

22.062 n LAMal. Modification (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – 2^e volet) (Divergences)

Droit en vigueur	Projet du Conseil fédéral	Décision du Conseil national	Décision du Conseil des Etats	Décision du Conseil national
	du 7 septembre 2022	du 28 septembre 2023	du 13 juin 2024	du 9 décembre 2024
				Adhésion à la décision du Conseil des Etats, sauf observations

**Loi fédérale
sur l’assurance-maladie
(LAMal)
(Mesures visant à freiner la
hausse des coûts, 2^e volet)**

Modification du ...

L’Assemblée fédérale de la Confédération suisse,
vu le message du Conseil fédéral du 7 septembre 2022¹,
arrête:

¹ FF 2022 2427

<i>Droit en vigueur</i>	<i>Conseil fédéral</i>	<i>Conseil national</i>	<i>Conseil des Etats</i>	<i>Conseil national</i>
	La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ² est modifiée comme suit:			
Art. 18 ¹ Les assureurs créent une institution commune sous la forme d'une fondation. L'acte de fondation et les règlements de l'institution sont soumis à l'approbation du Département fédéral de l'intérieur (DFI). Le Conseil fédéral crée l'institution commune si les assureurs ne l'ont pas fait. Il édicte les prescriptions nécessaires si les assureurs ne peuvent s'entendre sur la gestion de l'institution. ² L'institution commune prend en charge les coûts afférents aux prestations légales en lieu et place des assureurs insolubles conformément à l'art. 51 LSAMal. ^{2bis} L'institution commune statue sur les demandes de dérogation à l'obligation de s'assurer déposées par des rentiers et des membres de leur famille qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège. ^{2ter} Elle affine d'office les rentiers ainsi que les membres de leur famille qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège et qui n'ont pas donné suite à l'obligation de s'assurer en temps utile.	<i>Art. 18, al. 2^{septies}</i>		<i>Art. 18</i>	

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

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

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

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

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

^{2septies} Elle gère les fonds suivants:

- a. le fonds chargé du suivi des donneurs vivants visé à l'art. 15b de la loi du 8 octobre 2004 sur la transplantation³;
- b. le fonds pour les restitutions visées à l'art. 52b.

^{2septies}...

- b. le fonds pour les restitutions.

(voir art. 52e, ...)

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

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

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

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

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

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

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

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

Droit en vigueur	Conseil fédéral	Conseil national	Conseil des Etats	Conseil national
Art. 29 Maternité ¹ 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. ² 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. 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. les soins accordés au nouveau-né en bonne santé et son séjour, tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère.		Art. 29 ² ... a. les examens de contrôle, y compris les analyses nécessaires pour la mère, effectués par ... b. <i>Ne concerne que le texte allemand.</i> e. le suivi post partum ambulatoire pour les soins et la surveillance de l'état de santé de la mère et de l'enfant par des sages-femmes.	Art. 29 Maternité et prestations des sages-femmes ² ... a. <i>Selon droit en vigueur</i> ... et de l'enfant en bonne santé par des sages-femmes;	Art. 29 ² ...

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

f. les analyses prescrites par des sages-femmes à la mère et à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, et les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques ainsi que les médicaments utilisés par des sages-femmes lors de l'accouchement.

f. les analyses, médicaments et moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par des médecins ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par des sages-femmes, à la mère et à l'enfant en bonne santé.

f. à la mère et à l'enfant en bonne santé:

1. les analyses et moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par des médecins ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par des sages-femmes;
2. les médicaments prescrits par des médecins ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, utilisés par les sages-femmes.

³ L'assurance obligatoire des soins prend également en charge, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, les coûts des prestations ci-après servant à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles qui sont fournies par des sages-femmes à la mère et au nouveau-né, à partir du début de la grossesse, pendant l'accouchement, et jusqu'à un moment donné après l'accouchement déterminé par le Conseil fédéral ou jusqu'à la fin de la grossesse:

³ ...
... ses
séquelles chez la mère ou l'enfant, à partir du début de la grossesse, pendant l'accouchement et jusqu'à un moment donné après ...

Droit en vigueur***Conseil fédéral******Conseil national******Conseil des Etats******Conseil national***

a. les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire ou dans une maison de naissance;

b. les analyses, médicaments et moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits.

(voir art. 33, al. 2, art. 52, al. 1, let. a, ch. 3, art. 64, al. 7, let. a)

a. les examens, traitements et soins dispensés par des sages-femmes, avec ou sans prescription médicale sous forme ambulatoire ou dans une maison de naissance, ou prescrits par des sages-femmes;

b. les médicaments utilisés par les sages-femmes avec ou sans prescription médicale, et les analyses ainsi que les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par les sages-femmes.

(voir art. 33, al. 2, art. 52, al. 1, let. a, ch. 3, art. 64, al. 7, let. a)

<i>Droit en vigueur</i>	<i>Conseil fédéral</i>	<i>Conseil national</i>	<i>Conseil des Etats</i>	<i>Conseil national</i>
Art. 32 Conditions	<i>Art. 32, al. 3</i>	<i>Art. 32</i>	<i>Art. 32</i>	<i>Art. 32</i>
¹ Les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques.				
² L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement.				
	³ Le Conseil fédéral peut fixer la fréquence et l'ampleur d'un réexamen différencié de l'efficacité, l'adéquation et du caractère économique en fonction du type de prestation.	³ Le Conseil fédéral peut exempter certaines prestations d'un réexamen périodique au sens de l'al. 2. <i>(voir art. 52, al. 4)</i>	³ <i>Selon Conseil fédéral</i> <i>(voir art. 52, al. 4)</i>	³ Le Conseil fédéral peut fixer la fréquence d'un réexamen différencié de l'efficacité, l'adéquation et du caractère économique en fonction du type de prestation et ne réexaminer que certains de ces critères. <i>(voir art. 52, al. 4)</i>

<i>Droit en vigueur</i>	<i>Conseil fédéral</i>	<i>Conseil national</i>	<i>Conseil des Etats</i>	<i>Conseil national</i>
Art. 33 Désignation des prestations ¹ 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. ² 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. ³ 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. ⁴ Il nomme des commissions qui le conseillent afin de désigner les prestations. Il veille à la coordination des travaux des commissions précitées. ⁵ Il peut déléguer au DFI ou à l'OFSP les compétences énumérées aux al. 1 à 3.	<i>Art. 33</i>	<i>Art. 33</i> ⁶ Sur les commissions visées à l'al. 4, pas plus d'une ne doit être consultée lors de la désignation des vaccinations prophylactiques.	<i>Art. 33</i> ² aux art. 26, 29, al. 2 et 3, et 31, al. 1. (voir art. 29, ...)	<i>Art. 33</i> (voir art. 29, ...)

<i>Droit en vigueur</i>	<i>Conseil fédéral</i>	<i>Conseil national</i>	<i>Conseil des Etats</i>	<i>Conseil national</i>
Art. 35 Types de fournisseurs de prestations	<i>Art. 35, al. 2, let. o</i>	<i>Art. 35</i>	<i>Art. 35</i>	<i>Art. 35</i>
¹ ...				
² Les fournisseurs de prestations sont:	² Les fournisseurs de prestations sont:	² ...	² ...	² ...
a. les médecins;				
b. les pharmaciens;				
c. les chiropraticiens;				
d. les sages-femmes;				
d ^{bis} . les infirmiers ainsi que les organisations qui les emploient;				
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. les maisons de naissance;				
k. les établissements médico-sociaux;				
l. les établissements de cure balnéaire;				
m. les entreprises de transport et de sauvetage;				
n. les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins.				
	o. les réseaux de soins coordonnés.	o. <i>Biffer</i> (voir art. 37a, ...)	o. <i>Selon Conseil fédéral</i> (voir art. 37a, ...)	o. <i>Maintenir (= biffer)</i> (voir art. 37a, ...)

<i>Droit en vigueur</i>	<i>Conseil fédéral</i>	<i>Conseil national</i>	<i>Conseil des Etats</i>	<i>Conseil national</i>
Art. 36 Médecins et autres fournisseurs de prestations: principe Les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m et n, ne peuvent pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins que s'ils sont admis par le canton sur le territoire duquel ils exercent leur activité.	Art. 36 Médecins et autres fournisseurs de prestations: principe Les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m, n et o, ne peuvent pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins que s'ils sont admis par le canton sur le territoire duquel ils exercent leur activité.	Art. 36 <i>Biffer (= selon droit en vigueur) (voir art. 37a, ...)</i>	Art. 36 <i>Selon Conseil fédéral (voir art. 37a, ...)</i>	Art. 36 <i>Maintenir (= biffer) (voir art. 37a, ...)</i>
Art. 36a Médecins et autres fournisseurs de prestations: conditions ¹ Le Conseil fédéral règle les conditions d'admission des fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m et n. Ces conditions doivent permettre de garantir que les prestations soient appropriées et leur qualité de haut niveau. ² Les conditions d'admission portent, selon le type de fournisseurs de prestations, sur la formation de base, sur la formation postgrade et sur les exigences nécessaires pour assurer la qualité des prestations.	Art. 36a, al. 1, 1re phrase ¹ Le Conseil fédéral règle les conditions d'admission des fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m, n et o. ...	Art. 36a <i>Biffer (= selon droit en vigueur) (voir art. 37a, ...)</i>	Art. 36a <i>Selon Conseil fédéral (voir art. 37a, ...)</i>	Art. 36a <i>Maintenir (= biffer) (voir art. 37a, ...)</i>

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

³ L'admission des organisations visées à l'art. 35, al. 2, let. d^{bis}, nécessite un mandat de prestations cantonal. Le canton y fixe notamment les prestations de formation requises; il tient compte des critères définis à l'art. 3 de la loi fédérale du 16 décembre 2022 relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers¹ et du plan de formation visé à l'art. 4 de ladite loi.

Art. 37a

Réseaux de soins coordonnés: conditions particulières

Art. 37a

Biffer

(voir art. 35, al. 2 let. o, art. 36, art. 36a, al. 1, art. 38, al. 1 et 2, art. 48a, art. 55a, al. 1, let. b, ch. 3 et al. 5, let. b ainsi que ch. III Dispositions transitoires, al. 1)

Art. 37a

Selon Conseil fédéral, mais: ...

Art. 37a

Maintenir (= biffer)

(voir art. 35, al. 2, let. o; art. 36; art. 36a, al. 1; art. 38, al. 1 et 2; art. 48a; art. 55a, al. 1, let. b, ch. 3 et al. 5, let. b; art. 64, al. 6, let. e ainsi que ch. III Dispositions transitoires, al. 1)

¹ Les réseaux de soins coordonnés doivent remplir les conditions suivantes:

a. ils sont dirigés par un médecin qui remplit les conditions de l'art. 37, al. 1;

b. ils fournissent sous forme ambulatoire et de façon coordonnée des prestations visées aux art. 25 à 31;

¹ ...

a. ils disposent d'un nombre suffisant de médecins qui remplissent les conditions de l'art. 37, al. 1;

a^{bis}. ils disposent du personnel spécialisé nécessaire;

b. ...

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

- c. ils ont délimité leur champ d'activité quant au lieu et à l'horaire de leurs interventions, quant aux prestations qu'ils fournissent et quant aux patients auxquels ils fournissent leurs prestations;
- d. ils disposent d'un nombre suffisant de médecins qui remplissent les conditions de l'art. 37, al. 1;
- e. ils disposent du personnel spécialisé nécessaire;
- f. ils assurent la coordination avec d'autres fournisseurs de prestations sur l'ensemble de la chaîne de soins;
- g. ils sont affiliés à une communauté ou à une communauté de référence certifiée au sens de la loi fédérale du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient⁴;
- h. ils disposent d'un mandat de prestations cantonal.

² Ils concluent des conventions avec d'autres fournisseurs de prestations sur la collaboration, l'échange de données, la garantie de la qualité et la coordination. Le Conseil fédéral peut définir les exigences minimales auxquelles ces conventions doivent satisfaire

c. ...

d. *Biffer*

e. *Biffer*

f. ...

g. ils sont affiliés à une communauté certifiée ou à une communauté de référence certifiée ...

h. *Biffer*

² Ils concluent des conventions avec d'autres fournisseurs de prestations sur la collaboration, l'échange de données, la garantie de la qualité et la coordination. (*Biffer le reste*)

^{2bis} Ils disposent d'un contrat de coopération avec un ou plusieurs assureurs.

Droit en vigueur***Conseil fédéral******Conseil national******Conseil des Etats******Conseil national***

^{2ter} Les assureurs sont tenus de rendre accessible aux assurés la liste des fournisseurs de prestations avec lesquels ils ont conclu un contrat de coopération. Ils doivent publier chaque modification de la liste. Les assurés doivent pouvoir consulter en tout temps la liste actualisée.

^{2quater} Les assureurs sont tenus de transmettre aux services cantonaux la liste des fournisseurs de prestations avec lesquels ils ont conclu un contrat de coopération.

^{2quinquies} Le fournisseur de prestations doit informer l'assuré, avant le traitement, s'il ne peut pas fournir de prestations pour son assureur à la charge de l'assurance obligatoire des soins parce qu'il n'est pas lié à ce dernier par un contrat de coopération au sens de l'al.

^{2bis} S'il omet de le faire, il n'a aucun droit à rémunération au sens du droit civil.

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

³ Le canton fixe notamment dans le mandat de prestations visé à l'al. 1, let. h, les prestations que le réseau doit fournir ainsi que son champ d'activité quant au lieu et à l'horaire. Si le champ d'activité du réseau s'étend sur plus d'un canton, les cantons concernés se coordonnent et définissent un mandat de prestations commun.

³ Si le canton constate qu'un réseau de soins coordonnés est nécessaire pour garantir l'approvisionnement et que celui-ci assure une prise en charge à moindre coût dans la qualité nécessaire, il peut décider de l'admettre même en l'absence de contrat de coopération avec un ou plusieurs assureurs au sens de l'al. 2^{bis}.

(voir art. 35, al. 2, let. o, art. 36, art. 36a, al. 1, art. 38, al. 1 et 2, art. 48a, art. 55a, al. 1, let. b, ch. 3, et al. 5, let. b, art. 64, al. 6, let. e ainsi que ch. III Dispositions transitoires, al. 1)

<i>Droit en vigueur</i>	<i>Conseil fédéral</i>	<i>Conseil national</i>	<i>Conseil des Etats</i>	<i>Conseil national</i>
Art. 38 Médecins et autres fournisseurs de prestations: surveillance	<i>Art. 38, al. 1 et 2, partie introductive</i>	<i>Art. 38</i>	<i>Art. 38</i>	<i>Art. 38</i>
		<i>Biffer (= selon droit en vigueur) (voir art. 37a, ...)</i>	<i>Selon Conseil fédéral (voir art. 37a, ...)</i>	<i>Maintenir (= biffer) (voir art. 37a, ...)</i>
1 Chaque canton désigne une autorité chargée de surveiller les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m et n. 2 L'autorité de surveillance prend les mesures nécessaires au respect des conditions visées aux art. 36a et 37. En cas de non-respect des conditions, elle peut prendre les mesures suivantes: a. un avertissement; b. une amende de 20 000 francs au plus; c. le retrait de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins pour tout ou partie du champ d'activité pendant un an au plus (retrait temporaire); d. le retrait définitif de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins pour tout ou partie du champ d'activité.	1 Chaque canton désigne une autorité chargée de surveiller les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m, n et o. 2 L'autorité de surveillance prend les mesures nécessaires au respect des conditions visées aux art. 36a à 37a. En cas de non-respect de ces conditions, elle peut prendre les mesures suivantes:			

Droit en vigueur

Conseil fédéral

Conseil national

Conseil des Etats

Conseil national

³ Les assureurs peuvent de-
mander à l'autorité de surveil-
lance le retrait de l'autorisation
dans des cas dûment justifiés.
L'autorité de surveillance
prend les mesures nécessai-
res.

Art. 41

Choix du four-
nisseur de pres-
tations et prise
en charge des
coûts

*Art. 41, al. 1^{bis}, 2^{bis}, phrase
introductive, 2^{ter} et 3^{bis}, phrase
introductive*

Art. 41

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

Droit en vigueur

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

Conseil fédéral

^{1bis} En cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux figurant sur la liste de son canton de résidence et ceux figurant sur la liste du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). Les gouvernements cantonaux fixent un tarif de référence pour les traitements hospitaliers dans un établissement hors canton choisi par l'assuré. Si le traitement hospitalier est effectué dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part de rémunération (art. 49a) selon le tarif de référence jusqu'à concurrence du tarif de l'hôpital traitant. Le tarif de référence se fonde sur la rémunération applicable à un traitement comparable dans un hôpital répertorié du canton de résidence qui fournit ce traitement, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse. Le Conseil fédéral règle les modalités, en particulier de quelle manière fixer le tarif de référence et définir les traitements comparables.

Conseil national**Conseil des Etats**

^{1bis} ...

... Les gouvernements cantonaux fixent des tarifs de référence pour les traitements hospitaliers dans un établissement hors canton choisi par l'assuré. Les tarifs de référence se fondent sur la rémunération applicable à un traitement comparable dans un hôpital répertorié du canton de résidence qui fournit ce traitement, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse. Le Conseil fédéral règle les modalités, en particulier de quelle manière fixer le tarif de référence et définir les traitements comparables. Si l'assuré se soumet à un traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération (art. 49a) comme suit:

- a. selon le tarif de référence jusqu'à concurrence du tarif de l'hôpital traitant;
- b. selon le tarif applicable pour le fournisseur de prestations choisi pour autant que l'une des conditions suivantes soit remplie:

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

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

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

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

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

^{2bis} Si les assurés suivants qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège se soumettent à un traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton auquel ils sont rattachés assument la rémunération selon le tarif de référence visé à l'al. ^{1bis}, jusqu'à concurrence du tarif de l'hôpital traitant:

1. l'assuré a besoin d'urgence du traitement hospitalier, ou
2. le canton de résidence a autorisé préalablement le traitement chez le fournisseur de prestations choisi; il accorde son autorisation si aucun hôpital répertorié sur sa liste ne peut fournir les prestations nécessaires.

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

² ...

..., en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni ont ...

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

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

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

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

^{2ter} Si les assurés qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège et qui touchent une rente suisse ou des membres de leur famille se soumettent à un traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et les cantons assument conjointement la rémunération selon le tarif de référence visé à l'al. ^{1bis}, jusqu'à concurrence du tarif de l'hôpital traitant. Le Conseil fédéral détermine le canton de référence.

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

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

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

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

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

^{2quater} Si des assurés qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni et qui touchent une rente suisse ou des membres de leur famille se soumettent à un traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et les cantons assument conjointement la rémunération selon le tarif de référence visé à l'al. 1^{bis} du canton de référence, jusqu'à concurrence du tarif de l'hôpital traitant. Le Conseil fédéral détermine le canton de référence. Si l'assuré a besoin d'urgence du traitement hospitalier, l'assureur et les cantons assument conjointement la rémunération selon le tarif applicable dans le canton où se situe le fournisseur de prestations.

³ *Abrogé*

^{3bis} *Abrogé*

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

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

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

⁴ ...

...
(art. 62, al. 1 et 3). Les prestations que la loi rend obligatoires sont en tout cas garanties. L'assureur n'est tenu de prendre en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par des fournisseurs auxquels l'assuré a limité son choix; il n'est pas tenu de prendre en charge les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par d'autres fournisseurs, sauf s'il a donné préalablement une garantie particulière de prise en charge ou que l'assuré a eu besoin d'urgence du traitement. L'assureur donne la garantie de prise en charge si le traitement n'est pas prodigué par les fournisseurs de prestations qu'il a désignés.

(voir art. 53, al. 1)

Droit en vigueur	Conseil fédéral	Conseil national	Conseil des Etats	Conseil national
Art. 42 Principe ¹ Sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré a, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant). En dérogation à l'art. 22, al. 1, LPGA, ce droit peut être cédé au fournisseur de prestations. ² Assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant). En cas de traitement hospitalier, l'assureur, en dérogation à l'al. 1, est le débiteur de sa part de rémunération.	Art. 42, al. 2, 2^e phrase, et 3^{ter} 2 En dérogation à l'al. 1, l'assureur est le débiteur: a. de sa part de rémunération en cas de traitement hospitalier; b. de la rémunération des prestations pour lesquelles l'OFSP ou le DFI ont prévu une restitution au sens de l'art. 52b.	Art. 42	Art. 42	

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

³ Le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Dans le système du tiers payant, le fournisseur de prestations est tenu de transmettre à l'assuré une copie de la facture qui est adressée à l'assureur sans que l'assuré n'ait à le demander. L'assureur et le fournisseur de prestations peuvent convenir que l'assureur fait parvenir la copie de la facture à l'assuré. La facture peut également être transmise à l'assuré par voie électronique. 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 modalités.

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

³ ...

... la prestation. Dans le cas d'une structure tarifaire à la prestation, il mentionne, notamment, la date ainsi que l'heure de début et de fin de la consultation. Dans le système du ...

³ *Biffer*
(= selon droit en vigueur)

Droit en vigueur***Conseil fédéral******Conseil national******Conseil des Etats******Conseil national***

^{3ter} Le fournisseur de prestations remet sa facture au débiteur de la rémunération sous forme électronique. À la demande de l'assuré, il la lui remet gratuitement sur papier. Les fournisseurs de prestations et les assureurs ou leurs fédérations respectives conviennent d'un standard unique dans toute la Suisse pour la transmission électronique des factures. S'ils ne parviennent pas à s'entendre, le Conseil fédéral définit le standard.

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

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

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

<i>Droit en vigueur</i>	<i>Conseil fédéral</i>	<i>Conseil national</i>	<i>Conseil des Etats</i>	<i>Conseil national</i>
	<i>Art. 48a</i> Conventions réglant le financement des coûts supplémentaires dans les réseaux de soins coordonnés ¹ Les réseaux de soins coordonnés concluent avec les assureurs ou leurs fédérations des conventions qui règlent le financement des coûts supplémentaires découlant de la coordination des cas complexes. ² Les conventions doivent tenir compte de l'étendue des mandats de prestations cantonaux. ³ L'art. 46, al. 4, ne s'applique pas à ces conventions. ⁴ Le Conseil fédéral peut définir les exigences minimales auxquelles les conventions doivent satisfaire.	<i>Art. 48a</i> <i>Biffer</i> (voir art. 37a, ...)	<i>Art. 48a</i> <i>Selon Conseil fédéral, mais: ...</i> ² <i>Biffer</i> (voir art. 37a, ...)	<i>Art. 48a</i> <i>Maintenir (= biffer)</i> (voir art. 37a, ...)

<i>Droit en vigueur</i>	<i>Conseil fédéral</i>	<i>Conseil national</i>	<i>Conseil des Etats</i>	<i>Conseil national</i>
Art. 52 Analyses et médicaments; moyens et appareils	<i>Art. 52, al. 1, phrase introductive</i>	<i>Art. 52</i>	<i>Art. 52</i>	<i>Art. 52</i>
¹ Après avoir consulté les commissions compétentes et conformément aux principes des art. 32, al. 1, et 43, al. 6:	¹ Après avoir consulté les commissions compétentes et conformément aux principes des art. 32 et 43, al. 6:		¹ ...	
a. le DFI édicte:			a. ...	
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 appareils diagnostiques ou thérapeutiques utilisés conformément aux art. 25, al. 2, let. b, et 25a, al. 1 ^{bis} et 2;			3. ...	
			... aux art. 25, al. 2, let. b, et 25a, al. 1 et 2, et 29, al. 2, let. f, et 3, let. b;	
			(voir art. 29, ...)	(voir art. 29, ...)
b. l'OFSP établit une liste, avec prix, des préparations pharmaceutiques et des médicaments confectonnés (liste des spécialités).				

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

² Pour les infirmités congénitales (art. 3, al. 2, LPGA), les coûts des médicaments inclus dans le catalogue des prestations de l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 14^{ter}, al. 5, de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité sont également pris en charge aux prix maximaux fixés sur la base de cette disposition.

³ Les analyses, les médicaments et les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques ne peuvent être facturés à l'assurance obligatoire des soins qu'au plus d'après les tarifs, prix et taux de rémunération au sens de l'al. 1. Le DFI désigne les analyses effectuées dans le laboratoire du cabinet médical pour lesquelles le tarif peut être fixé conformément aux art. 46 et 48. Il peut également désigner les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques visés à l'al. 1, let. a, ch. 3, pour lesquels un tarif peut être convenu conformément à l'art. 46.

² ...

...
en vertu de l'art. 14^{ter}, al. 5, et de l'art. 14^{sexies}, de la loi fédérale du 19 juin 1959 ...

(voir art. 52d, ...)

⁴ L'OFSP peut exclure tout réexamen périodique au sens de l'art. 32, al. 2, pour les médicaments figurant sur la liste prévue à l'al. 1, let. b, si ces derniers présentent un faible chiffre d'affaires ou si l'approvisionnement est menacé.

(voir art. 32, al. 3)

⁴ Biffer

(voir art. 32, al. 3)

(voir art. 32, al. 3)

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national****Art. 52b Restitutions**

¹ Lorsqu'il fixe le prix des médicaments conformément à l'art. 52, al. 1, let. b, l'OFSP peut prévoir, pour autant que le respect des principes de l'art. 32 le requiert, l'obligation pour le titulaire de l'autorisation de restituer une partie du prix des médicaments ou des coûts à l'assureur ou au fonds visé à l'art. 18, al. 2^{septies}, let. b.

² Lorsqu'il fixe le prix des médicaments conformément à l'art. 14^{ter}, al. 5, de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité⁵, l'office fédéral compétent peut prévoir, pour autant que le respect des principes de l'art. 32 LAMal le requiert, l'obligation pour le titulaire de l'autorisation de restituer une partie du prix des médicaments ou des coûts à l'assureur ou au fonds.

³ Le Conseil fédéral peut habiliter le DFI à prévoir des restitutions au sens de l'al. 1 dans les listes visées à l'art. 52, al. 1, let. a.

⁴ Le Conseil fédéral règle:

- a. les conditions auxquelles des restitutions peuvent être prévues;
- b. le calcul et les modalités des restitutions;

Art. 52b

¹ ...

..., l'OFSP
peut prévoir, à la demande du titulaire de l'autorisation, pour autant que ...

² ...

..., l'office fédéral
compétent peut prévoir, à la demande du titulaire de l'autorisation, pour autant que ...

(voir 1. LAI, art. 14^{quater}, al. 1 et 2)

Art. 52b

¹ ...

..., l'OFSP
peut prévoir, à titre exceptionnel, pour autant que ...

² ...

..., l'office fédéral
compétent peut prévoir, à titre exceptionnel, pour autant que ...

(voir 1. LAI, art. 14^{quater}, al. 1 et 2)

Art. 52b

(voir 1. LAI, art. 14^{quater}, al. 1 et 2)

Droit en vigueur***Conseil fédéral******Conseil national******Conseil des Etats******Conseil national***

- c. la répartition entre les assureurs et les cantons des sommes versées au fonds;
- d. les frais d'administration du fonds.

⁵ L'OFSP peut communiquer aux organes de l'assurance-maladie ou d'une autre assurance sociale et à d'autres personnes, organismes et autorités les données en lien avec les restitutions qui sont nécessaires pour faire valoir le droit à la restitution ou qui, pour une autre raison, sont nécessaires à l'exécution de la présente loi. Le Conseil fédéral règle les modalités de la communication des données.

⁶ Les recours formés par des assureurs ou des cantons contre des décisions prises en vertu des al. 1 et 2 n'ont pas d'effet suspensif.

Droit en vigueur	Conseil fédéral	Conseil national	Conseil des Etats	Conseil national
	Art. 52c Confidentialité des informations relatives aux restitutions ¹ Les informations relatives au montant, au calcul ou aux modalités de restitutions versées aux assureurs ou au fonds pour les restitutions sur la base de conventions tarifaires, d'accords ou de décisions de l'OFSP ne sont pas accessibles aux tiers. Les accords de restitution communiqués aux autorités compétentes dans le cadre de la procédure d'approbation visée à l'art. 46, al. 4, ne leur sont pas non plus accessibles. ² L'autorité compétente refuse les demandes d'accès aux informations visées à l'al. 1 qui se fondent sur la loi du 17 décembre 2004 sur la transparence⁶ ou les dispositions cantonales correspondantes.	Art. 52c ³ L'OFSP publie régulièrement un rapport, réalisé par un organisme indépendant, sur la mise en œuvre des modèles de prix selon l'art. 52b. (voir 1. LAI, art. 14^{quinquies}, al. 2-4, Disposition transitoire, ch. III Dispositions transitoires, al. 5)	Art. 52c ¹ Le Conseil fédéral peut prévoir que les informations relatives au montant, ou de décisions de l'OFSP ne sont pas accessibles aux tiers. Il peut également le prévoir pour les accords de restitution communiqués aux autorités cantonales compétentes ... ² Lorsque les informations visées à l'al. 1 ne sont pas accessibles aux tiers, l'autorité compétente refuse les demandes d'accès qui se fondent sur la loi du ... (voir 1. LAI, art. 14^{quinquies}, al. 2-4, Disposition transitoire, ch. III Dispositions transitoires, al. 5)	Art. 52c (voir 1. LAI, art. 14^{quinquies}, al. 2-4, Disposition transitoire, ch. III Dispositions transitoires, al. 5)

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

Art. 52d Rémunération provisoire de médicaments

Art. 52d

Art. 52d

¹ Les produits visés à l'art. 52, al. 1, let. b, ou les nouvelles indications pour lesquels un besoin médical important est avéré et auxquels l'Institut suisse des produits thérapeutiques a attribué un statut « fast track », sont, sur demande du titulaire de l'autorisation désigné, admis sur une liste provisoire des médicaments pris en charge et rémunérés à la date de l'autorisation par l'Institut suisse des produits thérapeutiques, à un prix provisoire fixé par l'OFSP, sous réserve d'une éventuelle obligation de restitution. Cette liste provisoire a le même effet que la liste visée à l'art. 52, al. 1, let. b.

¹ ...

... est avéré et auxquels l'Institut suisse des produits thérapeutiques a attribué un statut permettant un traitement en procédure rapide, peuvent, sur demande du titulaire de l'autorisation désigné et après consultation de la commission compétente, être admis sur une liste provisoire des médicaments pris en charge et rémunérés à la date de l'autorisation par l'Institut suisse des produits thérapeutiques, à un prix provisoire fixé par l'OFSP, sous réserve d'une éventuelle obligation de restitution. *(Biffer le reste)*

(voir 1. LAI art. 14^{sexies}, al. 1)

¹ ...

... a attribué un statut permettant un traitement selon une des procédures rapides, peuvent, sur demande du titulaire de l'autorisation désigné être admis sur une liste provisoire des médicaments pris en charge et rémunérés à la date de l'autorisation par l'Institut suisse des produits thérapeutiques, ...

(voir 1. LAI art. 14^{sexies}, al. 1)

Droit en vigueur***Conseil fédéral******Conseil national******Conseil des Etats******Conseil national***

² L'OFSP décide, dans un délai de 24 mois après une admission provisoire au sens de l'al. 1, d'une éventuelle admission définitive sur la liste visée à l'art. 52, al. 1, let. b. Il procède comme suit :

- a. si le titulaire de l'autorisation est d'accord avec l'évaluation du caractère économique que l'OFSP a effectuée, l'OFSP approuve l'admission définitive ;
- b. si le titulaire de l'autorisation refuse l'évaluation du caractère économique que l'OFSP a effectuée, l'OFSP refuse l'admission définitive.

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

^{2bis} Si le titulaire de l'autorisation retire sa demande d'admission définitive d'un produit figurant sur la liste provisoire ou si l'OFSP refuse l'admission définitive, ce dernier peut communiquer aux destinataires mentionnés à l'art. 52b, al. 5, les demandes retirées ou refusées et le dernier prix remboursé. La poursuite de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de médicaments ne figurant plus dans les listes provisoires (art. 52d, al. 1, LAMal; art. 14^{sexies} LAI) est autorisée pendant cinq ans au maximum dans le cadre de la prise en charge dans des cas particuliers. Le Conseil fédéral fixe le montant de la prise en charge; le prix économique ne dépasse pas celui de la liste provisoire.

(voir 1. LAI art. 14^{ter}, al. 3, let. b^{bis} et art. 14^{septies}, al. 2^{bis})

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

³ Dans les deux cas visés à l'al. 2, l'OFSP fixe la différence entre le prix de l'admission provisoire et le prix jugé économique. Le titulaire de l'autorisation est tenu de restituer aux assureurs-maladie, conformément à l'art. 18, al. 2^{sep-}ties, let. b, l'excédent de recettes réalisées durant la période visée à l'al. 2 et correspondant au financement pris en charge. Le titulaire de l'autorisation est tenu de communiquer les chiffres de vente. Si une diminution de recettes résulte d'un prix provisoire fixé trop bas, celle-ci sera compensée durant une période limitée après l'admission définitive.

⁴ Les informations relatives à la différence visée à l'al. 3, à l'excédent de recettes restitué par le titulaire de l'autorisation ainsi que les informations y afférentes ne sont pas soumises à la loi sur la transparence du 17 décembre 2004 ni aux réglementations cantonales correspondantes. L'art. 52b, al. 5, est applicable par analogie.

³ *Ne concerne que le texte allemand.*

Droit en vigueur***Conseil fédéral******Conseil national******Conseil des Etats******Conseil national***

⁵ Le Conseil fédéral édicte des dispositions d'exécution. Il prévoit notamment que l'OFSP et le titulaire de l'autorisation entament, déjà avant l'admission provisoire, un dialogue concernant l'évaluation des conditions d'admission. Les résultats de telles clarifications préalables sont consignés dans un procès-verbal.

(voir art. 52, al. 2, 1. LAI art.
14^{ter}, al. 3, let. b et b^{bis}, art.
14^{sexies} ainsi que art. 67, al. 1^{bis})

Droit en vigueur***Conseil fédéral******Conseil national******Conseil des Etats******Conseil national***

Art. 52e Compensation en faveur de l'assurance obligatoire des soins en cas de gros volume de marché

¹ Si un médicament au sens de l'art. 52, al. 1, let. b, atteint un volume important sur le marché suisse, le titulaire de l'autorisation peut être tenu, lors du prochain réexamen des conditions d'admission, d'accorder à l'assurance obligatoire des soins une compensation d'une partie adéquate du chiffre d'affaires effectivement réalisé. L'OFSP prend en compte, en ce qui concerne l'obligation de compensation, les obligations déjà existantes en matière de quantités ou de chiffre d'affaires ainsi que la sécurité de l'approvisionnement.

Art. 52e

¹ Si un médicament au sens de l'art. 52, al. 1, let. b, atteint un volume important sur le marché suisse, le titulaire de l'autorisation peut être tenu, lors de l'admission sur la liste des spécialités ou du prochain réexamen des conditions d'admission, d'accorder à l'assurance obligatoire des soins une compensation d'une partie adéquate du chiffres d'affaires effectivement réalisé. L'OFSP prend en compte de manière appropriée, dans la décision concernant l'obligation de compensation, les obligations déjà existantes en matière de quantités ou de chiffre d'affaires, la sécurité de l'approvisionnement, les conditions de fabrication et de distribution spécifiques au produit, ainsi que le nombre d'indications remboursées.

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

² Si un médicament au sens de l'art. 14^{ter}, al. 5, de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité atteint un volume important sur le marché suisse, le titulaire de l'autorisation peut être tenu, lors du prochain réexamen des conditions d'admission, d'accorder à l'assurance obligatoire des soins une compensation d'une partie adéquate du chiffre d'affaires effectivement réalisé. L'OFSP prend en compte, en ce qui concerne l'obligation de compensation, les obligations déjà existantes en matière de quantités ou de chiffre d'affaires ainsi que la sécurité de l'approvisionnement.

³ Les art. 52b, al. 5, et 52c s'appliquent par analogie à la confidentialité des compensations.

⁴ Le Conseil fédéral règle les modalités.

(voir art. 18, al. 2^{septies}, let. b ainsi que 1. LAI art. 14^{septies})

² Si un médicament au sens de l'art. 14^{ter}, al. 5, de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité atteint un volume important sur le marché suisse, le titulaire de l'autorisation peut être tenu, lors de l'admission sur la liste au sens de l'art. 14^{ter}, al. 5, LAI ou du prochain réexamen des conditions d'admission, d'accorder à l'assurance obligatoire des soins une compensation d'une partie adéquate du chiffre d'affaires effectivement réalisé. L'OFSP prend en compte de manière appropriée, dans la décision concernant l'obligation de compensation, les obligations déjà existantes en matière de quantités ou de chiffre d'affaires, la sécurité de l'approvisionnement, les conditions de fabrication et de distribution spécifiques au produit, ainsi que le nombre d'indications remboursées.

(voir ch. III, al. 5^{bis} et 5^{ter}, 1. LAI art. 14^{septies}, art. 14^{octies}, Dispositions transitoires, al. 2-3)

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national****Art. 53** Recours au Tribunal administratif fédéral

¹ Les décisions des gouvernements cantonaux visées aux art. 39, 45, 46, al. 4, 47, 47b, al. 2, 48, al. 1 à 3, 51, 54 et 55 peuvent faire l'objet d'un recours au Tribunal administratif fédéral.

^{1bis} Les organisations d'assureurs d'importance nationale ou régionale qui, conformément à leurs statuts, ont pour but de défendre les intérêts de leurs membres dans le cadre de l'application de la présente loi, ont qualité pour recourir contre les décisions prises par les gouvernements cantonaux en vertu de l'art. 39.

² La procédure de recours est régie par la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral et la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA). 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;

Art. 53, al. 1

¹ Les décisions des gouvernements cantonaux visées aux art. 39, 41, al. 1^{bis}, 45, 46, al. 4, 47, 48, al. 1 à 3, 51, 54 et 55 peuvent faire l'objet d'un recours au Tribunal administratif fédéral.

Art. 53

¹ ...
... aux
art. 39, 41, al. 1^{bis}, 45, 46, al. 4, 47, 47b, al. 2, 48, al. 1 à 3,
...
(voir art. 41)

Droit en vigueur

Conseil fédéral

Conseil national

Conseil des Etats

Conseil national

- d. un échange ultérieur d'écritures au sens de l'art. 57, al. 2, PA n'a lieu qu'exceptionnellement;
- e. le grief de l'inopportunité ne peut être invoqué comme motif de recours contre les décisions au sens de l'art. 39.

Art. 55a	Limitation du nombre de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires	<i>Art. 55a, al. 1, let. b, ch. 3, et al. 5, let. b</i>	<i>Art. 55a</i>	<i>Art. 55a</i>	<i>Art. 55a</i>
		<i>Biffer (= selon droit en vigueur) (voir art. 37a, ...)</i>	<i>Selon Conseil fédéral (voir art. 37a, ...)</i>	<i>Maintenir (= biffer) (voir art. 37a, ...)</i>	

- 1 Les cantons limitent, dans un ou plusieurs domaines de spécialité ou dans certaines régions, le nombre de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Lorsqu'un canton limite le nombre de médecins, il prévoit:

a. que les médecins ne sont admis que jusqu'à concurrence du nombre maximal déterminé;

b. que le nombre de médecins suivants est limité au nombre maximal déterminé:

1. les médecins qui exercent dans le domaine ambulatoire d'un hôpital,
- 1 Les cantons limitent, dans un ou plusieurs domaines de spécialité ou dans certaines régions, le nombre de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Lorsqu'un canton limite le nombre de médecins, il prévoit:

b. que le nombre de médecins suivants est limité au nombre maximal déterminé:

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

2. les médecins qui exercent dans une institution visée à l'art. 35, al. 2, let. n.

3. les médecins qui exercent dans un réseau de soins coordonnés visé à l'art. 35, al. 2, let. o.

² Le Conseil fédéral définit les critères et les principes méthodologiques pour fixer les nombres maximaux. Il tient compte en particulier des flux de patients entre les cantons et des régions d'approvisionnement en soins ainsi que de l'évolution générale du taux d'activité des médecins.

³ Avant de fixer les nombres maximaux de médecins, le canton entend les fédérations des fournisseurs de prestations, des assureurs et des assurés. Il se coordonne avec les autres cantons pour les fixer.

⁴ Les fournisseurs de prestations, les assureurs et leurs fédérations respectives communiquent gratuitement aux autorités cantonales compétentes qui en font la demande, en plus des données collectées en vertu de l'art. 59a, les données nécessaires pour fixer les nombres maximaux de médecins.

⁵ En cas de limitation des admissions à pratiquer dans un canton, les médecins suivants peuvent continuer de pratiquer:

⁵ En cas de limitation des admissions à pratiquer dans un canton, les médecins suivants peuvent continuer de pratiquer:

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

- a. les médecins qui ont été admis à pratiquer et qui ont fourni des prestations ambulatoires à la charge de l'assurance obligatoire des soins avant l'entrée en vigueur des nombres maximaux;
- b. les médecins qui exerçaient dans le domaine ambulatoire d'un hôpital ou dans une institution visée à l'art. 35, al. 2, let. n, avant l'entrée en vigueur des nombres maximaux, s'ils poursuivent leur activité dans le domaine ambulatoire du même hôpital ou dans la même institution.
- b. les médecins qui exerçaient dans le domaine ambulatoire d'un hôpital, dans une institution visée à l'art. 35, al. 2, let. n, ou dans un réseau de soins coordonnés visé à l'art. 35, al. 2, let. o, avant l'entrée en vigueur des nombres maximaux, s'ils poursuivent leur activité dans le domaine ambulatoire du même hôpital, dans la même institution ou dans le même réseau de soins coordonnés.

⁶ Lorsque, dans un canton, les coûts annuels par assuré dans un domaine de spécialité augmentent davantage que les coûts annuels des autres domaines de spécialité dans ce canton ou que la moyenne suisse des coûts annuels dans le domaine de spécialité en question, le canton peut prévoir qu'aucune nouvelle admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins n'est délivrée dans ce domaine de spécialité.

<i>Droit en vigueur</i>	<i>Conseil fédéral</i>	<i>Conseil national</i>	<i>Conseil des Etats</i>	<i>Conseil national</i>
Art. 56 Caractère économique des prestations ¹ Le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. ² 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).		<i>Art. 56</i> ^{1bis} Pour garantir les mesures prévues à l'al. 1, les assureurs peuvent informer individuellement leurs assurés des prestations dont ils bénéficient, des mesures de prévention des maladies et des offres visant à améliorer le caractère économique et la coordination des prestations médicales fournies ; avec leur consentement, les assureurs peuvent aussi mettre à la disposition des fournisseurs de prestations des informations sur les prestations dont les assurés bénéficient. (voir art. 84, let. j)	<i>Art. 56</i> ^{1bis} <i>Biffer</i> (voir art. 56a, ...)	<i>Art. 56</i>

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

³ 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.

^{3bis} Les assureurs et les fournisseurs de prestations peuvent prévoir, dans une convention, que les avantages visés à l'al. 3, let. b, ne sont pas répercutés intégralement. Cette convention doit être communiquée aux autorités compétentes si celles-ci en font la demande. Elle doit garantir qu'une majeure partie des avantages sera répercutée et que les avantages non répercutés seront utilisés de manière vérifiable pour améliorer la qualité du traitement.

⁴ Si le fournisseur de prestations ne répercute pas cet avantage, l'assuré ou l'assureur peut en exiger la restitution.

Droit en vigueur***Conseil fédéral******Conseil national******Conseil des Etats******Conseil national***

⁵ 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.

⁵ ...

⁵ *Biffer (= selon droit en vigueur)*

... de prestations. Ils garantissent en outre que les tarifs tiennent compte en tout temps des gains en efficacité découlant des progrès médicaux et techniques, afin d'assurer la vérité des coûts. Le Conseil fédéral définit les gains en efficacité et la fréquence de leur évaluation.

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

Droit en vigueur

Conseil fédéral

Conseil national

Conseil des Etats

Conseil national

Art. 56a

Informations
ciblées aux
assurés

Art. 56a

...
...
assurés et aux
fournisseurs de
prestations

¹ Les assureurs peuvent infor-
mer de manière ciblée les
assurés sur des prestations
plus avantageuses ainsi que
sur des formes particulières
d'assurance appropriées et
des mesures de prévention.

² Les assureurs informent les
assurés, lors de la première
prise de contact, sur le but des
informations spécifiques
visées à l'al. 1 ainsi que sur le
caractère facultatif de leur
réception et sur la possibilité
de s'y opposer en tout temps.
*(voir art. 56, al. 1^{bis}, et art. 84,
al. 1, let. j)*

¹ ...
... les
assurés et, avec leur consen-
tement, leurs fournisseurs de
prestations sur des prestations
...

Droit en vigueur	Conseil fédéral	Conseil national	Conseil des Etats	Conseil national
Art. 64 ¹ Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient. ^{1bis} La participation aux coûts pour l'enfant est exclusivement couverte, jusqu'à la fin du mois où il devient majeur, par les personnes débitrices des primes. L'enfant ne peut être tenu responsable de cette participation aux coûts même après avoir atteint l'âge de la majorité; toute poursuite introduite contre lui pour ce motif est nulle. ² Leur participation comprend: a. un montant fixe par année (franchise); et b. 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part). ³ Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise et le montant maximal annuel de la quote-part. ⁴ Pour les enfants, aucune franchise n'est exigée et le montant maximum de la quote-part est réduit de moitié. Plusieurs enfants d'une même famille, assurés par le même assureur, payent ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dus par un adulte.	Art. 64, al. 6, let. d, et 7, let. b	Art. 64	Art. 64	Art. 64

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

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

⁶ Le Conseil fédéral peut:

- a. prévoir une participation aux coûts plus élevée pour certaines prestations;
- b. réduire ou supprimer la participation aux coûts des traitements de longue durée et du traitement de maladies graves;
- c. supprimer la participation aux coûts pour une assurance impliquant un choix limité d'après l'art. 41, al. 4, lorsque cette participation se révèle inappropriée;
- d. supprimer la franchise pour certaines mesures de prévention exécutées dans le cadre de programmes organisés au niveau national ou cantonal.

⁶ Le Conseil fédéral peut:

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

⁶ ...

- e. réduire ou supprimer la participation aux coûts pour les prestations fournies par des réseaux de soins coordonnés.

(voir art. 37a; ...)

⁶ ...

- e. *Biffer*

(voir art. 37a, ...)

<i>Droit en vigueur</i>	<i>Conseil fédéral</i>	<i>Conseil national</i>	<i>Conseil des Etats</i>	<i>Conseil national</i>
⁷ L'assureur ne peut prélever aucune participation aux coûts des prestations suivantes: a. prestations visées à l'art. 29, al. 2; b. prestations visées aux art. 25 et 25a qui sont fournies à partir de la 13^e semaine de grossesse, pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement.	⁷ L'assureur ne peut prélever aucune participation aux coûts des prestations suivantes: b. prestations visées aux art. 25, 25a, 27, 28 et 30 qui sont fournies à partir du début de la grossesse déterminé médicalement par une échographie, pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement ou la fin de la grossesse.	⁷ ... b. fournies à partir du début de la grossesse déterminé par un médecin ou une sage-femme, pendant l'accouchement, ...	⁷ ... a. prestations visées à l'art. 29, al. 2 et 3; (voir art. 29, ...)	(voir art. 29, ...)

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

<i>Droit en vigueur</i>	<i>Conseil fédéral</i>	<i>Conseil national</i>	<i>Conseil des Etats</i>	<i>Conseil national</i>
Art. 84 Traitement de données personnelles ¹ Les organes chargés d'appliquer la présente loi ou la LSAMal ou d'en contrôler ou surveiller l'exécution sont habilités à traiter ou à faire traiter les données personnelles, y compris les données sensibles, qui leur sont nécessaires pour accomplir les tâches que leur assignent la présente loi ou la LSAMal, notamment pour: 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, 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. attribuer ou vérifier le numéro AVS; i. calculer la compensation des risques.		<i>Art. 84</i> ¹ ...	<i>Art. 84</i> ¹ ...	

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

- j. garantir les mesures prévues à l'art. 56, al. 1^{bis}, et fournir les informations correspondantes.

(voir art. 56, al. 1^{bis})

- j. informer de manière ciblée les assurés sur des prestations plus avantageuses ainsi que sur des formes particulières d'assurance appropriées et des mesures de prévention.

(voir art. 56a, ...)

² Pour accomplir ces tâches, ils sont en outre habilités à traiter ou à faire traiter des données personnelles, notamment des données permettant d'évaluer la santé, la gravité de l'affection physique ou psychique, les besoins et la situation économique de la personne assurée.

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

II

La modification d'autres actes
est réglée en annexe.

III

III

III

III

*Dispositions transitoires de la
modification du ...*

...

...

...

¹ Tant qu'une fédération des
réseaux de soins coordonnés
ne s'est pas constituée, les
réseaux de soins coordonnés
concluent avec les fédérations
des assureurs des conven-
tions séparées relatives au
développement de la qualité
conformément à l'art. 58a.

¹ *Biffer*
(voir art. 37a, ...)

¹ *Selon Conseil fédéral*
(voir art. 37a, ...)

¹ *Maintenir (= biffer)*
(voir art. 37a, ...)

² Les tarifs de référence
cantonaux pour les traitements
hospitaliers dans un établisse-
ment hors canton choisi par
l'assuré doivent répondre aux
exigences fixées à l'art. 41,
al. 1^{bis}, deux ans au plus tard
après l'entrée en vigueur de la
modification du

³ Si, dans les deux ans à
compter de l'entrée en vigueur
de la modification du ..., les
parties ne parviennent pas à
s'entendre sur le standard
pour la transmission électro-
nique des factures visée à
l'art. 42, al. 3^{ter}, le Conseil
fédéral fixe ledit standard.

⁴ Les sommes que les
titulaires d'autorisation ont
remboursées au fonds d'insol-
vabilité à la suite de l'examen
du caractère économique des

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

médicaments de la liste des spécialités en vertu de l'ancien droit sont transférées au fonds pour les restitutions visé à l'art. 18, al. 2^{septies}, let. b, à l'entrée en vigueur de la modification du

⁵ L'art. 52c s'applique également aux procédures d'accès à des documents officiels en cours au moment de l'entrée en vigueur de la modification du

(voir art. 52c, ...)

(voir art. 52c, ...)

(voir art. 52c, ...)

^{5bis} Pendant deux ans, les produits figurant jusqu'à présent sur la liste visée à l'art. 52, al. 1, let. b, ne sont pas soumis à la réglementation de l'art. 52e pour ce qui est du chiffre d'affaires réalisé avant l'entrée en vigueur de la réglementation prévue à l'art. 52e.

^{5ter} L'OFSP évalue la mise en œuvre et l'impact des modèles de compensation selon l'art. 52e, al. 1 et 2, en particulier en ce qui concerne les économies, l'accès à de nouveaux médicaments et les retards dans les soumissions à l'Institut suisse des produits thérapeutiques et l'accès au marché, et soumet un rapport correspondant au plus tard quatre ans après l'expiration du délai selon ch. III, al. 5^{bis}.

(voir art. 52e, ...)

Droit en vigueur***Conseil fédéral******Conseil national******Conseil des Etats******Conseil national***

⁶ Le Conseil fédéral est chargé de modifier la structure tarifaire ambulatoire nationale de manière à plafonner le volume de points facturable de la part médicale par journée de travail. Il met en œuvre cette modification, après consultation des partenaires tarifaires, pour le 1^{er} janvier 2025.

⁶ *Biffer*

⁷ Le Conseil fédéral évalue les effets de la modification du ... et remet au Parlement un rapport au plus tard six ans après l'entrée en vigueur de ladite modification.

IV

¹ La présente loi est soumise au référendum.

² Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur.

<i>Droit en vigueur</i>	<i>Conseil fédéral</i>	<i>Conseil national</i>	<i>Conseil des Etats</i>	<i>Conseil national</i>
	<i>Annexe</i> (ch. II)		<i>Annexe</i> (ch. II)	<i>Annexe</i> (ch. II)
	Modification d'autres actes			
	Les actes mentionnés ci-après sont modifiés comme suit:			
	1. Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité⁷	1. ...	1. ...	1. ...
Art. 14^{ter} Détermination des prestations			<i>Art. 14^{ter}</i>	<i>Art. 14^{ter}</i>
¹ Le Conseil fédéral détermine:				
a. les conditions auxquelles doivent satisfaire les mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12, al. 3;				
b. les infirmités congénitales donnant droit à des mesures médicales en vertu de l'art. 13;				
c. les prestations de soins dont le coût est pris en charge.				
² Il peut prévoir la prise en charge du coût de mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 qui ne répondent pas aux principes fixés à l'art. 14, al. 2, si ces mesures sont nécessaires à la réadaptation. Il détermine la nature et l'étendue des mesures.				

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

³ Il peut régler le remboursement des médicaments:

a. qui sont utilisés:

1. pour d'autres indications que celles autorisées par l'Institut suisse des produits thérapeutiques dans l'information professionnelle, ou
2. en dehors du domaine d'indication fixé dans la liste des spécialités ou dans la liste établie en vertu de l'al. 5;

b. qui sont autorisés en Suisse, mais ne figurent pas dans la liste des spécialités ou dans la liste établie en vertu de l'al. 5, ou

c. qui ne sont pas autorisés en Suisse.

³ ...

b. ...

..., mais ne figurent ni dans la liste des spécialités, ni dans la liste établie en vertu de l'al. 5, ni dans la liste provisoire selon l'art. 52d, al. 1, LAMal ou art. 14^{sexies}, al. 1; ou

b^{bis}. qui ne figurent plus sur les listes provisoires visées à l'art. 14^{sexies} ou à l'art. 52d, al. 1, LAMal pour les raisons mentionnées à l'art. 14^{sexies}, al. 2^{bis} ou à l'art. 52d, al. 2^{bis}, LAMal. La poursuite de la prise en charge est autorisée pendant cinq ans au maximum. Le prix fixé dans la liste provisoire ne doit alors pas être dépassé; ou

(voir art. 52d, ...)

(voir art. 52d, al. 2^{bis})

Droit en vigueur

Conseil fédéral

Conseil national

Conseil des Etats

Conseil national

⁴ Il peut déléguer au Département fédéral de l'intérieur (DFI) ou à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) les compétences visées aux al. 1 à 3.

⁵ L'office fédéral compétent dresse une liste des médicaments destinés au traitement des infirmités congénitales au sens de l'art. 13, y compris les prix maximaux de la prise en charge, pour autant que ces médicaments ne figurent pas sur la liste des spécialités visée à l'art. 52, al. 1, let. b, LAMal.

Insérer avant le titre II^{bis}

Art. 14^{quater} Restitutions
¹ Lorsqu'il fixe le prix des médicaments conformément à l'art. 14^{ter}, al. 5, l'office fédéral compétent peut prévoir, pour autant que le respect des principes de l'art. 32 LAMal le requiert, l'obligation pour le titulaire de l'autorisation de restituer au Fonds de compensation de l'Al visé à l'art. 79 une partie du prix des médicaments ou des coûts.

Art. 14^{quater}
¹ ...
..., l'office fédéral compétent peut prévoir, à la demande du titulaire de l'autorisation, pour autant que ...

Art. 14^{quater}
¹ ...
..., l'office fédéral compétent peut prévoir, à titre exceptionnel, pour autant que ...

Art. 14^{quater}

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

² Lorsqu'il fixe le prix des médicaments conformément à l'art. 52, al. 1, let. b, LAMal, l'Office fédéral de la santé publique peut prévoir, pour autant que le respect des principes de l'art. 32 LAMal le requiert, l'obligation pour le titulaire de l'autorisation de restituer au Fonds de compensation de l'AI visé à l'art. 79 une partie du prix des médicaments ou des coûts.

² ...

...,
l'Office fédéral de la santé publique peut prévoir, à la demande du titulaire de l'autorisation, pour autant que ...

(voir art. 52b, al. 1 et 2)

² ...

...,
l'Office fédéral de la santé publique peut prévoir, à titre exceptionnel, pour autant que ...

(voir art. 52b, al. 1 et 2)

(voir art. 52b, al. 1 et 2)

³ Le Conseil fédéral règle:

- a. les conditions auxquelles des restitutions peuvent être prévues;
- b. le calcul et les modalités des restitutions;
- c. la répartition entre l'assurance-invalidité et les cantons des sommes versées au Fonds de compensation de l'AI visé à l'art. 79 au titre de la prise en charge des traitements dispensés en milieu hospitalier visée à l'art. 14^{bis}.

⁴ Les recours formés par des assureurs en vertu de la loi du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie⁸ ou des cantons contre des décisions prises en vertu des al. 1 et 2 n'ont pas d'effet suspensif.

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

Art. 14quinquies Communication et confidentialité des informations relatives aux restitutions

¹ L'office fédéral compétent peut communiquer aux organes de l'assurance-invalidité, aux organes d'une autre assurance sociale et à d'autres personnes, organismes et autorités des données en lien avec les restitutions qui sont nécessaires pour faire valoir le droit à la restitution ou qui, pour une autre raison, sont nécessaires à l'application de la présente loi. Le Conseil fédéral règle les modalités de la communication des données.

² Les informations visées à l'al. 1 ne sont pas accessibles aux tiers.

³ L'autorité compétente refuse les demandes d'accès aux informations visées à l'al. 1 qui se fondent sur la loi du 17 décembre 2004 sur la transparence⁹ ou les dispositions cantonales correspondantes.

Art. 14quinquies

⁴ L'office compétent publie régulièrement un rapport, réalisé par un organisme indépendant, sur la mise en œuvre des modèles de prix selon l'art. 14^{quater}.

(voir art. 52c, ...)

Art. 14quinquies

² Le Conseil fédéral peut prévoir que les informations visées à l'al. 1 ne sont pas accessibles aux tiers.

³ Lorsque les informations visées à l'al. 1 ne sont pas accessibles aux tiers, l'autorité compétente refuse les demandes d'accès qui se fondent sur la loi du 17 décembre 2004 sur la transparence ou les dispositions cantonales correspondantes.

(voir art. 52c, ...)

Art. 14quinquies

(voir art. 52c, ...)

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

Art. 14^{sexies} Rémunération provisoire des médicaments

¹ Les produits visés à l'art. 14^{ter}, al. 5, ou les nouvelles indications pour lesquels un besoin médical important est avéré et auxquels l'Institut suisse des produits thérapeutiques a attribué un statut permettant un traitement en procédure rapide, peuvent, sur demande du titulaire de l'autorisation désigné et après consultation de la commission compétente, être admis sur une liste provisoire des médicaments pris en charge et rémunérés à la date de l'autorisation par l'Institut suisse des produits thérapeutiques, à un prix provisoire fixé par l'office fédéral compétent, sous réserve d'une éventuelle obligation de restitution.

(voir art. 52d, al. 1)

² L'office fédéral compétent décide, dans un délai de 24 mois après une admission provisoire au sens de l'al. 1, d'une éventuelle admission définitive sur la liste visée à l'art. 14^{ter}, al. 5. Il procède comme suit:

Art. 14^{sexies}

¹ ...

... a attribué un statut permettant un traitement selon une des procédures rapides, peuvent, sur demande du titulaire de l'autorisation désigné être admis sur une liste provisoire des médicaments pris en charge et rémunérés à la date de l'autorisation par l'Institut suisse des produits thérapeutiques, ...

(voir art. 52d, al. 1)

Droit en vigueur***Conseil fédéral******Conseil national******Conseil des Etats******Conseil national***

- a. si le titulaire de l'autorisation est d'accord avec l'évaluation du caractère économique que l'office fédéral compétent a effectuée, l'office fédéral compétent approuve l'admission définitive;
- b. si le titulaire de l'autorisation refuse l'évaluation du caractère économique que l'office fédéral compétent a effectuée, l'office fédéral compétent refuse l'admission définitive.

^{2bis} Si le titulaire de l'autorisation retire sa demande d'admission définitive pour un produit figurant sur la liste provisoire ou si l'office fédéral compétent refuse l'admission définitive, ce dernier peut communiquer aux destinataires mentionnés à l'art. 14^{quinquies}, al. 1, les demandes retirées ou refusées et le dernier prix remboursé.

(voir art. 52d, al. 2^{bis}, ...)

*Droit en vigueur**Conseil fédéral**Conseil national**Conseil des Etats**Conseil national*

³ Dans les deux cas visés à l'al. 2, l'office compétent fixe la différence entre le prix de l'admission provisoire et le prix jugé économique. Le titulaire de l'autorisation est tenu de restituer au Fonds de compensation de l'AI visé à l'art. 79, l'excédent de recettes réalisées durant la période visée à l'al. 2 et correspondant au financement pris en charge. Le titulaire de l'autorisation est tenu de communiquer les chiffres de vente. Si une diminution de recettes résulte d'un prix provisoire fixé trop bas, celle-ci sera compensée durant une période limitée après l'admission définitive.

⁴ Les informations relatives à la différence visée à l'al. 3, à l'excédent de recettes restitué par le titulaire de l'autorisation ainsi que les informations y afférentes ne sont pas soumises à la loi sur la transparence du 17 décembre 2004 ni aux réglementations cantonales correspondantes. L'art. 14^{quinquies}, al. 1, est applicable par analogie.

Droit en vigueur***Conseil fédéral******Conseil national******Conseil des Etats******Conseil national***

⁵ Le Conseil fédéral édicte des dispositions d'exécution. Il prévoit notamment que l'office fédéral compétent et le titulaire de l'autorisation entament, déjà avant l'admission provisoire, un dialogue concernant l'évaluation des conditions d'admission. Les résultats de telles clarifications préalables sont consignés dans un procès-verbal.

(voir art. 52d, ...)

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

Art. 14^{septies} Compensation en faveur de l'assurance-invalidité en cas de gros volume de marché

¹ Si un médicament au sens de l'art. 14^{ter}, al. 5, atteint un volume important sur le marché suisse, le titulaire de l'autorisation peut être tenu, lors du prochain réexamen des conditions d'admission, d'accorder à l'assurance-invalidité une compensation d'une partie adéquate du chiffre d'affaires effectivement réalisé. L'office fédéral compétent prend en compte, en ce qui concerne l'obligation de compensation, les obligations déjà existantes en matière de quantités ou de chiffre d'affaires ainsi que la sécurité de l'approvisionnement.

Art. 14^{septies}

¹ Si un médicament au sens de l'art. 14^{ter}, al. 5, atteint un volume important sur le marché suisse, le titulaire de l'autorisation peut être tenu, lors de l'admission sur la liste au sens de l'art. 14^{ter}, al. 5, LAI ou du prochain réexamen des conditions d'admission, d'accorder à l'assurance-invalidité une compensation d'une partie adéquate du chiffre d'affaires effectivement réalisé. L'office fédéral compétent prend en compte de manière appropriée, dans la décision concernant l'obligation de compensation, les obligations déjà existantes en matière de quantités ou de chiffre d'affaires, la sécurité de l'approvisionnement, les conditions de fabrication et de distribution spécifiques au produit, ainsi que le nombre d'indications remboursées.

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

² Si un médicament au sens de l'art. 52, al. 1, let. b, LAMal atteint un volume important sur le marché suisse, le titulaire de l'autorisation peut être tenu, lors du prochain réexamen des conditions d'admission, d'accorder à l'assurance-invalidité une compensation d'une partie adéquate du chiffre d'affaires effectivement réalisé. L'office fédéral compétent prend en compte, en ce qui concerne l'obligation de compensation, les obligations déjà existantes en matière de quantités ou de chiffre d'affaires ainsi que la sécurité de l'approvisionnement.

³ L'art. 14^{quinquies} s'applique par analogie à la confidentialité des compensations.

⁴ Le Conseil fédéral règle les modalités.

(voir art. 52e, ...)

² Si un médicament au sens de l'art. 52, al. 1, let. b, LAMal atteint un volume important sur le marché suisse, le titulaire de l'autorisation peut être tenu, lors de l'admission sur la liste des spécialités ou du prochain réexamen des conditions d'admission, d'accorder à l'assurance-invalidité une compensation d'une partie adéquate du chiffre d'affaires effectivement réalisé. L'office fédéral compétent prend en compte de manière appropriée, dans la décision concernant l'obligation de compensation, les obligations déjà existantes en matière de quantités ou de chiffre d'affaires, la sécurité de l'approvisionnement, les conditions de fabrication et de distribution spécifiques au produit, ainsi que le nombre d'indications remboursées.

(voir art. 52e, ...)

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national***Insérer après le titre II^{bis}***Art. 14^{quater}****Art. 14^{sexies}****Art. 14^{octies}****Art. 14^{octies}***(voir art. 52e, ...)*

¹ L'assuré ainsi que son employeur ont droit à des conseils et à un suivi:

- a. lorsque l'assuré a droit à une mesure de réadaptation au sens de l'art. 8, al. 3, let. a^{ter} ou b, ou
- b. lorsque le droit à une rente est examiné.

² Le droit naît au plus tôt à la date à laquelle l'office AI constate qu'une mesure de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, une mesure d'ordre professionnel ou l'examen du droit à la rente sont indiqués.

³ L'assuré pour qui la dernière mesure visée à l'al. 1, let. a, a pris fin par une décision de l'office AI ainsi que son employeur ont encore droit à des conseils et à un suivi pendant trois ans au plus à compter de cette décision.

⁴ L'assuré dont la rente est supprimée au terme des mesures visées à l'art. 8a, al. 2, ainsi que son employeur ont encore droit à des conseils et à un suivi pendant trois ans au plus à compter de la décision de l'office AI.

Ex-art. 14^{quater}**Ex-art. 14^{quater}**

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

⁵ Le Conseil fédéral peut fixer les montants maximaux à la disposition des offices AI pour les conseils et le suivi.

Art. 67 Remboursement des frais

¹ L'assurance rembourse les frais suivants:

- a. les frais d'exploitation occasionnés par l'application de la présente loi aux offices AI, y compris aux services médicaux régionaux, dans le cadre d'une gestion rationnelle; ces frais peuvent être remboursés en fonction des prestations fournies et des résultats obtenus;
- b. les frais de l'OFAS pour les tâches d'exécution qui lui sont déléguées par le Conseil fédéral en vertu de l'art. 53 et pour ses tâches de surveillance.

^{1bis} Le Conseil fédéral peut prévoir que les frais occasionnés par l'élaboration de la liste des médicaments visée à l'art. 14^{ter}, al. 5, sont remboursés par l'assurance.

² Le DFI détermine les frais de l'OFAS qui peuvent être pris en compte.

Art. 67

^{1bis} ...

... visée à
l'art. 14^{ter}, al. 5, ou art. 14^{sexies}
sont ...
(voir art. 52d, ...)

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Conseil national**

*Disposition transitoire de la
modification du ...*

...

...

...

L'art. 14^{quiquies}, al. 2 et 3,
s'applique également aux
procédures d'accès à des
documents officiels qui sont en
cours au moment de l'entrée
en vigueur de la modification
du

(voir art. 52c, ...)

(voir art. 52c, ...)

(voir art. 52c, ...)

² Pendant deux ans, les pro-
duits figurant jusqu'à présent
sur la liste visée à l'art. 14^{ter},
al. 5, ne sont pas soumis à la
réglementation de l'art. 14^{septies}
pour ce qui est du chiffre d'af-
faires réalisé avant l'entrée en
vigueur de la réglementation
prévue à l'art. 14^{septies}.

³ L'office fédéral compétent
évalue la mise en œuvre et
l'impact des modèles de com-
pensation selon l'art. 14^{septies},
al. 1 et 2, en particulier en ce
qui concerne les économies,
l'accès à de nouveaux médi-
caments et les retards dans
les soumissions à l'Institut
suisse des produits thérapeu-
tiques et l'accès au marché, et
soumet un rapport correspon-
dant au plus tard quatre ans
après l'expiration du délai
selon la disposition transitoire,
al. 2.

(voir art. 52e, ...)