière transparente.

<sup>5</sup> La Confédération verse un montant spécial unique de 266 millions de francs.

<sup>6</sup> Elle verse dans le fonds au mois de janvier des trois premières années après l'entrée en vigueur de la modification du 21 mars 2014 de la présente loi un tiers chaque fois du montant spécial selon l'al. 5.

**Art. 106b<sup>251</sup>** Distribution de la contribution des assureurs et de la Confédération

<sup>1</sup> Le montant total du fonds est distribué en février de chaque année aux assureurs en fonction du nombre d'assurés issus des cantons dans lesquels des primes ont été payées en trop selon l'art. 106, al. 2. La distribution a lieu de sorte que tous les assurés de tous les cantons reçoivent le même pourcentage des primes payées en trop.

<sup>249</sup> RS 814.01

<sup>250</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 mars 2014 (Correction des primes), en vigueur du 1<sup>er</sup> janv. 2015 au 31 déc. 2017 (RO 2014 2463; FF 2012 1707).

<sup>251</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 mars 2014 (Correction des primes), en vigueur du 1<sup>er</sup> janv. 2015 au 31 déc. 2017 (RO 2014 2463; FF 2012 1707).

<sup>2</sup> Les assureurs distribuent le montant en provenance du fonds aux assurés des cantons dans lesquels des primes ont été payées en trop au sens de l'art. 106, al. 2, et attestent ce remboursement de primes. La distribution a lieu de sorte que tous les assurés des cantons dans lesquels des primes ont été payées en trop reçoivent le même pourcentage de celles-ci.

<sup>3</sup> Le fonds est géré par l'institution commune (art. 18). A l'issue de son activité au sens du présent article, elle fournit à l'office un rapport complet.

#### **Art. 106<sup>c252</sup>** Mise en œuvre du système de correction des primes

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral règle les détails de la mise en œuvre du système de correction de primes, notamment les modalités:

- a. de calcul et de prélèvement du supplément de prime selon l'art. 106;
- b. de calcul et d'octroi des diminutions de prime selon l'art. 106;
- c. du remboursement selon l'art. 106*b*; et
- d. de la compensation entre assureurs selon l'art. 106.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral peut fixer un montant par assuré et par année à déduire des primes payées en insuffisance afin de tenir compte des fluctuations dues au hasard inhérentes à l'activité d'assurance.

<sup>3</sup> L'office fixe par voie d'ordonnance le montant annuel du supplément de prime selon l'art. 106 et le montant annuel de la diminution de prime selon l'art. 106 ainsi que le remboursement selon l'art. 106*b*.

### **Chapitre 3 Référendum et entrée en vigueur**

#### **Art. 107**

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

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur. Il peut raccourcir les délais prévus aux art. 98, al. 1, 99, al. 1, et 100.

Date de l'entrée en vigueur: 1<sup>er</sup> janvier 1996<sup>253</sup>

Art. 11 à 14, 18, 61 al. 4, 76 al. 4, 97 à 104, 107 al. 2: 1<sup>er</sup> juin 1995<sup>254</sup>

<sup>252</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 mars 2014 (Correction des primes), en vigueur du 1<sup>er</sup> janv. 2015 au 31 déc. 2017 (RO **2014** 2463; FF **2012** 1707).

<sup>253</sup> Art. 1 de l'O du 12 avril 1995 [RO **1995** 1367]

<sup>254</sup> Art. 1 de l'O du 12 avril 1995 [RO **1995** 1367]

**Dispositions finales de la modification du 24 mars 2000**<sup>255</sup>

<sup>1</sup> Les contrats, accords ou droits statutaires mentionnés aux art. 7, al. 7, 62, al. 2<sup>bis</sup>, et 64, al. 8, et touchés par la présente modification sont caducs dès l'entrée en vigueur de celle-ci.

<sup>2</sup> Les cantons édictent les dispositions d'exécution de l'art. 65 avant l'entrée en vigueur de la présente modification. Lorsqu'il ne peut édicter à temps les dispositions définitives pour l'art. 65, le gouvernement cantonal peut arrêter une réglementation provisoire.

**Disposition transitoire du 8 octobre 2004**<sup>256</sup>**Disposition finale de la modification du 18 mars 2005  
(Réduction des primes)**<sup>257</sup>

Les cantons mettent en place le système de réduction des primes pour les enfants et les jeunes adultes en formation prévu à l'art. 65, al. 1<sup>bis</sup>, dans un délai d'une année à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification.

**Dispositions transitoires de la modification du 20 décembre 2006**<sup>258</sup>**Dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007  
(Financement hospitalier)**<sup>259</sup>

<sup>1</sup> L'introduction des forfaits liés aux prestations au sens de l'art. 49, al. 1, ainsi que l'application des règles de financement au sens de l'art. 49a, y compris l'inclusion des coûts d'investissement, doivent être terminées au plus tard le 31 décembre 2011.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral fixe:

- a. les modalités d'introduction;
- b. la procédure selon laquelle les investissements effectués avant l'entrée en vigueur de la présente modification sont pris en compte dans le calcul du tarif.

<sup>3</sup> Les planifications hospitalières cantonales doivent satisfaire aux exigences prévues à l'art. 39 dans un délai de trois ans à compter de la date d'introduction des forfaits visée à l'al. 1. L'appréciation de la qualité et du caractère économique se fonde sur des comparaisons entre hôpitaux.

<sup>255</sup> RO 2000 2305 ; FF 1999 727

<sup>256</sup> RO 2004 4375; FF 2004 4019. Abrogée par le ch. I de la LF du 20 déc. 2006 (Tarif des soins; RO 2006 5767; FF 2006 7159 7167).

<sup>257</sup> RO 2005 3587; FF 2004 4089

<sup>258</sup> RO 2006 5767; FF 2006 7159 7167. En vigueur jusqu'au 31 déc. 2008.

<sup>259</sup> RO 2008 2049; FF 2004 5207



<sup>4</sup> Les cantons et les assureurs se partagent les coûts des traitements hospitaliers jusqu'à la date d'introduction des forfaits visée à l'al. 1, conformément aux règles de financement en vigueur avant la modification de la loi. Pendant le délai d'adaptation des listes hospitalières prévu à l'al. 3, les cantons prennent en charge leur participation aux coûts dans tous les hôpitaux figurant sur les listes en vigueur.

<sup>5</sup> Les cantons fixent leur part de rémunération prévue à l'art. 49a, al. 2, avant le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Les cantons dont la moyenne des primes pour adultes est inférieure à la moyenne suisse au moment de l'introduction des forfaits prévue à l'al. 1 peuvent fixer leur part de rémunération entre 45 % et 55 %. Cette part peut être modifiée chaque année de 2 points de pour-cent au plus, à partir du taux initial, jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2017.

<sup>6</sup> La réglementation prévue à l'art. 41, al. 1<sup>bis</sup>, est également mise en œuvre à la date d'introduction des forfaits prévue à l'al. 1.

### **Dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 (Compensation des risques)<sup>260</sup>**

#### *1. Maintien du régime de compensation des risques en vigueur*

Le régime de compensation des risques prévu à l'art. 105 est appliqué jusqu'à l'entrée en vigueur de la modification du 21 décembre 2007<sup>261</sup> (Compensation des risques).

#### *2. Nouveau régime de compensation des risques*

<sup>1</sup> Les assureurs dont les effectifs de femmes, de personnes âgées et de personnes à risque de maladie élevé sont inférieurs à la moyenne de l'ensemble des assureurs doivent verser une contribution à l'institution commune (art. 18) en faveur des assureurs dont les effectifs de femmes, de personnes âgées et de personnes à risque de maladie élevé dépassent cette moyenne; cette contribution doit compenser entièrement les différences moyennes des frais entre les groupes de risque déterminants.

<sup>2</sup> Le critère déterminant le risque de maladie élevé est le séjour de plus de trois jours dans un hôpital ou un établissement médico-social (art. 39) l'année précédente.

<sup>3</sup> La structure des effectifs d'assurés dans l'année civile pour laquelle la compensation des risques a lieu (année de compensation) est déterminante pour la comparaison. Les différences moyennes de risque par sexe et par âge, ainsi que les coûts supplémentaires consécutifs à un séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social se réfèrent à la situation existant dans l'année précédant la compensation; le relevé des séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social s'effectue sur la base de l'avant-dernière année précédant la compensation pour le calcul des différences moyennes de risque, et sur la base de l'année précédant la compensation pour le calcul des redevances et des contributions. Les personnes qui, au moment du séjour déterminant dans un hôpital ou un établissement médico-social, n'étaient pas

<sup>260</sup> RO 2009 4755; FF 2004 5207

<sup>261</sup> Le 1<sup>er</sup> janv. 2012.

assurées conformément à la présente loi ne sont pas prises en compte dans le relevé de ces séjours.

<sup>4</sup> L'institution commune procède à la compensation des risques entre assureurs pour chaque canton.

<sup>5</sup> Le Conseil fédéral édicte les dispositions d'exécution relatives à la compensation des risques de manière que les assureurs soient incités à continuer de gérer l'assurance de façon économique. Il précise la définition des séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social déterminants pour la compensation des risques et désigne les exceptions.

<sup>6</sup> Le Conseil fédéral règle en outre:

- a. la perception d'intérêts moratoires et le versement d'intérêts rémunérateurs;
- b. le paiement de dommages-intérêts;
- c. le délai au terme duquel l'institution commune peut refuser de procéder à un nouveau calcul de la compensation des risques.

<sup>7</sup> La durée de validité de la compensation des risques est limitée à cinq ans à compter de l'entrée en vigueur de la modification du 21 décembre 2007 (Compensation des risques).

### **Dispositions transitoires de la modification du 13 juin 2008<sup>262</sup>**

<sup>1</sup> Le montant des contributions aux soins selon l'art. 25a, al. 1, est fixé au départ de telle manière qu'il corresponde à l'ensemble des rémunérations pour les soins dispensés sous forme ambulatoire ou dans un établissement médico-social dans l'année précédant l'entrée en vigueur de la présente modification. Si cette règle ne peut pas être respectée la première année après l'entrée en vigueur de la présente modification, le Conseil fédéral procède aux adaptations nécessaires les années suivantes.

<sup>2</sup> Les tarifs et conventions tarifaires valables à l'entrée en vigueur de la présente modification seront alignés dans un délai de trois ans sur les contributions aux soins fixées par le Conseil fédéral. Les gouvernements cantonaux règlent l'adaptation.

### **Disposition transitoire de la modification du 12 juin 2009<sup>263</sup>**

### **Dispositions transitoires de la modification du 19 mars 2010<sup>264</sup>**

<sup>1</sup> L'assureur rembourse les prestations à l'assuré (tiers garant), au fournisseur de prestations (tiers payant) ou au canton si le canton prend en charge les éléments suivants:

<sup>262</sup> RO 2009 3517; FF 2005 1911

<sup>263</sup> RO 2009 5265; FF 2009 2977 2987. En vigueur jusqu'au 31 déc. 2011.

<sup>264</sup> RO 2011 3523; FF 2009 5973 5987

- a. primes et participations aux coûts arriérées échues lors de l'entrée en vigueur de la présente modification et pour lesquelles un acte de défaut de biens ou un titre équivalent a été délivré;
- b. intérêts moratoires et frais de poursuite échus lors de l'entrée en vigueur de la présente modification.

<sup>2</sup> Si le canton ne prend pas en charge les primes et participations aux coûts arriérées échues lors de l'entrée en vigueur de la présente modification pour lesquelles un acte de défaut de biens ou un titre équivalent a été délivré, la suspension de la prise en charge des prestations fondée sur l'ancien droit est maintenue et les prestations fournies avant l'entrée en vigueur de la présente modification ne sont pas remboursées. Dès que l'assuré a intégralement payé les primes et les participations aux coûts arriérés ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite, l'assureur prend à sa charge les prestations fournies.

<sup>3</sup> Les cantons mettent en œuvre le système de réduction des primes prévu à l'art. 65, al. 1, dans un délai de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification. Le canton prend en charge 87 % au lieu de 85 % des créances visées à l'art. 64a, al. 4, aussi longtemps que le montant de la réduction des primes est versé directement à l'assuré.

#### **Disposition transitoire de la modification du 23 décembre 2011**<sup>265</sup>

Le Conseil fédéral fixe pour les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a, la méthode visant à contrôler le caractère économique des prestations au sens de l'art. 56, al. 6, si les assureurs et les fournisseurs de prestations ne sont pas convenus d'une méthode dans un délai de 12 mois suivant l'entrée en vigueur de la présente modification.

#### **Dispositions transitoires de la modification du 21 juin 2013 (Réintroduction temporaire de l'admission selon le besoin)**<sup>266</sup>

#### **Dispositions transitoires de la modification du 17 juin 2016 (Prolongation de la limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie)**<sup>267</sup>

<sup>1</sup> Les médecins qui ont été admis en vertu de l'art. 36 et ont pratiqué dans leur propre cabinet à la charge de l'assurance obligatoire des soins avant l'entrée en vigueur de la modification du 17 juin 2016 ne sont pas soumis à la preuve du besoin.

<sup>2</sup> Les médecins qui ont exercé au sein d'une institution au sens de l'art. 36a ou dans le domaine ambulatoire d'un hôpital au sens de l'art. 39 avant l'entrée en vigueur de la présente modification ne sont pas soumis à la preuve du besoin s'ils continuent

<sup>265</sup> RO 2012 4087; FF 2011 2359

<sup>266</sup> RO 2013 2065; FF 2012 8709. En vigueur jusqu'au 30 juin 2016.

<sup>267</sup> RO 2016 2265; FF 2016 3349 3359. En vigueur jusqu'au 30 juin 2019.

d'exercer au sein de la même institution ou dans le domaine ambulatoire du même hôpital.

### **Mandat au Conseil fédéral**<sup>268</sup>

Afin qu'une solution de remplacement de l'art. 55a LAMal puisse entrer en vigueur en temps opportun, le Conseil fédéral met en consultation, d'ici au 30 juin 2017, un projet de loi dans le sens du postulat 16.3000 de la CSSS-E (Possibilités de remplacer le système actuel de gestion en matière d'admission de médecins) et de la motion 16.3001 de la CSSS-N (Système de santé. Equilibrer l'offre de soins en différenciant la valeur du point tarifaire).

<sup>268</sup> RO 2016 2265; FF 2016 3349 3359

## **Abrogation et modification de lois fédérales**

**1. La loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance-maladie<sup>269</sup> est abrogée.**

**2. à 6.**

...<sup>270</sup>

<sup>269</sup> [RS 8 283; RO 1959 888, 1964 961, 1968 66, 1971 1461 ch. II art. 6 ch. 2, 1977 2249 ch. I 611, 1978 1836 annexe ch. 4, 1982 196 1676 annexe ch. 1 2184 art. 114, 1990 1091, 1991 362 ch. II 412, 1992 288 annexe ch. 37, 1995 511]

<sup>270</sup> Les mod. peuvent être consultées au RO 1995 1328.

