

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

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

Droit en vigueur

Conseil fédéral

Conseil national

Conseil des Etats

|

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur
l'assurance-maladie² est modifiée
comme suit:

Remplacement d'expressions

¹ À l'art. 58b, al. 3 et 4, «départe-
ment» est remplacé par «DFI».

² À l'art. 58f, al. 7, «office» est rem-
placé par «OFSP».

Art. 18

¹ Les assureurs créent une institution commune sous la forme d'une fonda-
tion. L'acte de fondation et les règle-
ments 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 pres-
tations légales en lieu et place des
assureurs insolvables conformément
à l'art. 51 LSAMal.

^{2bis} L'institution commune statue sur
les demandes de dérogation à l'obli-
gation 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.

Art. 18, al. 2^{septies}

Art. 18

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

^{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.

^{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.

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.

^{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, ...)

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

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}.

Art. 25 Prestations générales en cas de maladie

Art. 25, al. 2, let. h

Art. 25

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

<i>Droit en vigueur</i>	<i>Conseil fédéral</i>	<i>Conseil national</i>	<i>Conseil des Etats</i>
² Ces prestations comprennent: a. 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; 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. le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune; f. ... - f^{bis}. 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. les prestations des pharmaciens lors de la remise des médicaments prescrits conformément à la let. b.	² Ces prestations comprennent:	² ...	
	h. les prestations suivantes des pharmaciens:	h. ...	

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

1. les prestations fournies lors de la remise de médicaments prescrits conformément à la let. b,
2. les prestations de conseils pharmaceutiques visant à optimiser le traitement médicamenteux et l'adhésion thérapeutique.

2. les prestations pharmaceutiques visant à optimiser le traitement médicamenteux prescrit par le médecin et l'adhésion thérapeutique, ainsi que, en relation avec ce qui précède, l'exécution ou la commande d'analyses ainsi que la remise de moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques, pour autant qu'elles soient fournies en consultation interprofessionnelle avec le médecin traitant.

Art. 25a Soins en cas de maladie

Art. 25a, al. 4, 2^e phrase

¹ L'assurance obligatoire des soins fournit une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire, notamment dans des structures de soins de jour ou de nuit, ou dans des établissements médico-sociaux. La rémunération des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques utilisés pour les soins est régie par l'art. 52.

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

² Les soins aigus et de transition qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrits par un médecin de l'hôpital sont rémunérés par l'assurance obligatoire des soins et par le canton de résidence de l'assuré durant deux semaines au plus conformément à la réglementation du financement hospitalier (art. 49a Rémunération des prestations hospitalières). Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent de forfaits. La rémunération des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques utilisés pour les soins aigus et de transition est régie par l'art. 52.

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

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

⁴ ...

... Le coût des soins fournis, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse en fonction du besoin est déterminant. ...

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

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

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****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. 26 Mesures de prévention

¹ 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.

² Les examens ou mesures préventives sont effectués ou prescrits par un médecin. Les mesures préventives peuvent aussi être effectuées par un pharmacien dans le cadre de programmes organisés au niveau national ou cantonal au sens de l'art. 64, al. 6, let. d.

Art. 26

² ...

... par un médecin. Ils peuvent aussi être effectués par un pharmacien, sans prescription médicale, dans le cadre de programmes ...

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****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. *Ne concerne que le texte allemand.*

Art. 29

Maternité et prestations des sages-femmes

² ...

- a. *Selon droit en vigueur*

- 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.
- 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.

- e. ...

... et
de l'enfant en bonne santé par des sages-femmes;

- 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.

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

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:

- 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)

<i>Droit en vigueur</i>		<i>Conseil fédéral</i>	<i>Conseil national</i>	<i>Conseil des Etats</i>
Art. 32	Conditions	<i>Art. 32, al. 3</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>

<i>Droit en vigueur</i>	<i>Conseil fédéral</i>	<i>Conseil national</i>	<i>Conseil des Etats</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>Droit en vigueur</i>	<i>Conseil fédéral</i>	<i>Conseil national</i>	<i>Conseil des Etats</i>
Art. 35 Types de fournisseurs de prestations	<i>Art. 35, al. 2, let. o</i>	<i>Art. 35</i>	<i>Art. 35</i>
¹ ...			
² Les fournisseurs de prestations sont:	² Les fournisseurs de prestations sont:	² ...	² ...
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. 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> <i>(voir art. 37a, ...)</i>	o. <i>Selon Conseil fédéral</i> <i>(voir art. 37a, ...)</i>

<i>Droit en vigueur</i>	<i>Conseil fédéral</i>	<i>Conseil national</i>	<i>Conseil des Etats</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. 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>

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

Art. 37a Réseaux de soins coordonnés: conditions particulières

Art. 37a

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)

Selon Conseil fédéral, mais: ...

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

¹ ...

- 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;
- 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;

- 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. ...
- c. ...
- d. *Biffer*
- e. *Biffer*
- f. ...

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

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 patient²;

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

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.

^{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. 2^{bis}. 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**

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)

Droit en vigueur	Conseil fédéral	Conseil national	Conseil des Etats
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>Biffer (= selon droit en vigueur) (voir art. 37a, ...)</i>	<i>Selon Conseil fédéral (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. ³ Les assureurs peuvent demander à l'autorité de surveillance le retrait de l'autorisation dans des cas dûment justifiés. L'autorité de surveillance prend les mesures nécessaires.	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**

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

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

^{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.

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

^{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.

Art. 41

^{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;

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

^{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;
- 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;

^{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:

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

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

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**

- 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.

^{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. ^{1bis} 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.

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

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:

- 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.

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

³ *Abrogé*

^{3bis} *Abrogé*

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

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)

Art. 42 Principe**Art. 42, al. 2, 2^e phrase, et 3^{ter}****Art. 42****Art. 42**

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.

² ...

... En dérogation à l'al. 1, l'assureur est le débiteur:

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

- 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.

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 ...

³ Biffer (= selon droit en vigueur)

... 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 ...

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

^{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.

Art. 42a Carte d'assuré**Art. 42a, al. 2 à 3^{bis}****Art. 42a**

¹ 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 AVS.

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

² La carte d'assuré est utilisée pour la facturation des prestations prévues par la présente loi.

² La carte d'assuré est utilisée pour les processus administratifs liés aux prestations prévues par la présente loi. Elle sert également:

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

2bis Cette carte peut être utilisée comme moyen d'identification au sens de l'art. 7, al. 2, de la loi fédérale du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient.

2bis Elle peut être utilisée:

- a. comme moyen d'identification au sens de l'art. 7, al. 2, de la loi fédérale du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient⁶;
- b. comme moyen d'identification dans les relations avec les assureurs.

2ter Elle ne peut être utilisée en dehors du champ d'application de la présente loi que si une base légale formelle le prévoit et que le but de l'utilisation et les utilisateurs autorisés sont définis.

³ 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.

³ Le Conseil fédéral règle le format de la carte d'assuré. Il peut prévoir que la carte est aussi établie sous forme électronique à la demande de l'assuré.

3bis Il règle, après avoir consultés les milieux intéressés, les modalités de remise de la carte par les assureurs, ainsi que les standards techniques et organisationnels qui doivent être appliqués.

- a. de moyen d'identification au sens de l'art. 7, al. 2, de la loi fédérale du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient;
- b. de moyen d'identification dans les relations avec les assureurs.

2bis Le Conseil fédéral peut définir d'autres buts.

³ Le Conseil fédéral règle, après consultation des milieux intéressés, les modalités de remise de la carte électronique et de la carte physique par les assureurs, ainsi que les standards techniques et organisationnels qui doivent être appliqués. Il peut fixer la date à partir de laquelle la carte d'assuré doit être remise uniquement sous forme électronique. Il peut prévoir que la carte soit également délivrée sous forme physique sur demande de la personne assurée.

3bis *Biffer*

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

⁴ 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.

Art. 46 Convention tarifaire**Art. 46, al. 1^{bis}**

¹ 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.

^{1bis} 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.

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

² 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.

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

³ 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.

⁴ 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.

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

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

Art. 48a Conventions réglant le financement des coûts supplémentaires dans les réseaux de soins coordonnés

Art. 48a

Art. 48a

Biffer

Selon Conseil fédéral, mais: ...

(voir art. 37a, ...)

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.

² *Biffer*

(voir art. 37a, ...)

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.

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

Art. 52 Analyses et médicaments; moyens et appareils

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

a. le DFI 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 appareils diagnostiques ou thérapeutiques utilisés conformément aux art. 25, al. 2, let. b, et 25a, al. 1 et 2;

b. l'OFSP établit une liste, avec prix, des préparations pharmaceutiques et des médicaments confectionnés (liste des spécialités).

² Pour les infirmités congénitales (art. 3, al. 2, LPG A), 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.

Art. 52, al. 1, phrase introductive

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

Art. 52

Art. 52

¹ ...

a. ...

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, ...)

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, ...)

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

³ 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 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.

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)

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****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-invalidité⁶, 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;
- c. la répartition entre les assureurs et les cantons des sommes versées au fonds;
- d. les frais d'administration du fonds.

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)

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

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**

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 transparence⁷ 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)

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Art. 52d** Rémunération provisoire de médicaments

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.

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.

Art. 52d

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)

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

^{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.

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^{septies}, 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.

³ *Ne concerne que le texte allemand.*

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

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.

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**

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.

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.

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

⁴ Le Conseil fédéral règle les modalités.

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

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
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>Biffer (= selon droit en vigueur) (voir art. 37a, ...)</i>	<i>Selon Conseil fédéral (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, 2. les médecins qui exercent dans une institution visée à l'art. 35, al. 2, let. n.	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: 3. les médecins qui exercent dans un réseau de soins coordonnés visé à l'art. 35, al. 2, let. o.		

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

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:

- 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;

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**

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.

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

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;

Art. 56

^{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)

Art. 56

^{1bis} *Biffer*

(voir art. 56a, ...)

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

- 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.

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.

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

⁵ ...

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

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

Art. 64, al. 6, let. d, et 7, let. b

Art. 64

Art. 56a Informations ciblées
aux assurés

¹ Les assureurs peuvent 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.

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)

Art. 64

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

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

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

⁶ Le Conseil fédéral peut:

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

Droit en vigueur

Conseil fédéral

Conseil national

Conseil des Etats

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

a. prestations visées à l'art. 29, al. 2;

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

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

Art. 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;

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, ...

Art. 84

...

⁷ ...

a. prestations visées à l'art. 29, al. 2 et 3;

(voir art. 29, ...)

Art. 84

...

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

- 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.

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.

- 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, ...)

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

II

La modification d'autres actes est réglée en annexe.

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 conventions séparées relatives au développement de la qualité conformément à l'art. 58a.

² Les tarifs de référence cantonaux pour les traitements hospitaliers dans un établissement 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 électronique des factures visée à l'art. 42, al. 3^{ter}, le Conseil fédéral fixe ledit standard.

III

...

¹ *Biffer*
(voir art. 37a, ...)

III

...

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

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

⁴ Les sommes que les titulaires d'autorisation ont remboursées au fonds d'insolvabilité à la suite de l'examen du caractère économique des 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, ...)

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.

IV

¹ La présente loi est sujette au référendum.

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

Droit en vigueur	Conseil fédéral	Conseil national	Conseil des Etats
	Annexe (ch. II)	Annexe (ch. II)	Annexe (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-invalidité⁸	1. ...	1. ...
Art. 14	Étendue des mesures médicales et condi- tions de prise en char- ge	Art. 14, al. 2	
¹ Les mesures médicales compren- nent:			
a. les traitements et examens liés à ces traitements qui sont dispensés sous forme ambulatoi- re ou en milieu hospitalier ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par:			
1. des médecins,			
2. des chiropraticiens,			
3. des personnes fournissant des prestations sur prescripti- on ou sur mandat d'un méde- cin ou d'un chiropraticien;			
b. les prestations de soins fournies sous forme ambulatoire;			
c. les analyses, médicaments, moy- ens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien			
d. les mesures de réhabilitation effectuées ou prescrites par un médecin;			

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

- e. le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune;
- f. les prestations des pharmaciens lors de la remise des médicaments prescrits conformément à la let. c;
- g. les frais de transport médicalement nécessaires.

² Les mesures médicales doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques; dans le cas des maladies rares, la fréquence de l'apparition d'une maladie est prise en considération.

³ L'assurance ne prend pas en charge la logopédie.

⁴ Pour décider si le traitement sera dispensé sous forme ambulatoire ou en milieu hospitalier, l'assurance tient équitablement compte des propositions du médecin traitant et des conditions personnelles de l'assuré.

² L'art. 32 LAMal⁹ s'applique par analogie aux mesures médicales. Leur efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques; dans le cas des maladies rares, la fréquence de l'apparition d'une maladie est prise en considération.

Art. 14^{bis} Prise en charge des traitements stationnaires hospitalier

¹ Les frais des traitements entrepris de manière stationnaire au sens de l'art. 14, al. 1, dans un hôpital admis en vertu de l'art. 39 LAMal sont pris en charge à hauteur de 80 % par l'assurance et de 20 % par le canton de résidence de l'assuré. Le canton de résidence verse sa part directement à l'hôpital.

Art. 14^{bis}, titre et al. 1, 1^{re} phrase

Prise en charge des traitements dispensés en milieu hospitalier

¹ Les frais des traitements dispensés en milieu hospitalier au sens de l'art. 14, al. 1, dans un hôpital admis en vertu de l'art. 39 LAMal¹⁰ sont pris en charge à hauteur de 80 % par l'assurance et de 20 % par le canton de résidence de l'assuré. ...

9 RS 832.10

10 RS 832.10

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

² Le droit de recours visé à l'art. 72 LPGA s'applique par analogie au canton de résidence pour les contributions que celui-ci a versées en vertu de l'al. 1.

Art. 14^{ter} Détermination des prestations

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.

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;

Art. 14^{ter}

³ ...

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

- 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.

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.

- 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, ...)

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats***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'AI visé à l'art. 79 une partie du prix des médicaments ou des coûts.

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.

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 surveil-

Art. 14^{quater}

¹ ...

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

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)

Art. 14^{quater}

¹ ...

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

² ...

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

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

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

lance de l'assurance-maladie¹¹ ou des cantons contre des décisions prises en vertu des al. 1 et 2 n'ont pas d'effet suspensif.

Art. 14^{quinquies} 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 transparence¹² ou les dispositions cantonales correspondantes.

Art. 14^{quinquies}

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. 14^{quinquies}

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, ...)

¹¹ RS 832.12

¹² RS 152.3

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

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:

- 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.

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

^{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.

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**

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, ...)

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.

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

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, ...)

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats***Insérer après le titre II^{bis}***Art. 14^{quater}**

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.

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

Art. 14^{sexies}**Ex-art. 14^{quater}****Art. 14^{octies}****Ex-art. 14^{quater}**

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Art. 27^{ter}** Facturation

¹ Le fournisseur de prestations doit remettre à l'office AI une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications dont il a besoin pour vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. L'assuré reçoit une copie de la facture.

² En cas de rémunération par forfaits, les bases de calcul, en particulier les diagnostics et les procédures, doivent apparaître sur la facture.

Art. 27^{ter}, al. 1, 3^e et 4^e phrases, et 3

¹ ...

... Le Conseil fédéral peut fixer les catégories de fournisseurs de prestations qui doivent faire figurer le numéro AVS sur la facture. L'assuré reçoit une copie de la facture.

³ Le Conseil fédéral détermine les catégories de fournisseurs de prestations qui doivent remettre leurs factures sous forme électronique et le standard à respecter pour la transmission électronique.

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****Art. 48** Paiement des arriérés de prestations

¹ Si un assuré ayant droit à une allocation pour impotent, à des mesures médicales ou à des moyens auxiliaires présente sa demande plus de douze mois après la naissance de ce droit, la prestation, en dérogation à l'art. 24, al. 1, LPGA, n'est allouée que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande.

² Les prestations arriérées sont allouées à l'assuré pour des périodes plus longues aux conditions suivantes:

- a. il ne pouvait pas connaître les faits ayant établi son droit aux prestations;
- b. il a fait valoir son droit dans un délai de douze mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de ces faits.

Art. 48, al. 1 et 3

¹ Si un assuré ayant droit à une allocation pour impotent, à des mesures médicales pour le traitement d'infirmités congénitales ou à des moyens auxiliaires présente sa demande plus de douze mois après la naissance de ce droit, la prestation, en dérogation à l'art. 24, al. 1, LPGA¹³, n'est allouée que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande.

³ En dérogation à l'art. 24, al. 1, LPGA les mesures médicales de réadaptation ne donnent pas droit au paiement des prestations arriérées.

Droit en vigueur	Conseil fédéral	Conseil national	Conseil des Etats
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.	<i>Disposition transitoire de la modification du ...</i> L'art. 14^{quinquies}, 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	<i>(voir art. 52c, ...)</i>	<i>Art. 67</i> ^{1bis} visée à l'art. 14^{ter}, al. 5, ou art. 14^{sexies} sont ... <i>(voir art. 52d, ...)</i> ... <i>(voir art. 52c, ...)</i>

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

**2. Loi du 26 septembre 2014
sur la surveillance de
l'assurance-maladie¹⁴**

Art. 48 Financement du fonds
d'insolvabilité

Art. 48, let. c

Le fonds d'insolvabilité est financé
par les sources suivantes:

- a. les contributions des assureurs
- b. l'excédent de fortune des assureurs dissous dont la fortune et l'effectif des assurés n'ont pas été transférés par contrat à un autre assureur;
- c. l'excédent de recettes que les entreprises pharmaceutiques remboursent à l'institution commune sur la base du contrôle du caractère économique des médicaments admis dans la liste des spécialités;
- d. le produit des actions récursives (art. 52, al. 4).

c. Abrogée

14 RS 832.12

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****23.3502 Motion Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national**

du 27 avril 2023

Renforcer les soins coordonnés grâce à la prise en compte des prix réels des modèles d'assurance dans la LAMal

Le Conseil fédéral est chargé de modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) afin que les rabais de primes ne soient plus calculés sur la base de l'assurance ordinaire.

28.09.2023. Décision du Conseil national: La motion est adoptée. -
Va au Conseil des Etats

23.3502 Motion Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national

13.06.2024: Décision du Conseil des Etats:
La motion est rejetée

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****23.3503 Motion Commission de la
Sécurité sociale et de la santé
publique du Conseil national**

du 27 avril 2023

Accès aux médicaments orphelins

Le Conseil fédéral est chargé de régler plus efficacement la coordination institutionnalisée entre Swissmedic et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans le domaine des médicaments orphelins, de sorte que les résultats des évaluations de l'efficacité réalisées par Swissmedic et de celles réalisées par l'OFSP concordent. Le Conseil fédéral veillera également à ce que lorsque Swissmedic délivre une autorisation pour un nouveau médicament, ce dernier puisse être remboursé dans le cadre de la liste des spécialités. Le statut de « médicament orphelin » au sens de l'art. 4, al. 1, let. a^{decies}, de la loi sur les produits thérapeutiques doit automatiquement donner lieu à un dialogue précoce entre les entreprises pharmaceutiques et l'OFSP.

Le Conseil fédéral prendra également des mesures pour que les données issues du monde réel soient mieux reconnues, afin de permettre un remboursement fondé sur la qualité et la gestion des données à long terme, lesquelles font encore défaut lors de la délivrance de l'autorisation.

**23.3503 Motion Commission de la
Sécurité sociale et de la santé
publique du Conseil national**

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

Pour ce faire, il s'appuiera sur les connaissances et l'expérience de représentantes et de représentants des milieux scientifiques, du corps médical, des organisations de patientes et de patients, des assureurs et de l'industrie.

28.09.2023. Décision du Conseil national: La motion est adoptée. -
Va au Conseil des Etats

13.06.2024: Décision du Conseil des Etats:
La motion est rejetée

Droit en vigueur**Conseil fédéral****Conseil national****Conseil des Etats****23.3504 Motion Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national**

du 27 avril 2023

Renforcer les soins coordonnés par des contrats pluriannuels dans la LAMal

Le Conseil fédéral est chargé de modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) afin de permettre la conclusion de contrats pluriannuels facultatifs entre les assureurs-maladie et leurs assurés.

28.09.2023. Décision du Conseil national: La motion est adoptée. -
Va au Conseil des Etats

23.3504 Motion Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national

13.06.2024: Décision du Conseil des Etats:
La motion est adoptée