

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

832.10

du 18 mars 1994 (État le 18 mars 2023)

---

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

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

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

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

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

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

RO 1995 1328

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

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

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

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

<sup>5</sup> RS 830.1

<sup>6</sup> RS 832.12

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

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

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

### Art. 1a Champ d'application

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

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

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

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

## Titre 2 Assurance obligatoire des soins

### Chapitre 1 Obligation de s'assurer

#### Section 1 Dispositions générales

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

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

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

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

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

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

<sup>10</sup> RS 830.1

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

<sup>12</sup> RS 192.12

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

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

<sup>15</sup> RS 830.1

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

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

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

**Art. 4a**<sup>20</sup> Choix de l'assureur pour les membres de la famille tenus de s'assurer qui résident dans un État membre de l'Union européenne<sup>21</sup>, en Islande ou en Norvège

Sont assurées par le même assureur:

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

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

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

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

<sup>16</sup> RS 833.1

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

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

<sup>19</sup> RS 832.12

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

<sup>21</sup> Nouvelle expression selon le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2018 (RO 2017 6717; FF 2016 1). Il a été tenu compte de cette mod. dans tout le texte.

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

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

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

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

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

#### **Art. 6a<sup>22</sup>** Contrôle et affiliation d'office des assurés résidant dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège<sup>23</sup>

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

- a. les personnes qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège et qui sont tenues de s'assurer parce qu'elles exercent une activité lucrative en Suisse;
- b. les personnes qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège et qui sont tenues de s'assurer parce qu'elles perçoivent une prestation de l'assurance-chômage suisse;
- c. les personnes qui sont tenues de s'assurer parce qu'elles touchent une rente suisse et qui transfèrent leur résidence de Suisse dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège.<sup>24</sup>

<sup>2</sup> L'information prévue à l'al. 1 vaut d'office pour les membres de la famille qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège.<sup>25</sup>

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

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

<sup>22</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 6 oct. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 858; FF 2000 3751).

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

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

<sup>25</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I 8 de la LF du 14 déc. 2001 relative aux disp. concernant la libre circulation des personnes de l'Ac. amendant la Conv. instituant l'AELE, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 685; FF 2001 4729).

**Art. 7**            Changement d'assureur

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

<sup>2</sup> Lors de la communication de la nouvelle prime, il peut changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois. L'assureur doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)<sup>26</sup> au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur.<sup>27</sup>

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

<sup>4</sup> L'affiliation prend fin avec le retrait de l'autorisation de pratiquer conformément à l'art. 43 LSAMal<sup>28</sup> lorsque l'assureur cesse, volontairement ou par décision administrative, de pratiquer l'assurance-maladie sociale.<sup>29</sup>

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

<sup>6</sup> Lorsque le changement d'assureur est impossible du fait de l'ancien assureur, celui-ci doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime.<sup>30</sup>

<sup>7</sup> Lorsque l'assuré change d'assureur, l'ancien assureur ne peut le contraindre à résilier également les assurances complémentaires au sens de l'art. 2, al. 2, LSAMal conclues auprès de lui.<sup>31</sup>

<sup>8</sup> L'assureur ne peut pas résilier les assurances complémentaires au sens de l'art. 2, al. 2, LSAMal au seul motif que l'assuré change d'assureur pour l'assurance-maladie sociale.<sup>32</sup>

<sup>26</sup> Nouvelle expression selon le ch. I de la LF du 18 juin 2021 (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, volet 1a), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2022 (RO 2021 837; FF 2019 5765). Il n'a été tenu compte de cette mod. que dans les disp. mentionnées au RO.

<sup>27</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> oct. 2000 (RO 2000 2305; FF 1999 727).

<sup>28</sup> RS 832.12

<sup>29</sup> Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 2 de la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5137; FF 2012 1725).

<sup>30</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> oct. 2000 (RO 2000 2305; FF 1999 727).

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

<sup>32</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 2000 (RO 2000 2305; FF 1999 727). Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 2 de la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5137; FF 2012 1725).

## Section 2 Suspension de la couverture des accidents

### Art. 8 Principe

<sup>1</sup> La couverture des accidents peut être suspendue tant que l'assuré est entièrement couvert pour ce risque, à titre obligatoire, en vertu de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA)<sup>33</sup>. L'assureur procède à la suspension lorsque l'assuré lui en fait la demande et apporte la preuve qu'il est entièrement assuré conformément à la LAA. Il réduit la prime en conséquence.

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

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

### Art. 9 Information de l'assuré

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

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

<sup>1</sup> L'employeur informe par écrit la personne qui quitte son emploi ou cesse d'être assurée contre les accidents non professionnels au sens de la LAA<sup>34</sup> qu'elle doit le signaler à son assureur au sens de la présente loi. La même obligation incombe à l'assurance-chômage lorsque le droit aux prestations de cette institution expire sans que l'intéressé prenne un nouvel emploi.

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

## Chapitre 2 Organisation

### Section 1 ...

#### Art. 11 à 15<sup>35</sup>

<sup>33</sup> RS 832.20

<sup>34</sup> RS 832.20

<sup>35</sup> Abrogés par l'annexe ch. 2 de la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5137; FF 2012 1725).

## Section 1a Compensation des risques<sup>36</sup>

### Art. 16<sup>37</sup> Principe

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

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

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

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

<sup>5</sup> Les assurés âgés de moins de 19 ans le 31 décembre de l'année concernée (enfants) sont exclus de l'effectif des assurés déterminant.<sup>38</sup>

### Art. 16a<sup>39</sup> Allègement

<sup>1</sup> Les assureurs bénéficient d'un allègement de la compensation des risques pour les assurés âgés de 19 à 25 ans le 31 décembre de l'année concernée (jeunes adultes).

<sup>2</sup> L'allègement s'élève à 50 % de la différence entre les coûts moyens des prestations payées par les assureurs pour l'ensemble des assurés adultes et ceux des prestations payées par les assureurs pour l'ensemble des jeunes adultes.

<sup>3</sup> Il est financé de manière uniforme au moyen d'une augmentation des redevances de risque et d'une diminution des contributions de compensation pour les assurés âgés de 26 ans et plus le 31 décembre de l'année concernée.

<sup>4</sup> Sont réputés adultes les jeunes adultes et les assurés qui ont plus de 26 ans le 31 décembre de l'année concernée.

### Art. 17<sup>40</sup> Éléments déterminants pour le calcul de la compensation des risques

<sup>1</sup> La structure des effectifs d'assurés dans l'année civile pour laquelle la compensation des risques a lieu (année de compensation) est déterminante pour le calcul de la compensation des risques.

<sup>36</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 mars 2014, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO 2014 3345; FF 2013 7021 7519).

<sup>37</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 mars 2014, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO 2014 3345; FF 2013 7021 7519).

<sup>38</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 17 mars 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2019 (RO 2018 1843; FF 2016 6989 7729).

<sup>39</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 17 mars 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2019 (RO 2018 1843; FF 2016 6989 7729).

<sup>40</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 mars 2014, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO 2014 3345; FF 2013 7021 7519).

<sup>2</sup> Les différences moyennes de risque en fonction de l'âge, du sexe et d'autres indicateurs de morbidité déterminés par le Conseil fédéral sont calculées sur la base des données de l'année civile précédant l'année de compensation.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral peut prévoir des exceptions en ce qui concerne les indicateurs de morbidité pour le calcul de la compensation des risques.

#### **Art. 17a<sup>41</sup>** Exécution

<sup>1</sup> L'institution commune (art. 18) procède à la compensation des risques entre les assureurs pour chaque canton.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral arrête les dispositions d'exécution concernant la compensation des risques. Ce faisant, il veille à la réduction des coûts et empêche l'accroissement de la compensation des coûts. Après avoir entendu les assureurs, il détermine les indicateurs de morbidité. Tout indicateur supplémentaire fait l'objet d'une analyse d'efficacité.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral règle:

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

## **Section 2 Institution commune**

### **Art. 18**

<sup>1</sup> Les assureurs créent une institution commune sous la forme d'une fondation. L'acte de fondation et les règlements de l'institution sont soumis à l'approbation du Département fédéral de l'intérieur (DFI)<sup>42</sup>. Le Conseil fédéral crée l'institution commune si les assureurs ne l'ont pas fait. Il édicte les prescriptions nécessaires si les assureurs ne peuvent s'entendre sur la gestion de l'institution.

<sup>2</sup> L'institution commune prend en charge les coûts afférents aux prestations légales en lieu et place des assureurs insolvables conformément à l'art. 51 LSAMa<sup>43,44</sup>

<sup>41</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 mars 2014, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO 2014 3345; FF 2013 7021 7519).

<sup>42</sup> Nouvelle expression selon le ch. I de la LF du 18 juin 2021 (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, volet 1a), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2022 (RO 2021 837; FF 2019 5765). Il n'a été tenu compte de cette mod. que dans les disp. mentionnées au RO.

<sup>43</sup> RS 832.12

<sup>44</sup> Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 2 de la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5137; FF 2012 1725).



<sup>2bis</sup> L'institution commune statue sur les demandes de dérogation à l'obligation de s'assurer déposées par des rentiers et des membres de leur famille qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège.<sup>45</sup>

<sup>2ter</sup> 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.<sup>46</sup>

<sup>2quater</sup> Elle assiste les cantons dans l'exécution de la réduction des primes prévue à l'art. 65a en faveur des assurés qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège.<sup>47</sup>

<sup>2quinquies</sup> Elle procède à la réduction des primes conformément à l'art. 66a.<sup>48</sup>

<sup>2sexies</sup> L'institution commune peut assumer, contre indemnisation, d'autres tâches d'exécution qui lui sont confiées par les cantons.<sup>49</sup>

<sup>2septies</sup> 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<sup>50,51</sup>

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

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

<sup>5</sup> Pour financer les tâches de l'institution visées aux al. 2 et 4, les assureurs doivent lui verser des contributions à la charge de l'assurance-maladie sociale. L'institution réclame ces contributions et perçoit un intérêt moratoire en cas de retard dans le paiement. Le montant des contributions et de l'intérêt moratoire est fixé par les règlements de l'institution.<sup>52</sup>

<sup>5bis</sup> La Confédération assume le financement des tâches visées aux al. 2bis à 2quinquies.<sup>53</sup>

<sup>45</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 6 oct. 2000 (RO 2002 858; FF 2000 3751). Nouvelle teneur selon le ch. I 8 de la LF du 14 déc. 2001 relative aux disp. concernant la libre circulation des personnes de l'Ac. amendant la Conv. instituant l'AELE, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 685; FF 2001 4729).

<sup>46</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 6 oct. 2000 (RO 2002 858; FF 2000 3751). Nouvelle teneur selon le ch. I 8 de la LF du 14 déc. 2001 relative aux disp. concernant la libre circulation des personnes de l'Ac. amendant la Conv. instituant l'AELE, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 685; FF 2001 4729).

<sup>47</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 6 oct. 2000 (RO 2002 858; FF 2000 3751). Nouvelle teneur selon le ch. I 8 de la LF du 14 déc. 2001 relative aux disp. concernant la libre circulation des personnes de l'Ac. amendant la Conv. instituant l'AELE, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 685; FF 2001 4729).

<sup>48</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 6 oct. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 858; FF 2000 3751).

<sup>49</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 6 oct. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 858; FF 2000 3751).

<sup>50</sup> RS 810.21

<sup>51</sup> Introduit par le ch. II 1 de la LF du 19 juin 2015, en vigueur depuis le 15 nov. 2017 (RO 2016 1163, 2017 5629; FF 2013 2057).

<sup>52</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2305; FF 1999 727).

<sup>53</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 6 oct. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 858; FF 2000 3751).

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

<sup>7</sup> L'institution commune tient des comptes distincts pour chacune de ses tâches. Elle bénéficie de l'exonération d'impôts en vertu de l'art. 80 LPGA<sup>54,55</sup>

<sup>8</sup> L'art. 85<sup>bis</sup>, al. 2 et 3, de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants<sup>56</sup> s'applique par analogie aux recours formés devant le Tribunal administratif fédéral contre les décisions de l'institution commune fondées sur les al. 2<sup>bis</sup>, 2<sup>ter</sup> et 2<sup>quinquies</sup>.<sup>57</sup>

### Section 3 Promotion de la santé

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

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

<sup>2</sup> Ils gèrent en commun et avec les cantons une institution dont le but est de stimuler, coordonner et évaluer des mesures destinées à promouvoir la santé et à prévenir les maladies. Le Conseil fédéral crée l'institution si les assureurs et les cantons ne l'ont pas fait.

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

#### Art. 20 Financement, surveillance

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

<sup>2</sup> Le DFI fixe la contribution sur proposition de l'institution. Il rend compte aux commissions compétentes des Chambres fédérales de l'utilisation de ces moyens.<sup>58</sup>

<sup>3</sup> Il surveille l'activité de l'institution.<sup>59</sup> Les budgets, les comptes et le rapport d'activité sont présentés pour approbation à l'OFSP.

<sup>54</sup> RS 830.1

<sup>55</sup> Nouvelle teneur de la phrase selon l'annexe ch. 11 de la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>56</sup> RS 831.10

<sup>57</sup> Introduit par l'annexe ch. 110 de la LF du 17 juin 2005 sur le TAF, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2007 (RO 2006 2197 1069; FF 2001 4000).

<sup>58</sup> Nouvelle teneur selon l'annexe ch. II 10 de la LF du 22 mars 2002 sur l'adaptation des disp. du droit fédéral en matière d'organisation, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> fév. 2003 (RO 2003 187; FF 2001 3657).

<sup>59</sup> Nouvelle teneur selon l'annexe ch. II 10 de la LF du 22 mars 2002 sur l'adaptation des disp. du droit fédéral en matière d'organisation, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> fév. 2003 (RO 2003 187; FF 2001 3657).

## Section 4 Transmission de données et statistiques<sup>60</sup>

### Art. 21<sup>61</sup> Données des assureurs

<sup>1</sup> Les assureurs sont tenus de transmettre régulièrement à l'office les données dont celui-ci a besoin pour accomplir les tâches que la présente loi lui assigne.

<sup>2</sup> Les données doivent être transmises sous une forme agrégée. Le Conseil fédéral peut prévoir que les données sont au surplus transmises par assuré si des données agrégées ne sont pas suffisantes pour accomplir les tâches ci-après et que les données par assuré ne peuvent pas être obtenues autrement:

- a. surveiller l'évolution des coûts par type de prestations et par fournisseur de prestations et élaborer les bases de décision pour les mesures visant à maîtriser l'évolution des coûts;
- b. effectuer une analyse des effets de la loi et de ses dispositions d'exécution et préparer les bases de décision en vue d'une révision de la loi et de ses dispositions d'exécution;
- c. évaluer la compensation des risques.

<sup>3</sup> L'office est responsable de garantir l'anonymat des assurés dans le cadre de l'exploitation des données.

<sup>4</sup> Il met les données récoltées à la disposition des fournisseurs de données, des milieux de la recherche et de la science ainsi que du public.

### Art. 21<sup>a</sup><sup>62</sup>

### Art. 22<sup>63</sup>

### Art. 22<sup>a</sup><sup>64</sup>

<sup>60</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I 1 de la LF du 19 mars 2021 sur la transmission de données des assureurs dans l'assurance obligatoire des soins, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2023 (RO 2022 731; FF 2019 5177, 5645).

<sup>61</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I 1 de la LF du 19 mars 2021 sur la transmission de données des assureurs dans l'assurance obligatoire des soins, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2023 (RO 2022 731; FF 2019 5177, 5645).

<sup>62</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 18 déc. 1998 (RO 1999 2041; FF 1998 1072 1078). Abrogé par l'annexe ch. 2 de la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5137; FF 2012 1725).

<sup>63</sup> Abrogé par l'annexe ch. 2 de la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5137; FF 2012 1725).

<sup>64</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier (RO 2008 2049; FF 2004 5207). Abrogé par l'annexe ch. 2 de la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5137; FF 2012 1725).

**Art. 23<sup>65</sup>**      Statistiques<sup>66</sup>

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

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

<sup>3</sup> Le traitement de données à des fins statistiques est régi par la loi du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale<sup>67</sup>.

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

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

<sup>2</sup> Les prestations prises en charge sont rattachées à la date ou à la période de traitement.<sup>68</sup>

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

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

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

- a.<sup>69</sup> les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par:
  1. des médecins,
  2. des chiropraticiens,
  3. des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien;
- 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;

<sup>65</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO **2008** 2049; FF **2004** 5207).

<sup>66</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I 1 de la LF du 19 mars 2021, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2023 (RO **2022** 731; FF **2019** 5177, 5645).

<sup>67</sup> RS **431.01**

<sup>68</sup> Introduit par l'annexe ch. 2 de la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO **2015** 5137; FF **2012** 1725).

<sup>69</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I 3 de la LF du 13 juin 2008 sur le nouveau régime de financement des soins, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO **2009** 3517 6847 ch. I; FF **2005** 1911).

- c. une participation aux frais des cures balnéaires prescrites par un médecin;
- d. les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin;
- e.<sup>70</sup> le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune;
- f.<sup>71</sup> ...
- fbis.<sup>72</sup> le séjour en cas d'accouchement dans une maison de naissance (art. 29);
- g. une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage;
- h.<sup>73</sup> les prestations des pharmaciens lors de la remise des médicaments prescrits conformément à la let. b.

#### **Art. 25a<sup>74</sup>** Soins en cas de maladie

<sup>1</sup> L'assurance obligatoire des soins fournit une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire, notamment dans des structures de soins de jour ou de nuit, ou dans des établissements médico-sociaux.<sup>75</sup> La rémunération des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques utilisés pour les soins est régie par l'art. 52.<sup>76</sup>

<sup>2</sup> Les soins aigus et de transition qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrits par un médecin de l'hôpital sont rémunérés par l'assurance obligatoire des soins et par le canton de résidence de l'assuré durant deux semaines au plus conformément à la réglementation du financement hospitalier (art. 49a Rémunération des prestations hospitalières). Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent de forfaits. La rémunération des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques utilisés pour les soins aigus et de transition est régie par l'art. 52.<sup>77</sup>

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

<sup>4</sup> Le Conseil fédéral fixe le montant des contributions en francs en fonction du besoin en soins. Le coût des soins fournis avec la qualité requise et de manière efficace et

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

<sup>71</sup> Abrogée par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO **2008** 2049; FF **2004** 5207).

<sup>72</sup> Introduite par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO **2008** 2049; FF **2004** 5207).

<sup>73</sup> Introduite par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO **2000** 2305; FF **1999** 727).

<sup>74</sup> Introduit par le ch. I 3 de la LF du 13 juin 2008 sur le nouveau régime de financement des soins, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO **2009** 3517 6847 ch. I; FF **2005** 1911).

<sup>75</sup> Voir aussi les disp. trans. de la mod. du 13 juin 2008 à la fin du texte (RO **2009** 3517 6847 ch. I; FF **2005** 1911).

<sup>76</sup> Phrase introduite par le ch. I de la LF du 18 déc. 2020 (Rémunération du matériel de soins), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> oct. 2021 (RO **2021** 345; FF **2020** 4695). Voir aussi la disp. trans. de la mod. du 18 déc. 2020 à la fin du texte.

<sup>77</sup> Phrase introduite par le ch. I de la LF du 18 déc. 2020 (Rémunération du matériel de soins), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> oct. 2021 (RO **2021** 345; FF **2020** 4695). Voir aussi la disp. trans. de la mod. du 18 déc. 2020 à la fin du texte.

avantageuse en fonction du besoin est déterminant. Les soins sont soumis à un contrôle de qualité. Le Conseil fédéral fixe les modalités.

<sup>5</sup> Les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur l'assuré<sup>78</sup> 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.<sup>79</sup>

#### **Art. 26** Mesures de prévention

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

#### **Art. 27**<sup>80</sup> Infirmité congénitale

En cas d'infirmité congénitale (art. 3, al. 2, LPGA<sup>81</sup>) non couverte par l'assurance-invalidité, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie.

#### **Art. 28** Accident

En cas d'accident au sens de l'art. 1, al. 2, let. b,<sup>82</sup> l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie.

#### **Art. 29** Maternité

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

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

<sup>78</sup> Nouvelle expression selon le ch. I de la LF du 18 déc. 2020 (Rémunération du matériel de soins), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> oct. 2021 (RO 2021 345; FF 2020 4695).

<sup>79</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 29 sept. 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2019 (RO 2018 2989; FF 2016 3779 4383).

<sup>80</sup> Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 11 de la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>81</sup> RS 830.1

<sup>82</sup> Actuellement: art. 1a al. 2 let. b.

- a. les examens de contrôle, effectués par un médecin ou une sage-femme ou prescrits par un médecin, pendant et après la grossesse;
- b.<sup>83</sup> l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une maison de naissance ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme;
- c. les conseils nécessaires en cas d'allaitement;
- d.<sup>84</sup> les soins accordés au nouveau-né en bonne santé et son séjour, tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère.

**Art. 30<sup>85</sup>** Interruption de grossesse non punissable

En cas d'interruption de grossesse non punissable au sens de l'art. 119 du code pénal<sup>86</sup>, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations que pour la maladie.

**Art. 31** Soins dentaires

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

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

<sup>2</sup> Elle prend aussi en charge les coûts du traitement de lésions du système de la mastication causées par un accident selon l'art. 1, al. 2, let. b<sup>87</sup>.

## Section 2 Conditions et étendue de la prise en charge des coûts

**Art. 32** Conditions

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

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

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

<sup>84</sup> Introduite par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2305; FF 1999 727).

<sup>85</sup> Nouvelle teneur selon le ch. II de la LF du 23 mars 2001, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> oct. 2002 (RO 2002 2989; FF 1998 2629 4734).

<sup>86</sup> RS 311.0

<sup>87</sup> Actuellement: art. 1a al. 2 let. b.

**Art. 33** Désignation des prestations

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

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

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

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

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

**Art. 34** Étendue

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

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral peut prévoir la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins des coûts suivants:

- a. les coûts des prestations visées aux art. 25, al. 2, et 29 qui sont fournies à l'étranger, pour des raisons médicales ou dans le cadre de la coopération transfrontalière, à des assurés qui résident en Suisse;
- b. les coûts d'accouchements à l'étranger pour des raisons autres que médicales.<sup>88</sup>

<sup>3</sup> Il peut limiter la prise en charge des coûts visés à l'al. 2.<sup>89</sup>

**Chapitre 4 Fournisseurs de prestations****Section 1 Admission****Art. 35** Types de fournisseurs de prestations<sup>90</sup>

<sup>1</sup> ...<sup>91</sup>

<sup>2</sup> Les fournisseurs de prestations sont:<sup>92</sup>

<sup>88</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2018 (RO 2017 6717; FF 2016 1).

<sup>89</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2018 (RO 2017 6717; FF 2016 1).

<sup>90</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 19 juin 2020 (Admission des fournisseurs de prestations), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2022 (RO 2021 413; FF 2018 3263).

<sup>91</sup> Abrogé par le ch. I de la LF du 19 juin 2020 (Admission des fournisseurs de prestations), avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2022 (RO 2021 413; FF 2018 3263).

<sup>92</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 19 juin 2020 (Admission des fournisseurs de prestations), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2022 (RO 2021 413; FF 2018 3263).



- a. les médecins;
- b. les pharmaciens;
- c. les chiropraticiens;
- d. les sages-femmes;
- e. les personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical ainsi que les organisations qui les emploient;
- f. les laboratoires;
- g. les centres de remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques;
- h. les hôpitaux;
- i.<sup>93</sup> les maisons de naissance;
- k. les établissements médico-sociaux;
- l. les établissements de cure balnéaire;
- m.<sup>94</sup> les entreprises de transport et de sauvetage;
- n.<sup>95</sup> les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins.

**Art. 36<sup>96</sup>** 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. 36a<sup>97</sup>** Médecins et autres fournisseurs de prestations: conditions

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>93</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

<sup>94</sup> Introduite par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2305; FF 1999 727).

<sup>95</sup> Introduite par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2305; FF 1999 727).

<sup>96</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 19 juin 2020 (Admission des fournisseurs de prestations), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2022 (RO 2021 413; FF 2018 3263). Voir aussi les disp. trans. de cette mod. à la fin du texte.

<sup>97</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 2000 (RO 2000 2305; FF 1999 727). Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 19 juin 2020 (Admission des fournisseurs de prestations), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2022 (RO 2021 413; FF 2018 3263).

**Art. 37<sup>98</sup>** Médecins: conditions particulières

<sup>1</sup> Les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a, doivent avoir travaillé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade, dans le domaine de spécialité faisant l'objet de la demande d'admission. Ils disposent des compétences linguistiques nécessaires dans la région dans laquelle ils exercent, compétences sanctionnées par un test de langue passé en Suisse. Ce test n'est pas nécessaire pour les médecins qui sont titulaires d'un des diplômes suivants:

- a. maturité gymnasiale suisse dont l'une des disciplines fondamentales est la langue officielle de la région dans laquelle ils exercent;
- b. diplôme fédéral de médecine obtenu dans la langue officielle de la région dans laquelle ils exercent;
- c. diplôme étranger reconnu en vertu de l'art. 15 de la loi du 23 juin 2006 sur les professions médicales<sup>99</sup> obtenu dans la langue officielle de la région dans laquelle ils exercent.

<sup>1bis</sup> Les cantons peuvent exempter les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a, titulaires d'un des titres postgrades fédéraux suivants ou d'un titre étranger reconnu équivalent (art. 21 de la loi du 23 juin 2006 sur les professions médicales) de l'exigence d'avoir travaillé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade si l'offre de soins est insuffisante sur leur territoire dans les domaines concernés:

- a. médecine interne générale comme seul titre postgrade;
- b. médecin praticien comme seul titre postgrade;
- c. pédiatrie;
- d. psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents.<sup>100</sup>

<sup>2</sup> Les institutions visées à l'art. 35, al. 2, let. n, ne sont admises que si les médecins qui y pratiquent remplissent les conditions prévues aux al. 1 et 1<sup>bis</sup>.<sup>101</sup>

<sup>3</sup> Les fournisseurs de prestations visés aux al. 1, 1<sup>bis</sup> et 2 doivent s'affilier à une communauté ou à une communauté de référence certifiée au sens de l'art. 11, let. a, de la loi fédérale du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient<sup>102, 103</sup>

<sup>98</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 19 juin 2020 (Admission des fournisseurs de prestations), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2022 (RO **2021** 413; FF **2018** 3263).

<sup>99</sup> RS **811.11**

<sup>100</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 17 mars 2023 (Exceptions à l'obligation d'avoir exercé pendant trois ans), en vigueur du 18 mars 2023 au 31 déc. 2027 (RO **2023** 134; FF **2022** 3125; **2023** 343).

<sup>101</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 17 mars 2023 (Exceptions à l'obligation d'avoir exercé pendant trois ans), en vigueur du 18 mars 2023 au 31 déc. 2027 (RO **2023** 134; FF **2022** 3125; **2023** 343).

<sup>102</sup> RS **816.1**

<sup>103</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 17 mars 2023 (Exceptions à l'obligation d'avoir exercé pendant trois ans), en vigueur du 18 mars 2023 au 31 déc. 2027 (RO **2023** 134; FF **2022** 3125; **2023** 343).

**Art. 38**<sup>104</sup> Médecins et autres fournisseurs de prestations: surveillance

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

**Art. 39** Hôpitaux et autres institutions

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

- a. garantissent une assistance médicale suffisante;
- b. disposent du personnel qualifié nécessaire;
- c. disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments;
- d. correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate;
- e. figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats;
- f.<sup>105</sup> s'affilient à une communauté ou à une communauté de référence certifiées au sens de l'art. 11, let. a, de la loi fédérale du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient<sup>106</sup>.

<sup>104</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 19 juin 2020 (Admission des fournisseurs de prestations), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2022 (RO 2021 413; FF 2018 3263).

<sup>105</sup> Introduite par l'art. 25 de la LF du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient, en vigueur depuis le 15 avr. 2017 (RO 2017 2201; FF 2013 4747). Voir aussi des disp. trans. de cette mod. à la fin du texte.

<sup>106</sup> RS 816.1

<sup>2</sup> Les cantons coordonnent leurs planifications.<sup>107</sup>

<sup>2bis</sup> Dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse. Si les cantons n'effectuent pas cette tâche à temps, le Conseil fédéral détermine quels hôpitaux figurent pour quelles prestations sur les listes cantonales.<sup>108</sup>

<sup>2ter</sup> Le Conseil fédéral édicte des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique. Il consulte au préalable les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs.<sup>109</sup>

<sup>3</sup> Les conditions fixées à l'al. 1 s'appliquent par analogie aux maisons de naissance, aux établissements, aux institutions et aux divisions d'établissements ou d'institutions qui prodiguent des soins, une assistance médicale et des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médico-sociaux).<sup>110</sup>

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

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

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

## **Section 2**

### **Choix du fournisseur de prestations, prise en charge des coûts et obligation d'admission faite aux hôpitaux répertoriés<sup>111</sup>**

#### **Art. 41** Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des coûts<sup>112</sup>

<sup>1</sup> En cas de traitement ambulatoire, l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. L'assureur prend en charge les coûts selon le tarif applicable au fournisseur de prestations choisi par l'assuré.<sup>113 114</sup>

<sup>107</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

<sup>108</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

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

<sup>110</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

<sup>111</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2018 (RO 2017 6717; FF 2016 1).

<sup>112</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2018 (RO 2017 6717; FF 2016 1).

<sup>113</sup> Nouvelle teneur de la phrase selon le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2018 (RO 2017 6717; FF 2016 1).

<sup>114</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

<sup>1bis</sup> En cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence.<sup>115</sup>

<sup>1ter</sup> L'al. 1<sup>bis</sup> s'applique par analogie aux maisons de naissance.<sup>116</sup>

<sup>2</sup> 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.<sup>117</sup>

<sup>2bis</sup> 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;
- c. les personnes qui perçoivent une prestation de l'assurance-chômage suisse et les membres de leur famille.<sup>118</sup>

<sup>2ter</sup> Si des assurés qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège et qui touchent une rente suisse ou des membres de leur famille se soumettent à un traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur 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.<sup>119</sup>

<sup>3</sup> Si, pour des raisons médicales, l'assuré se soumet à un traitement hospitalier fourni par un hôpital non répertorié du canton de résidence, l'assureur et le canton de résidence prennent à leur charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a. À l'exception du cas d'urgence, une autorisation du canton de résidence est nécessaire.<sup>120</sup>

<sup>115</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207). Voir aussi les disp. fin. de cette mod. à la fin du texte.

<sup>116</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

<sup>117</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2018 (RO 2017 6717; FF 2016 1).

<sup>118</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2019 (RO 2017 6717; FF 2016 1).

<sup>119</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2019 (RO 2017 6717; FF 2016 1).

<sup>120</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

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

- a. au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs, s'il s'agit d'un traitement ambulatoire;
- b. dans un hôpital répertorié du canton de résidence de l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier.<sup>121</sup>

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

**Art. 41a**<sup>122</sup> Obligation d'admission faite aux hôpitaux répertoriés<sup>123</sup>

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

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

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

### Section 3 Débiteur de la rémunération; facturation

**Art. 42** Principe<sup>124</sup>

<sup>1</sup> Sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré a, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant). En dérogation à l'art. 22, al. 1, LPGA<sup>125</sup>, ce droit peut être cédé au fournisseur de prestations.<sup>126</sup>

<sup>121</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

<sup>122</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

<sup>123</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2018 (RO 2017 6717; FF 2016 1).

<sup>124</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 8 oct. 2004 (Stratégie globale, compensation des risques), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2005 (RO 2005 1071; FF 2004 4019).

<sup>125</sup> RS 830.1

<sup>126</sup> Phrase introduite par l'annexe ch. 11 de la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>2</sup> Assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant). En cas de traitement hospitalier, l'assureur, en dérogation à l'al. 1, est le débiteur de sa part de rémunération.<sup>127</sup>

<sup>3</sup> Le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Dans le système du tiers payant, 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.<sup>128</sup> 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.<sup>129 130</sup>

<sup>3bis</sup> Les fournisseurs de prestations doivent faire figurer dans la facture au sens de l'al. 3 les diagnostics et les procédures sous forme codée, conformément aux classifications contenues dans l'édition suisse correspondante publiée par le département compétent. Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur la collecte, le traitement et la transmission des données, dans le respect du principe de la proportionnalité.<sup>131</sup>

<sup>4</sup> L'assureur peut exiger des renseignements supplémentaires d'ordre médical.<sup>132</sup>

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

<sup>6</sup> En dérogation à l'art. 29, al. 2, LPGA, aucune formule n'est nécessaire pour faire valoir le droit aux prestations.<sup>133</sup>

<sup>127</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

<sup>128</sup> Nouvelle teneur de la 3<sup>ème</sup> à la 5<sup>ème</sup> phrases selon le ch. I de la LF du 18 juin 2021 (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, volet 1a), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2022 (RO 2021 837; FF 2019 5765).

<sup>129</sup> 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> phrases introduites par le ch. I de la LF du 18 juin 2021 (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, volet 1a), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2022 (RO 2021 837; FF 2019 5765).

<sup>130</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

<sup>131</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 23 déc. 2011, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2013 (RO 2012 4085; FF 2011 6793 6801).

<sup>132</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 23 déc. 2011, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2013 (RO 2012 4085; FF 2011 6793 6801).

<sup>133</sup> Introduit par l'annexe ch. 11 de la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

**Art. 42a**<sup>134</sup> Carte d'assuré

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral peut décider qu'une carte d'assuré portant un numéro d'identification attribué par la Confédération soit remise à chaque assuré pour la durée de son assujettissement à l'assurance obligatoire des soins. La carte contient le nom de l'assuré et le numéro AVS<sup>135, 136</sup>

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

<sup>2bis</sup> 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<sup>137, 138</sup>

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

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

**Section 4 Tarifs et prix****Art. 43** Principe

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

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

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

<sup>134</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 8 oct. 2004 (Stratégie globale, compensation des risques), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2005 (RO **2005** 1071; FF **2004** 4019).

<sup>135</sup> Nouvelle expression selon l'annexe ch. 31 de la LF du 18 déc. 2020 (Utilisation systématique du numéro AVS par les autorisés), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2022 (RO **2021** 758; FF **2019** 6955). Il n'a été tenu compte de cette mod. que dans les disp. mentionnées au RO.

<sup>136</sup> Nouvelle teneur de la phrase selon l'annexe ch. 11 de la LF du 23 juin 2006 (Nouveau numéro d'assuré AVS), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> déc. 2007; RO **2007** 5259; FF **2006** 515).

<sup>137</sup> RS **816.1**

<sup>138</sup> Introduit par l'art. 25 de la LF du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient, en vigueur depuis le 15 avr. 2017 (RO **2017** 2201; FF **2013** 4747).



de l'infrastructure, de la formation de base, de la formation postgrade<sup>139</sup> ou de la formation continue nécessaires (exclusion tarifaire).

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

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

<sup>4bis</sup> Les tarifs et les prix sont déterminés en fonction de la rémunération des fournisseurs de prestations qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse.<sup>140</sup>

<sup>5</sup> Les tarifs à la prestation et les tarifs des forfaits par patient liés aux traitements ambulatoires doivent chacun se fonder sur une seule structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse.<sup>141</sup> Si les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une structure tarifaire uniforme, le Conseil fédéral la fixe.

<sup>5bis</sup> Le Conseil fédéral peut procéder à des adaptations de la structure tarifaire si celle-ci s'avère inappropriée et que les parties ne peuvent s'entendre sur une révision de la structure.<sup>142</sup>

<sup>5ter</sup> S'il existe, dans un domaine, une structure tarifaire approuvée ou fixée par le Conseil fédéral pour les tarifs forfaitaires par patient liés aux traitements ambulatoires, celle-ci doit être appliquée par tous les fournisseurs de prestations pour les traitements correspondants.<sup>143</sup>

<sup>5quater</sup> Les partenaires tarifaires peuvent convenir, pour certains traitements ambulatoires, de tarifs des forfaits par patient applicables au niveau régional qui ne reposent pas sur une structure tarifaire uniforme sur le plan suisse, notamment, lorsque les circonstances régionales l'exigent. Les structures tarifaires uniformes sur le plan suisse au sens de l'al. 5 priment.<sup>144</sup>

<sup>139</sup> Nouvelle expression selon le ch. I de la LF du 19 juin 2020 (Admission des fournisseurs de prestations), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2022 (RO 2021 413; FF 2018 3263).

<sup>140</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 juin 2019 (Renforcement de la qualité et de l'économicité), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avr. 2021 (RO 2021 151; FF 2016 217).

<sup>141</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 18 juin 2021 (Mesure visant à freiner la hausse des coûts, volet 1a), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2023 (RO 2021 837; 2022 808; FF 2019 5765).

<sup>142</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 23 déc. 2011, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2013 (RO 2012 4085; FF 2011 6793 6801).

<sup>143</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 18 juin 2021 (Mesure visant à freiner la hausse des coûts, volet 1a), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2023 (RO 2021 837; 2022 808; FF 2019 5765).

<sup>144</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 18 juin 2021 (Mesure visant à freiner la hausse des coûts, volet 1a), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2023 (RO 2021 837; 2022 808; FF 2019 5765).

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

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

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

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

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

#### **Art. 45** Garantie du traitement

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

#### **Art. 46** Convention tarifaire

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

<sup>1bis</sup> Les parties à une convention tarifaire peuvent aussi être des cantons pour les mesures de prévention au sens de l'art. 26 exécutées dans le cadre de programmes organisés au niveau national ou cantonal au sens de l'art. 64, al. 6, let. d.<sup>145</sup>

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

<sup>145</sup> Introduit par l'art. 86 ch. 3 de la L sur les épidémies du 28 sept. 2012, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 1435; FF 2011 291).

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

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

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

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

#### **Art. 47** Absence de convention tarifaire

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

<sup>2</sup> S'il n'existe aucune convention tarifaire pour le traitement ambulatoire d'un assuré hors de son lieu de résidence, de son lieu de travail ou des environs ou encore pour le traitement hospitalier d'un assuré hors de son canton de résidence, le gouvernement du canton où le fournisseur de prestations est installé à titre permanent fixe le tarif.<sup>146</sup>

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

#### **Art. 47a**<sup>147</sup> Organisation chargée des structures tarifaires pour les traitements ambulatoires

<sup>1</sup> Les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs instituent une organisation chargée de l'élaboration, du développement, de l'adaptation et de la maintenance des structures tarifaires pour les traitements médicaux ambulatoires. Les fédérations impliquées y sont représentées paritairement.

<sup>146</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

<sup>147</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 18 juin 2021 (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, volet 1a), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2022 (RO 2021 837; FF 2019 5765). Voir aussi la disp. trans. de cette mod. à la fin du texte.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral peut étendre l'obligation d'instituer une organisation aux fédérations compétentes pour des structures tarifaires qui s'appliquent à d'autres traitements ambulatoires.

<sup>3</sup> Si l'organisation fait défaut ou si elle ne satisfait pas aux exigences légales, il l'institue pour les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs.

<sup>4</sup> Si les fédérations de fournisseurs de prestations et celles des assureurs ne parviennent pas à s'entendre sur des principes concernant la forme, le fonctionnement et le financement de l'organisation, le Conseil fédéral fixe ces principes, après avoir consulté les organisations intéressées.

<sup>5</sup> Les fournisseurs de prestations et les assureurs sont tenus de communiquer gratuitement à l'organisation les données nécessaires à l'élaboration, au développement, à l'adaptation et à la maintenance des structures tarifaires pour les traitements ambulatoires.

<sup>6</sup> En cas de manquement à l'obligation de communiquer les données prévue à l'al. 5, le DFI, sur proposition de l'organisation, peut prononcer des sanctions à l'encontre des fournisseurs de prestations concernés. Les sanctions sont les suivantes:

- a. l'avertissement;
- b. une amende de 20 000 francs au plus.

<sup>7</sup> Les structures tarifaires élaborées par l'organisation et leurs adaptations sont soumises par les partenaires tarifaires au Conseil fédéral pour approbation.

**Art. 47b<sup>148</sup>** Communication de données dans le domaine  
des tarifs pour les traitements ambulatoires

<sup>1</sup> Les fournisseurs de prestations, les assureurs et leurs fédérations respectives ainsi que l'organisation visée à l'art. 47a sont tenus de communiquer gratuitement au Conseil fédéral ou au gouvernement cantonal compétent, sur demande, les données nécessaires à l'exercice des tâches visées aux art. 43, al. 5 et 5<sup>bis</sup>, 46, al. 4, et 47. Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur le traitement des données, dans le respect du principe de proportionnalité.

<sup>2</sup> En cas de manquement à l'obligation de communiquer les données prévue à l'al. 1, le DFI ou le gouvernement cantonal compétent peut prononcer des sanctions à l'encontre des fournisseurs de prestations, des assureurs et des fédérations concernés ainsi qu'à l'encontre de l'organisation visée à l'art. 47a. Les sanctions sont les suivantes:

- a. l'avertissement;
- b. une amende de 20 000 francs au plus.

<sup>148</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 18 juin 2021 (Mesure visant à freiner la hausse des coûts, volet 1a), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2023 (RO 2021 837; 2022 808; FF 2019 5765).

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

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

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

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

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

**Art. 49**<sup>149</sup> Conventions tarifaires avec les hôpitaux

<sup>1</sup> Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour et les soins à l'hôpital (art. 39, al. 1) ou dans une maison de naissance (art. 29), les parties à une convention conviennent de forfaits.<sup>150</sup> En règle générale, il s'agit de forfaits par cas. Les forfaits sont liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les partenaires à une convention peuvent convenir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne sont pas comprises dans le forfait mais facturées séparément. Les tarifs hospitaliers sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse.

<sup>2</sup> Les partenaires tarifaires instituent, conjointement avec les cantons, une organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures. Pour financer ces activités, une contribution couvrant les coûts peut être prélevée par cas facturé. Les hôpitaux doivent à cet effet livrer à l'organisation les données nécessaires sur les coûts et les prestations. Si une telle organisation fait défaut, le Conseil fédéral l'institue de manière contraignante pour les partenaires tarifaires. Les structures élaborées par l'organisation et leurs adaptations sont soumises par les partenaires tarifaires au Conseil fédéral pour approbation. Si les partenaires ne peuvent s'entendre sur les structures, le Conseil fédéral les fixe.<sup>151</sup>

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

- a. le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale;

<sup>149</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207). Voir aussi les disp. fin. de cette mod. à la fin du texte.

<sup>150</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I 3 de la LF du 13 juin 2008 sur le nouveau régime de financement des soins, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO 2009 3517 6847 ch. I; FF 2005 1911).

<sup>151</sup> Voir aussi l'al. 1 des disp. fin. de la mod. 22 oct. 2008 de l'O sur l'assurance-maladie (RS 832.102).

b. la recherche et la formation universitaire.

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

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

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

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

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

#### **Art. 49a**<sup>152</sup> Rémunération des prestations hospitalières

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

<sup>2</sup> Les cantons prennent en charge la part cantonale:

- a. des assurés qui résident sur leur territoire;
- b. des assurés qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège et qui sont hospitalisés en Suisse, s'ils appartiennent aux catégories suivantes:
  1. les frontaliers et les membres de leur famille,
  2. les membres de la famille des personnes qui sont titulaires d'une autorisation d'établissement, d'une autorisation de séjour ou d'une autorisation de séjour de courte durée en Suisse,
  3. les personnes qui perçoivent une prestation de l'assurance-chômage suisse et les membres de leur famille.<sup>153</sup>

<sup>152</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207). Voir aussi les disp. fin. de cette mod. à la fin du texte.

<sup>153</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2019 (RO 2017 6717; FF 2016 1).

<sup>2bis</sup> Le canton qui prend en charge la part cantonale pour les assurés visés à l'al. 2, let. b, est considéré comme le canton de résidence au sens de la présente loi.<sup>154</sup>

<sup>2ter</sup> Chaque canton fixe pour chaque année civile, au plus tard neuf mois avant le début de de celle-ci, la part cantonale qu'il prend en charge. Celle-ci doit s'élever à 55 % au moins.<sup>155</sup>

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

<sup>3bis</sup> En cas de traitement hospitalier en Suisse suivi par des assurés qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège et qui touchent une rente suisse ou par des membres de leur famille, les cantons assument collectivement la prise en charge de la part cantonale fixée par le canton où se situe l'hôpital. Le montant dû à ce titre par chacun des cantons est réparti entre eux proportionnellement à leur population résidante.<sup>156</sup>

<sup>4</sup> Les assureurs peuvent conclure avec les hôpitaux ou les maisons de naissance non répertoriés au sens de l'art. 39, mais qui remplissent les conditions fixées aux art. 38 et 39, al. 1, let. a à c et f, des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'assurance obligatoire des soins.<sup>157</sup> Cette rémunération ne peut être plus élevée que la part visée à l'al. 2.

#### **Art. 50<sup>158</sup>** Prise en charge des coûts dans les établissements médico-sociaux

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

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

<sup>1</sup> Le canton peut fixer, en tant qu'instrument de gestion des finances, un montant global pour le financement des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux. La répartition des coûts selon l'art. 49a est réservée.<sup>159</sup>

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

<sup>154</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2019 (RO 2017 6717; FF 2016 1).

<sup>155</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2019 (RO 2017 6717; FF 2016 1).

<sup>156</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2019 (RO 2017 6717; FF 2016 1).

<sup>157</sup> Nouvelle teneur selon l'art. 25 de la LF du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient, en vigueur depuis le 15 avr. 2017 (RO 2017 2201; FF 2013 4747). Voir aussi des disp. trans. de cette mod. à la fin du texte.

<sup>158</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I 3 de la LF du 13 juin 2008 sur le nouveau régime de financement des soins, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO 2009 3517 6847 ch. I; FF 2005 1911).

<sup>159</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

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

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

- a. le 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.<sup>160</sup> 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). Celle-ci doit également comprendre les génériques meilleur marché qui sont interchangeables avec les préparations originales.

<sup>2</sup> Pour les infirmités congénitales (art. 3, al. 2, LPGA<sup>161</sup>), les coûts des médicaments inclus dans le catalogue des prestations de l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 14<sup>ter</sup>, al. 5, de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité<sup>162</sup> sont également pris en charge aux prix maximaux fixés sur la base de cette disposition.<sup>163</sup>

<sup>3</sup> Les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques peuvent être facturés au plus d'après les tarifs, prix et taux de rémunération au sens de l'al. 1. Le DFI désigne les analyses effectuées dans le laboratoire du cabinet médical pour lesquelles le tarif peut être fixé conformément aux art. 46 et 48.<sup>164</sup> 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.<sup>165</sup>

**Art. 52a**<sup>166</sup> Droit de substitution

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

<sup>160</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 18 déc. 2020 (Rémunération du matériel de soins), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> oct. 2021 (RO 2021 345; FF 2020 4695). Voir aussi la disp. trans. de la mod. du 18 déc. 2020 à la fin du texte.

<sup>161</sup> RS 830.1

<sup>162</sup> RS 831.20

<sup>163</sup> Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 4 de la LF du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2022 (RO 2021 705; FF 2017 2363).

<sup>164</sup> Nouvelle teneur de la phrase selon le ch. I de la LF du 18 déc. 2020 (Rémunération du matériel de soins), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> oct. 2021 (RO 2021 345; FF 2020 4695).

<sup>165</sup> Phrase introduite par le ch. I de la LF du 18 déc. 2020 (Rémunération du matériel de soins), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> oct. 2021 (RO 2021 345; FF 2020 4695).

<sup>166</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2305; FF 1999 727).



**Art. 53**<sup>167</sup> Recours au Tribunal administratif fédéral

<sup>1</sup> 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.<sup>168</sup>

<sup>2</sup> La procédure de recours est régie par la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral<sup>169</sup> et la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA)<sup>170</sup>. Les exceptions suivantes sont réservées:

- a. les preuves et faits nouveaux ne peuvent être présentés que s'ils résultent de l'acte attaqué; toute conclusion nouvelle est irrecevable;
- b. les art. 22a et 53 PA ne sont pas applicables;
- c. le délai fixé par le Tribunal administratif fédéral pour le dépôt d'une réponse est de 30 jours au plus; il ne peut être prolongé;
- d. un échange ultérieur d'écritures au sens de l'art. 57, al. 2, PA n'a lieu qu'exceptionnellement;
- e. le grief de l'inopportunité ne peut être invoqué comme motif de recours contre les décisions au sens de l'art. 39.

**Section 5 Mesures extraordinaires de maîtrise des coûts****Art. 54** Établissement d'un budget global par les autorités d'approbation

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

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

**Art. 55** Établissement des tarifs par les autorités d'approbation

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

<sup>167</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

<sup>168</sup> Nouvelle teneur selon le ch. IV de la LF du 18 juin 2021 (Mesure visant à freiner la hausse des coûts, volet 1a), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2023 (RO 2021 837; 2022 808; FF 2019 5765).

<sup>169</sup> RS 173.32

<sup>170</sup> RS 172.021

<sup>2</sup> Ces autorités sont:

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

**Art. 55a<sup>171</sup>** Limitation du nombre de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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;
- 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

<sup>171</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 2000 (RO 2000 2305 2311; FF 1999 727). Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 19 juin 2020 (Admission des fournisseurs de prestations), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2021 (RO 2021 413; FF 2018 3263).

nombre maximum, s'ils poursuivent leur activité dans le domaine ambulatoire du même hôpital ou dans la même institution.

<sup>6</sup> 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.

## Section 6 Contrôle du caractère économique et de la qualité des prestations

### Art. 56 Caractère économique des prestations

<sup>1</sup> Le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement.

<sup>2</sup> La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée. Le fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes reçues à tort au sens de la présente loi. Ont qualité pour demander la restitution:

- a. l'assuré ou, conformément à l'art. 89, al. 3, l'assureur dans le système du tiers garant (art. 42, al. 1);
- b. l'assureur dans le système du tiers payant (art. 42, al. 2).

<sup>3</sup> Le fournisseur de prestations doit répercuter sur le débiteur de la rémunération les avantages directs ou indirects qu'il perçoit:

- a. d'un autre fournisseur de prestations agissant sur son mandat;
- b. de personnes ou d'institutions qui fournissent des médicaments ou des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques.

<sup>3bis</sup> 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.<sup>172</sup>

<sup>4</sup> Si le fournisseur de prestations ne répercuté pas cet avantage, l'assuré ou l'assureur peut en exiger la restitution.

<sup>5</sup> Les fournisseurs de prestations et les assureurs prévoient dans les conventions tarifaires des mesures destinées à garantir le caractère économique des prestations. Ils veillent en particulier à éviter une répétition inutile d'actes diagnostiques lorsqu'un assuré consulte plusieurs fournisseurs de prestations.

<sup>172</sup> Introduit par l'annexe ch. 4 de la LF du 18 mars 2016, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2020 (RO 2017 2745, 2019 1393; FF 2013 1).

<sup>6</sup> Les fournisseurs de prestations et les assureurs conviennent d'une méthode visant à contrôler le caractère économique des prestations.<sup>173</sup>

#### Art. 57 Médecins-conseils

<sup>1</sup> Après avoir consulté les sociétés médicales cantonales, les assureurs ou leurs fédérations désignent des médecins-conseils. Ceux-ci doivent satisfaire aux conditions d'admission prévues aux art. 36a et 37, al. 1, et avoir pratiqué dans un cabinet médical ou exercé une fonction dirigeante dans un hôpital pendant cinq ans au moins.<sup>174</sup>

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

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

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

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

<sup>6</sup> Les fournisseurs de prestations doivent donner aux médecins-conseils les indications dont ils ont besoin pour remplir leurs tâches selon l'al. 4. S'il n'est pas possible d'obtenir ces informations par un autre moyen, le médecin-conseil peut examiner lui-même l'assuré; il doit en informer préalablement le médecin traitant et lui communiquer le résultat de l'examen. Si les circonstances le justifient, l'assuré peut toutefois exiger que l'examen soit effectué par un médecin autre que le médecin-conseil. Lorsque l'assuré et l'assureur ne peuvent s'entendre, le tribunal arbitral au sens de l'art. 89 tranche, en dérogation à l'art. 58, al. 1, LPGA<sup>175,176</sup>

<sup>7</sup> Les médecins-conseils ne transmettent aux organes compétents des assureurs que les indications dont ceux-ci ont besoin pour décider de la prise en charge d'une prestation, pour fixer la rémunération, pour calculer la compensation des risques ou pour motiver une décision. Ce faisant, ils respectent les droits de la personnalité des assurés.<sup>177</sup>

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

<sup>173</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 23 déc. 2011, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2013 (RO 2012 4087; FF 2011 2359). Voir aussi la disp. trans. de cette mod. à la fin du texte.

<sup>174</sup> Nouvelle teneur de la phrase selon le ch. I de la LF du 19 juin 2020 (Admission des fournisseurs de prestations), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2022 (RO 2021 413; FF 2018 3263).

<sup>175</sup> RS 830.1

<sup>176</sup> Nouvelle teneur de la phrase selon l'annexe ch. 11 de la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>177</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Compensation des risques), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO 2009 4755; FF 2004 5207).

**Art. 58**<sup>178</sup> Développement de la qualité

Le Conseil fédéral fixe tous les quatre ans les objectifs en matière de garantie et d'encouragement de la qualité des prestations (développement de la qualité), après consultation des organisations intéressées. Il peut les adapter en cours de période si les bases qui ont servi à les fixer ont considérablement changé.

**Art. 58a**<sup>179</sup> Mesures de développement de la qualité incombant aux fournisseurs de prestations et aux assureurs

<sup>1</sup> Les fédérations des fournisseurs de prestations et des assureurs concluent des conventions relatives au développement de la qualité (conventions de qualité) valables pour l'ensemble du territoire suisse.

<sup>2</sup> Les conventions de qualité règlent au moins les points suivants:

- a. la mesure de la qualité;
- b. les mesures de développement de la qualité;
- c. la collaboration entre partenaires conventionnels pour la définition de mesures d'amélioration;
- d. le contrôle du respect des mesures d'amélioration;
- e. la publication de la mesure de la qualité et des mesures d'amélioration;
- f. les sanctions en cas de violation de la convention;
- g. la présentation d'un rapport annuel sur l'état du développement de la qualité établi à l'intention de la Commission fédérale pour la qualité et du Conseil fédéral.

<sup>3</sup> Les règles de développement de la qualité sont déterminées en fonction des fournisseurs de prestations qui fournissent la prestation obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse.

<sup>4</sup> Les conventions de qualité sont soumises à l'approbation du Conseil fédéral.

<sup>5</sup> Si les fédérations des fournisseurs de prestations et des assureurs ne peuvent s'entendre sur une convention de qualité, le Conseil fédéral fixe les règles pour les domaines prévus à l'al. 2, let. a à e et g.

<sup>6</sup> Les fournisseurs de prestations sont tenus de respecter les règles de développement de la qualité fixées par convention.

<sup>7</sup> Le respect des règles du développement de la qualité est une des conditions pour pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

<sup>178</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 juin 2019 (Renforcement de la qualité et de l'économicité), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avr. 2021 (RO 2021 151; FF 2016 217).

<sup>179</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 juin 2019 (Renforcement de la qualité et de l'économicité), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avr. 2021 (RO 2021 151; FF 2016 217).

**Art. 58b**<sup>180</sup> Commission fédérale pour la qualité

<sup>1</sup> Afin de réaliser ses objectifs en matière de développement de la qualité, le Conseil fédéral institue une commission (Commission fédérale pour la qualité) et en nomme les membres.

<sup>2</sup> Il veille à une représentation équitable des cantons, des fournisseurs de prestations, des assureurs, des assurés, des associations de patients et des spécialistes.

<sup>3</sup> La Commission fédérale pour la qualité édicte un règlement interne. Elle y règle notamment son organisation et sa procédure de décision. Le règlement interne est soumis à l'approbation du département.

<sup>4</sup> La Commission fédérale pour la qualité édicte un règlement relatif à l'utilisation des fonds. Elle y règle notamment le calcul des indemnités et des aides financières. Ce règlement est soumis à l'approbation du département.

<sup>5</sup> La Commission fédérale pour la qualité publie ses décisions sous une forme appropriée.

**Art. 58c**<sup>181</sup> Tâches et compétences de la Commission fédérale pour la qualité

<sup>1</sup> La Commission fédérale pour la qualité a les tâches et les compétences suivantes:

- a. elle conseille le Conseil fédéral, les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs sur la coordination des mesures de développement de la qualité;
- b. elle charge des tiers d'élaborer de nouveaux indicateurs de qualité et de développer les indicateurs existants; elle émet des recommandations aux autorités sur les indicateurs à utiliser;
- c. elle examine les rapports visés à l'art. 58a, al. 2, let. g, établis par les fédérations des fournisseurs de prestations et des assureurs, et soumet à ces fédérations des recommandations en matière de développement de la qualité;
- d. elle conseille le Conseil fédéral lors de la détermination des mesures que celui-ci prévoit sur la base des art. 58a et 58h;
- e. elle charge des tiers de procéder à des études et à des examens systématiques;
- f. elle charge des tiers de réaliser des programmes nationaux de développement de la qualité, de garantir l'identification et l'analyse des risques pour la sécurité des patients, de prendre des mesures de réduction de ces risques et d'assurer le développement de méthodes visant à promouvoir la sécurité des patients; elle s'adresse notamment aux organisations qui disposent de l'expérience requise dans ces domaines ainsi que dans l'application des connaissances en collaboration avec les spécialistes compétents;
- g. elle peut soutenir des projets nationaux ou régionaux de développement de la qualité;

<sup>180</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 juin 2019 (Renforcement de la qualité et de l'économicité), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avr. 2021 (RO 2021 151; FF 2016 217).

<sup>181</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 juin 2019 (Renforcement de la qualité et de l'économicité), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avr. 2021 (RO 2021 151; FF 2016 217).

- h. elle soumet aux autorités compétentes et aux fédérations des fournisseurs de prestations et des assureurs des recommandations relatives à la mesure de la qualité et aux prescriptions générales en matière de qualité, en particulier à la qualité de l'indication, ainsi qu'aux mesures à prendre dans des cas particuliers.

<sup>2</sup> Sur proposition de la Commission fédérale pour la qualité, le Conseil fédéral fixe chaque année les objectifs assignés à celle-ci et la manière de contrôler leur réalisation.

<sup>3</sup> Les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs sont tenus de communiquer aux tiers mandatés par la Commission fédérale pour la qualité les données dont ces derniers ont besoin pour remplir les tâches visées à l'al. 1, let. e et f.

<sup>4</sup> Les tiers garantissent l'anonymat des patients.

<sup>5</sup> Le Conseil fédéral règle les modalités de la collecte, du traitement et de la transmission des données prévues aux al. 3 et 4.

#### **Art. 58d**<sup>182</sup> Indemnités

<sup>1</sup> Dans les limites des crédits autorisés, la Confédération indemnise pour leurs prestations les tiers auxquels a été confiée une des tâches visées à l'art. 58c, al. 1, let b, e ou f.

<sup>2</sup> Les indemnités sont octroyées sur demande par la Commission fédérale pour la qualité sous forme de subventions globales en vertu de contrats de prestations.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral définit les exigences et la procédure applicables à l'octroi des indemnités.

#### **Art. 58e**<sup>183</sup> Aides financières

<sup>1</sup> Dans les limites des crédits autorisés, la Confédération peut soutenir des projets nationaux ou régionaux de développement de la qualité au moyen d'aides financières.

<sup>2</sup> Les aides financières sont octroyées sur demande par la Commission fédérale pour la qualité en vertu de contrats de prestations. Elles couvrent au maximum 50 % des coûts.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral définit les exigences et la procédure applicables à l'octroi d'aides financières.

<sup>182</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 juin 2019 (Renforcement de la qualité et de l'économicité), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avr. 2021 (RO 2021 151; FF 2016 217).

<sup>183</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 juin 2019 (Renforcement de la qualité et de l'économicité), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avr. 2021 (RO 2021 151; FF 2016 217).

**Art. 58<sup>f</sup>**<sup>184</sup> Financement des tâches et du fonctionnement de la Commission fédérale pour la qualité

<sup>1</sup> Le financement des coûts de la Commission fédérale pour la qualité pour son fonctionnement, pour l'accomplissement de ses tâches visées à l'art. 58c, al. 1, pour les indemnités au sens de l'art. 58d et pour les aides financières au sens de l'art. 58e est assuré à raison d'un tiers chacun par la Confédération, par les cantons et par les assureurs.

<sup>2</sup> Les dépenses annuelles maximales pour le financement des coûts résultent de la multiplication du nombre d'adultes au sens de l'art. 16a, al. 4, par 0,07 % de la prime moyenne annuelle de l'assurance obligatoire des soins des assurés visés à l'art. 16a, al. 3, pour la franchise déterminée par le Conseil fédéral conformément à l'art. 64, al. 3, et la couverture accidents.

<sup>3</sup> Pour la part de la Confédération, les crédits nécessaires sont inscrits au budget.

<sup>4</sup> La part des cantons est calculée sur la base de leur population résidente.

<sup>5</sup> La part des assureurs est calculée sur la base du nombre de leurs assurés soumis à l'assurance obligatoire des soins.

<sup>6</sup> Le Conseil fédéral définit, dans le cadre de la fixation des objectifs visés à l'art. 58, la contribution annuelle de la Confédération, des cantons et des assureurs, compte tenu du montant maximal prévu à l'al. 2 et de la répartition des coûts prévue à l'al. 1.

<sup>7</sup> L'office encaisse les contributions des cantons et des assureurs et perçoit des intérêts moratoires en cas de retard de paiement.

<sup>8</sup> Le Conseil fédéral règle les détails du versement et de la gestion des contributions financières.

**Art. 58<sup>g</sup>**<sup>185</sup> Crédit global

L'Assemblée fédérale décide, sous la forme d'un crédit global pluriannuel, du montant maximal que la Commission fédérale pour la qualité peut octroyer sous forme d'indemnités au sens de l'art. 58d et d'aides financières au sens de l'art. 58e.

**Art. 58<sup>h</sup>**<sup>186</sup> Mesures définies par le Conseil fédéral pour développer la qualité et garantir ou rétablir l'adéquation des prestations

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral définit des mesures de développement de la qualité, ainsi que des mesures visant à garantir ou à rétablir l'adéquation des prestations. Il peut en particulier prévoir que:

<sup>184</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 juin 2019 (Renforcement de la qualité et de l'économicité), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avr. 2021 (RO 2021 151; FF 2016 217).

<sup>185</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 juin 2019 (Renforcement de la qualité et de l'économicité), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avr. 2021 (RO 2021 151; FF 2016 217).

<sup>186</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 juin 2019 (Renforcement de la qualité et de l'économicité), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avr. 2021 (RO 2021 151; FF 2016 217).



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

<sup>2</sup> Il peut désigner de manière plus détaillée les fournisseurs de prestations visés à l'al. 1, let. b.

**Art. 59**<sup>187</sup> Manquements aux exigences relatives au caractère économique, au développement de la qualité des prestations et à la facturation<sup>188</sup>

<sup>1</sup> Les fournisseurs de prestations qui ne respectent pas les exigences relatives au caractère économique et à la garantie de la qualité des prestations qui sont prévues dans la loi (art. 56, 58a et 58h) ou dans une convention ou qui ne respectent pas les dispositions relatives à la facturation (art. 42) font l'objet de sanctions. Celles-ci comprennent, en plus des sanctions prévues par les conventions de qualité:<sup>189</sup>

- a. l'avertissement;
- b. la restitution de tout ou partie des honoraires touchés pour des prestations fournies de manière inappropriée;
- c.<sup>190</sup> une amende de 20 000 francs au plus;
- d. en cas de récidive, l'exclusion temporaire ou définitive de toute activité à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

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

<sup>3</sup> Constituent notamment des manquements aux exigences légales ou conventionnelles visées à l'al. 1:<sup>191</sup>

- a. le non-respect du caractère économique des prestations au sens de l'art. 56, al. 1;
- b. l'inexécution ou la mauvaise exécution du devoir d'information au sens de l'art. 57, al. 6;

<sup>187</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 8 oct. 2004 (Stratégie globale, compensation des risques), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2005 (RO 2005 1071; FF 2004 4019).

<sup>188</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 18 juin 2021 (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, volet 1a), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2022 (RO 2021 837; FF 2019 5765).

<sup>189</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 18 juin 2021 (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, volet 1a), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2022 (RO 2021 837; FF 2019 5765).

<sup>190</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 18 juin 2021 (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, volet 1a), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2022 (RO 2021 837; FF 2019 5765).

<sup>191</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 juin 2019 (Renforcement de la qualité et de l'économicité), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avr. 2021 (RO 2021 151; FF 2016 217).

- c.<sup>192</sup> le non-respect des mesures prévues aux art. 58a et 58h;
- d. le non-respect de la protection tarifaire visée à l'art. 44;
- e. la non-répercussion d'avantages au sens de l'art. 56, al. 3;
- f. la manipulation frauduleuse de décomptes ou la production d'attestations contraires à la vérité;
- g.<sup>193</sup> l'absence de transmission d'une copie de la facture à l'assuré dans le système du tiers payant comme le prévoit l'art. 42;
- h.<sup>194</sup> le fait d'établir de façon répétée des factures incomplètes ou incorrectes.

<sup>4</sup> Les ressources financières provenant des amendes et des sanctions prononcées par un tribunal arbitral cantonal en cas de non-respect des mesures relatives à la qualité prévues aux art. 58a et 58h sont utilisées par le Conseil fédéral pour financer des mesures destinées à garantir la qualité au sens de la présente loi.<sup>195</sup>

#### **Art. 59a**<sup>196</sup> Données des fournisseurs de prestations

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

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

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

<sup>3</sup> Les données sont collectées par l'Office fédéral de la statistique. Celui-ci met à la disposition de l'OFSP, du Surveillant des prix, de l'Office fédéral de la justice, des

<sup>192</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 juin 2019 (Renforcement de la qualité et de l'économicité), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avr. 2021 (RO 2021 151; FF 2016 217).

<sup>193</sup> Introduite par le ch. I de la LF du 18 juin 2021 (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, volet 1a), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2022 (RO 2021 837; FF 2019 5765).

<sup>194</sup> Introduite par le ch. I de la LF du 18 juin 2021 (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, volet 1a), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2022 (RO 2021 837; FF 2019 5765).

<sup>195</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 juin 2019 (Renforcement de la qualité et de l'économicité) (RO 2021 151; FF 2016 217). Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 18 juin 2021 (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, volet 1a), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2022 (RO 2021 837; FF 2019 5765).

<sup>196</sup> Introduit par l'annexe ch. 2 de la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5137; FF 2012 1725).

cantons, des assureurs et des organes figurant à l'art. 84a les données par fournisseur de prestations énumérées à l'al. 1 aux fins de l'application de la présente loi. Ces données sont publiées.

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

## Chapitre 4a<sup>197</sup> Projets pilotes visant à maîtriser les coûts

### Art. 59b

<sup>1</sup> Le DFI peut, après avoir consulté les milieux intéressés, autoriser des projets pilotes dans le but d'expérimenter de nouveaux modèles visant à la maîtrise des coûts, au renforcement des exigences de qualité ou à la promotion de la numérisation.

<sup>2</sup> Les projets pilotes qui concernent l'un des domaines suivants peuvent déroger aux dispositions de la présente loi, à l'exception de l'art. 1:

- a. fourniture de prestations sur mandat de l'assurance obligatoire des soins au lieu du remboursement des prestations;
- b. prise en charge de prestations à l'étranger en dehors de la coopération transfrontalière au sens de l'art. 34, al. 2;
- c. limitation du choix du fournisseur de prestations;
- d. financement uniforme des prestations hospitalières et ambulatoires;
- e. promotion de la coordination et de l'intégration des soins;
- f. renforcement des exigences de qualité;
- g. promotion de la numérisation.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral peut prévoir que des projets pilotes qui poursuivent l'objectif fixé à l'al. 1 soient autorisés dans d'autres domaines, pour autant qu'ils ne dérogent pas à la présente loi.

<sup>4</sup> Les projets pilotes sont limités dans leur contenu, leur durée et leur application territoriale.

<sup>5</sup> Le DFI fixe par voie d'ordonnance les dérogations à la présente loi et aux dispositions d'exécution qui en découlent ainsi que les droits et obligations des participants au projet pilote.

<sup>6</sup> Les projets pilotes doivent garantir que la participation au projet ne compromet pas les droits des assurés garantis par la présente loi et que cette participation est volontaire. Le Conseil fédéral fixe les conditions d'autorisation correspondantes. Il fixe également les exigences minimales auxquelles répond l'évaluation des projets pilotes menée par les partenaires au projet.

<sup>197</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 18 juin 2021 (Mesure visant à freiner la hausse des coûts, volet 1a), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2023 (RO 2021 837; 2022 808; FF 2019 5765).

<sup>7</sup> Au terme du projet pilote, le Conseil fédéral peut prévoir que les dispositions visées à l'al. 5 qui dérogent à la présente loi ou qui établissent des droits et obligations connexes restent applicables si l'évaluation a montré que le modèle permet de maîtriser efficacement les coûts, de renforcer la qualité ou de promouvoir la numérisation. Les dispositions deviennent caduques un an après leur prorogation si le Conseil fédéral n'a pas soumis à l'Assemblée fédérale un projet établissant la base légale de leur contenu. Elles deviennent aussi caduques si l'Assemblée fédérale rejette le projet présenté par le Conseil fédéral ou si leur base légale entre en vigueur.

## Chapitre 5 Financement

### Section 1 ...

#### Art. 60<sup>198</sup>

### Section 2 Primes des assurés

#### Art. 61 Principes

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

<sup>2</sup> L'assureur échelonne les montants des primes selon les différences des coûts cantonaux. Des exceptions sont possibles pour les effectifs très peu importants. Le lieu de résidence de l'assuré est déterminant.<sup>199</sup>

<sup>2bis</sup> L'assureur peut échelonner les primes selon les régions. Le DFI délimite uniformément les régions ainsi que les différences maximales admissibles de primes fondées sur les différences de coûts entre les régions.<sup>200</sup>

<sup>3</sup> Pour les enfants et les jeunes adultes, l'assureur fixe une prime plus basse que celle des autres assurés; la prime des enfants doit être inférieure à celle des jeunes adultes.<sup>201</sup>

<sup>3bis</sup> Le Conseil fédéral peut fixer les réductions de primes visées à l'al. 3.<sup>202</sup>

<sup>198</sup> Abrogé par l'annexe ch. 2 de la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5137; FF 2012 1725).

<sup>199</sup> Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 2 de la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5137; FF 2012 1725).

<sup>200</sup> Introduit par l'annexe ch. 2 de la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5137; FF 2012 1725).

<sup>201</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 17 mars 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2019 (RO 2018 1843; FF 2016 6989 7729).

<sup>202</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2305; FF 1999 727).

<sup>4</sup> Pour les assurés résidant dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège, les primes sont calculées en fonction de l'État de résidence. Le Conseil fédéral édicte les dispositions sur la fixation et l'encaissement des primes de ces assurés.<sup>203</sup>

<sup>5</sup> ...<sup>204</sup>

**Art. 61a**<sup>205</sup> Prélèvement des primes des assurés qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège

Les primes des membres de la famille d'une personne qui est assurée parce qu'elle exerce une activité lucrative en Suisse, parce qu'elle touche une rente suisse ou parce qu'elle perçoit une prestation de l'assurance-chômage suisse sont prélevées auprès de ladite personne.

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

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

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

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

<sup>2bis</sup> La participation aux coûts, de même que la perte de la réduction de prime selon les autres formes d'assurance désignées à l'al. 2 ne peuvent être assurées ni par une caisse-maladie ni par une institution d'assurance privée. Il est également interdit aux associations, aux fondations ou à d'autres institutions de prévoir la prise en charge des coûts découlant de ces formes d'assurance. Les dispositions de droit public de la Confédération et des cantons sont réservées.<sup>206</sup>

<sup>203</sup> Introduit par le ch. I 9 de la LF du 8 oct. 1999 sur l'Ac. entre la Suisse et la CE et ses États membres sur la libre circulation des personnes (RO 2002 701; FF 1999 5440). Nouvelle teneur selon le ch. I 8 de la LF du 14 déc. 2001 relative aux disp. concernant la libre circulation des personnes de l'Ac. amendant la Conv. instituant l'AELE, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 685; FF 2001 4729).

<sup>204</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 18 déc. 1998 (RO 1999 2041; FF 1998 1072 1078). Abrogé par l'annexe ch. 2 de la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5137; FF 2012 1725).

<sup>205</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 6 oct. 2000 (RO 2002 858; FF 2000 3751). Nouvelle teneur selon le ch. I 8 de la LF du 14 déc. 2001 relative aux disp. concernant la libre circulation des personnes de l'Ac. amendant la Conv. instituant l'AELE, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 685; FF 2001 4729).

<sup>206</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2305; FF 1999 727). Voir aussi l'al. 1 des disp. fin. de cette mod. à la fin du texte.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral règle en détail les formes particulières d'assurance. Il fixe, notamment en se fondant sur les besoins de l'assurance, les limites maximales des réductions de primes et les limites minimales des suppléments de primes. La compensation des risques selon les art. 16 à 17a reste dans tous les cas réservée.<sup>207</sup>

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

<sup>1</sup> Si une association d'employeurs, une association de travailleurs ou une autorité d'assistance se charge de tâches d'exécution de l'assurance-maladie, l'assureur les indemnise de façon appropriée. En dérogation à l'art. 28, al. 1, LPGA<sup>208</sup>, cette règle est aussi applicable lorsqu'un employeur se charge de ces tâches.<sup>209</sup>

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

## **Section 3 Participation aux coûts**

### **Art. 64**

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

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

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

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

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

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

<sup>6</sup> Le Conseil fédéral peut:

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

<sup>207</sup> Nouvelle teneur de la phrase selon le ch. I de la LF du 21 mars 2014, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO 2014 3345; FF 2013 7021 7519).

<sup>208</sup> RS 830.1

<sup>209</sup> Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 11 de la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

d.<sup>210</sup> supprimer la franchise pour certaines mesures de prévention exécutées dans le cadre de programmes organisés au niveau national ou cantonal

<sup>7</sup> L'assureur ne peut prélever aucune participation aux coûts des prestations suivantes:

- a. prestations visées à l'art. 29, al. 2;
- b. prestations visées aux art. 25 et 25a qui sont fournies à partir de la 13<sup>e</sup> semaine de grossesse, pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement.<sup>211</sup>

<sup>8</sup> La participation aux coûts ne peut être assurée ni par une caisse-maladie, ni par une institution d'assurance privée. Il est également interdit aux associations, aux fondations ou à d'autres institutions de prévoir la prise en charge de ces coûts. Les dispositions de droit public de la Confédération et des cantons sont réservées.<sup>212</sup>

### Section 3a<sup>213</sup> Non-paiement des primes et des participations aux coûts

#### Art. 64a<sup>214</sup>

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

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

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

<sup>4</sup> Le canton prend en charge 85 % des créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3.<sup>215</sup>

<sup>210</sup> Introduite par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2305; FF 1999 727).

<sup>211</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 juin 2013, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2014 (RO 2014 387; FF 2013 2191 2201)

<sup>212</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2305; FF 1999 727). Voir aussi l'al. 1 des disp. fin. de cette mod. à la fin du texte.

<sup>213</sup> Introduite par le ch. I de la LF du 18 mars 2005 (Réduction des primes), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2006 (RO 2005 3587; FF 2004 4089).

<sup>214</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 19 mars 2010, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO 2011 3523, FF 2009 5973 5987).

<sup>215</sup> Voir aussi les dips. trans. de la mod. du 19 mars 2010 à la fin du texte.

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

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

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

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

<sup>9</sup> Le Conseil fédéral édicte des dispositions sur le non-paiement des primes et des participations aux coûts des personnes tenues de s'assurer qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège. Si le droit de l'État concerné permet à l'assureur de recouvrer les primes et participations aux coûts impayées, le Conseil fédéral peut obliger les cantons à prendre en charge 85 % des créances ayant fait l'objet de l'annonce visée à l'al. 3. Si le droit de l'État concerné ne le permet pas, le Conseil fédéral peut accorder aux assureurs le droit de suspendre la prise en charge des coûts des prestations.<sup>216</sup>

<sup>216</sup> 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> phrases introduites par le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2018 (RO 2017 6717; FF 2016 1).



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

### Art. 65<sup>217</sup> Réduction des primes par les cantons

<sup>1</sup> Les cantons accordent une réduction de primes aux assurés de condition économique modeste. Ils versent directement le montant correspondant aux assureurs concernés. Le Conseil fédéral peut faire bénéficier de cette réduction les personnes tenues de s'assurer qui n'ont pas de domicile en Suisse mais qui y séjournent de façon prolongée.<sup>218</sup>

<sup>1bis</sup> Pour les bas et moyens revenus, les cantons réduisent de 80 % au moins les primes des enfants et de 50 % au moins celles des jeunes adultes en formation.<sup>219</sup>

<sup>2</sup> L'échange des données entre les cantons et les assureurs se déroule selon une procédure uniforme. Le Conseil fédéral règle les modalités après avoir entendu les cantons et les assureurs.<sup>220</sup>

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

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

<sup>4bis</sup> Le canton communique à l'assureur les données concernant les bénéficiaires du droit à la réduction des primes et le montant de la réduction suffisamment tôt pour que celui-ci puisse en tenir compte lors de la facturation des primes. L'assureur informe le bénéficiaire du montant effectif de la réduction des primes au plus tard lors de la facturation suivante.<sup>221</sup>

<sup>5</sup> Les assureurs sont tenus à une collaboration qui s'étend au-delà de l'assistance administrative prévue à l'art. 82.<sup>222</sup>

<sup>217</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO **2000** 2305; FF **1999** 727). Voir aussi l'al. 2 des disp. fin. de cette mod., à la fin du texte.

<sup>218</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 19 mars 2010, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO **2011** 3523, FF **2009** 5973 5987). Voir aussi les disp. trans. de la mod. du 19 mars 2010, à la fin du texte.

<sup>219</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 18 mars 2005 (Réduction des primes) (RO **2005** 3587; FF **2004** 4089). Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 17 mars 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2019 (RO **2018** 1843; FF **2016** 6989 7729). Voir aussi la disp. trans. de cette mod. à la fin du texte.

<sup>220</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 19 mars 2010, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO **2011** 3523, FF **2009** 5973 5987).

<sup>221</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 19 mars 2010, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO **2011** 3523, FF **2009** 5973 5987).

<sup>222</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 19 mars 2010, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO **2011** 3523, FF **2009** 5973 5987).

<sup>6</sup> Les cantons transmettent à la Confédération des données anonymes relatives aux assurés bénéficiaires, afin que celle-ci puisse examiner si les buts de politique sociale et familiale ont été atteints. Le Conseil fédéral édicte les dispositions d'exécution.<sup>223</sup>

**Art. 65a**<sup>224</sup> Réduction des primes par les cantons en faveur des assurés qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège

Les cantons accordent une réduction des primes aux assurés de condition économique modeste désignés ci-après qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège, soit:

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

**Art. 66**<sup>225</sup> Subsidies de la Confédération

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

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

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

<sup>223</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 18 mars 2005 (Réduction des primes), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2006 (RO 2005 3587; FF 2004 4089).

<sup>224</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 6 oct. 2000 (RO 2002 858; FF 2000 3751). Nouvelle teneur selon le ch. I 8 de la LF du 14 déc. 2001 relative aux disp. concernant la libre circulation des personnes de l'Ac. amendant la Conv. instituant l'AELE, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 685; FF 2001 4729).

<sup>225</sup> Nouvelle teneur selon le ch. II 26 de la LF du 6 oct. 2006 (Réforme de la péréquation financière), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2008 (RO 2007 5779; FF 2005 5641).

**Art. 66a**<sup>226</sup> Réduction des primes par la Confédération en faveur des assurés qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège<sup>227</sup>

<sup>1</sup> La Confédération accorde une réduction des primes aux assurés de condition économique modeste qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège et qui touchent une rente suisse ainsi qu'aux membres de leur famille.<sup>228</sup>

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

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

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

**Art. 67** Adhésion

<sup>1</sup> Toute personne qui est domiciliée en Suisse ou y exerce une activité lucrative et qui est âgée de quinze ans au moins mais n'a pas atteint l'âge de 65 ans peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur au sens des art. 2, al. 1, ou 3, LSAMal<sup>229, 230</sup>

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

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

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

**Art. 68**<sup>231</sup>

<sup>226</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 6 oct. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 858; FF 2000 3751).

<sup>227</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I 8 de la LF du 14 déc. 2001 relative aux disp. concernant la libre circulation des personnes de l'Ac. amendant la Conv. instituant l'AELE, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 685; FF 2001 4729).

<sup>228</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I 8 de la LF du 14 déc. 2001 relative aux disp. concernant la libre circulation des personnes de l'Ac. amendant la Conv. instituant l'AELE, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 685; FF 2001 4729).

<sup>229</sup> RS 832.12

<sup>230</sup> Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 2 de la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5137; FF 2012 1725).

<sup>231</sup> Abrogé par l'annexe ch. 2 de la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5137; FF 2012 1725).

**Art. 69** Réserve d'assurance

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

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

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

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

**Art. 70** Changement d'assureur

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

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

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

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

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

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

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

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

**Art. 72** Prestations

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

<sup>1bis</sup> Les prestations prises en charge sont rattachées à la période d'incapacité de travail.<sup>232</sup>

<sup>2</sup> Le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGA<sup>233</sup>).<sup>234</sup> À défaut d'accord contraire, le droit prend naissance le troisième jour qui suit le début de la maladie. Le versement des prestations peut être différé moyennant une réduction correspondante du montant de la prime. Lorsque la naissance du droit à l'indemnité journalière est subordonnée à un délai d'attente convenu entre les parties, durant lequel l'employeur est tenu de verser le salaire, ce délai peut être déduit de la durée minimale du versement de l'indemnité journalière.

<sup>3</sup> Les indemnités journalières doivent être versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours. L'art. 67 LPGA n'est pas applicable.<sup>235</sup>

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

<sup>5</sup> Lorsque les indemnités journalières sont réduites par suite d'une surindemnisation au sens de l'art. 78 de la présente loi et de l'art. 69 LPGA, la personne atteinte d'une incapacité de travail a droit à l'équivalent de 720 indemnités journalières complètes.<sup>236</sup> Les délais relatifs à l'octroi des indemnités journalières sont prolongés en fonction de la réduction.

<sup>6</sup> L'art. 19, al. 2, LPGA n'est applicable que lorsque l'employeur a participé au financement de l'assurance d'indemnités journalières. Sont réservés d'autres arrangements contractuels.<sup>237</sup>

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

<sup>1</sup> Les chômeurs atteints d'une incapacité de travail (art. 6 LPGA<sup>238</sup>) supérieure à 50 % reçoivent des indemnités journalières entières et ceux qui sont atteints d'une incapacité de travail de plus de 25 %, mais de 50 % au maximum, des demi-indemnités

<sup>232</sup> Introduit par l'annexe ch. 2 de la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5137; FF 2012 1725).

<sup>233</sup> RS 830.1

<sup>234</sup> Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 11 de la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>235</sup> Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 11 de la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>236</sup> Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 11 de la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>237</sup> Introduit par l'annexe ch. 11 de la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>238</sup> RS 830.1

journalières lorsqu'en vertu de leurs conditions d'assurance ou d'arrangements contractuels les assureurs versent, en principe, des prestations pour un même taux d'incapacité de travail.<sup>239</sup>

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

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

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

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

#### **Art. 75**<sup>240</sup>

#### **Art. 76** Primes des assurés

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

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

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

<sup>4</sup> L'art. 61, al. 2 et 4,<sup>241</sup> est applicable par analogie.

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

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

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

<sup>239</sup> Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 11 de la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>240</sup> Abrogé par l'annexe ch. 2 de la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5137; FF 2012 1725).

<sup>241</sup> Actuellement: art. 61 al. 2 et 5.

**Titre 4**<sup>242</sup>**Dispositions particulières sur la coordination, la responsabilité et le recours****Art. 78** Coordination des prestations

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

**Art. 78a** Responsabilité pour dommages

L'institution commune, les assurés et les tiers doivent faire valoir leurs prétentions en réparation au sens de l'art. 78 LPGA<sup>243</sup> auprès de l'assureur, qui statue sur celles-ci par voie de décision.

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

La limitation du droit de recours visée à l'art. 75, al. 2, LPGA<sup>244</sup> n'est pas applicable.

**Art. 79a**<sup>245</sup> Droit de recours des cantons

<sup>1</sup> Le droit de recours visé à l'art. 72 LPGA<sup>246</sup> s'applique par analogie:

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

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

<sup>242</sup> Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 11 de la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>243</sup> RS 830.1

<sup>244</sup> RS 830.1

<sup>245</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier) (RO 2008 2049; FF 2004 5207). Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2019 (RO 2017 6717; FF 2016 1).

<sup>246</sup> RS 830.1

## Titre 5

### Dispositions particulières sur la procédure et les voies de droit et dispositions pénales<sup>247</sup>

#### Art. 80 Procédure simplifiée<sup>248</sup>

<sup>1</sup> Les prestations d'assurance sont allouées selon la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 LPGA<sup>249</sup>. En dérogation à l'art. 49, al. 1, LPGA, cette règle s'applique également aux prestations importantes.<sup>250</sup>

<sup>2</sup> ...<sup>251</sup>

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

#### Art. 81<sup>252</sup>

#### Art. 82<sup>253</sup> Assistance administrative dans des cas particuliers

En dérogation à l'art. 33 LPGA<sup>254</sup>, les assureurs fournissent gratuitement à la demande des autorités compétentes les renseignements et les documents nécessaires à :

- a.<sup>255</sup> l'exercice du droit de recours prévu à l'art. 79a;
- b. la fixation de la réduction des primes.

#### Art. 82a<sup>256</sup> Vérification de la répercussion des avantages

L'OFSP vérifie si les fournisseurs de prestations répercutent les avantages sur le débiteur de la rémunération et sur les assureurs, conformément à l'art. 56, al. 3, let. b, ou s'ils les utilisent pour améliorer la qualité du traitement, compte tenu de l'art. 56, al. 3bis. Il est autorisé à collecter toutes les données nécessaires à cette vérification auprès des assureurs et des prestataires ainsi que de leurs fournisseurs et à décider la répercussion des avantages.

<sup>247</sup> Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 11 de la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>248</sup> Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 11 de la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>249</sup> RS 830.1

<sup>250</sup> Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 11 de la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>251</sup> Abrogé par l'annexe ch. 11 de la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>252</sup> Abrogé par l'annexe ch. 11 de la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>253</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O de l'Ass. féd. du 21 juin 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3453; FF 2002 763).

<sup>254</sup> RS 830.1

<sup>255</sup> Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 6 de la LF du 21 juin 2019, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2021 (RO 2020 5137; FF 2018 1597).

<sup>256</sup> Introduit par l'annexe ch. 4 de la LF du 18 mars 2016, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2020 (RO 2017 2745, 2019 1393; FF 2013 1).



**Art. 83**<sup>257</sup> Numéro AVS

Les organes chargés d'appliquer la présente loi, d'en contrôler ou surveiller l'exécution sont habilités à utiliser systématiquement le numéro AVS pour l'accomplissement de leurs tâches légales, conformément à la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants<sup>258</sup>.

**Art. 84**<sup>259</sup> Traitement de données personnelles

Les organes chargés d'appliquer la présente loi ou la LSAMal<sup>260</sup>, d'en contrôler ou surveiller l'exécution sont habilités à traiter et à faire traiter les données personnelles, y compris les données sensibles et les profils de la personnalité, qui leur sont nécessaires pour accomplir les tâches que la présente loi ou la LSAMal leur assignent, notamment pour:<sup>261</sup>

- a. veiller au respect de l'obligation de s'assurer;
- b. calculer et percevoir les primes;
- c. établir le droit aux prestations, les calculer, les allouer et les coordonner avec celles d'autres assurances sociales;
- d. établir le droit à des réductions de primes au sens de l'art. 65<sup>262</sup>, les calculer et les verser;
- e. faire valoir une prétention récursoire contre le tiers responsable;
- f. surveiller l'exécution de la présente loi;
- g. établir des statistiques;
- h.<sup>263</sup> attribuer ou vérifier le numéro AVS;
- i.<sup>264</sup> calculer la compensation des risques.

<sup>257</sup> Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 11 de la LF du 23 juin 2006 (Nouveau numéro d'assuré AVS), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> déc. 2007 (RO 2007 5259; FF 2006 515).

<sup>258</sup> RS 831.10

<sup>259</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 23 juin 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2755; FF 2000 219).

<sup>260</sup> RS 832.12

<sup>261</sup> Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 2 de la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5137; FF 2012 1725).

<sup>262</sup> Actuellement: art. 65 et 65a.

<sup>263</sup> Introduite par le l'annexe ch. 11 de la LF du 23 juin 2006 (Nouveau numéro d'assuré AVS), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> déc. 2007 (RO 2007 5259; FF 2006 515).

<sup>264</sup> Introduite par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Compensation des risques), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO 2009 4755; FF 2004 5207).

**Art. 84a**<sup>265</sup> Communication de données

<sup>1</sup> Dans la mesure où aucun intérêt privé prépondérant ne s'y oppose, les organes chargés d'appliquer la présente loi ou la LSAMal<sup>266</sup> ou d'en contrôler ou surveiller l'application peuvent communiquer des données, en dérogation à l'art. 33 LPGA<sup>267</sup>:<sup>268</sup>

- a.<sup>269</sup> à d'autres organes chargés d'appliquer la présente loi ou la LSAMal ou d'en contrôler ou surveiller l'exécution, lorsque ces données sont nécessaires à l'accomplissement des tâches que la présente loi ou la LSAMal leur assignent;
- b. aux organes d'une autre assurance sociale, lorsque, en dérogation à l'art. 32, al. 2, LPGA, l'obligation de les communiquer résulte d'une loi fédérale;
- b<sup>bis</sup>.<sup>270</sup> aux organes d'une autre assurance sociale, en vue d'attribuer ou de vérifier le numéro AVS;
- c. aux autorités compétentes en matière d'impôt à la source, conformément aux art. 88 et 100 de la loi fédérale du 14 décembre 1990 sur l'impôt fédéral direct<sup>271</sup> et aux dispositions cantonales correspondantes;
- d. aux organes de la statistique fédérale, conformément à la loi du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale<sup>272</sup>;
- e. aux organismes chargés d'établir des statistiques servant à l'exécution de la présente loi, lorsque les données sont nécessaires à l'accomplissement de cette tâche et que l'anonymat des assurés est garanti;
- f.<sup>273</sup> aux autorités cantonales compétentes, s'agissant des données visées à l'art. 22a qui sont nécessaires à la planification des hôpitaux et des établissements médico-sociaux ainsi qu'à l'examen des tarifs;
- g. aux autorités d'instruction pénale, lorsqu'il s'agit de dénoncer ou de prévenir un crime;
- g<sup>bis</sup>.<sup>274</sup> au Service de renseignement de la Confédération (SRC) ou aux organes de sûreté des cantons à son intention, lorsqu'il existe une menace concrète pour la sûreté intérieure ou extérieure au sens de l'art. 19, al. 2, de la loi fédérale du 25 septembre 2015 sur le renseignement<sup>275</sup>;

<sup>265</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 23 juin 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO **2000** 2755; FF **2000** 219).

<sup>266</sup> RS **832.12**

<sup>267</sup> RS **830.1**

<sup>268</sup> Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 2 de la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO **2015** 5137; FF **2012** 1725).

<sup>269</sup> Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 2 de la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO **2015** 5137; FF **2012** 1725).

<sup>270</sup> Introduite par l'annexe ch. 11 de la LF du 23 juin 2006 (Nouveau numéro d'assuré AVS), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> déc. 2007 (RO **2007** 5259; FF **2006** 515).

<sup>271</sup> RS **642.11**

<sup>272</sup> RS **431.01**

<sup>273</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO **2008** 2049; FF **2004** 5207).

<sup>274</sup> Introduite par l'annexe ch. 11 de la LF du 23 déc. 2011 (RO **2012** 3745; FF **2007** 4773, **2010** 7147). Nouvelle teneur selon l'annexe ch. II 17 de la LF du 25 sept. 2015 sur le renseignement, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> sept. 2017 (RO **2017** 4095; FF **2014** 2029).

<sup>275</sup> RS **121**

- h. dans des cas d'espèce et sur demande écrite et motivée:
1. aux autorités compétentes en matière d'aide sociale, lorsqu'elles leur sont nécessaires pour fixer ou modifier des prestations, en exiger la restitution ou prévenir des versements indus,
  2. aux tribunaux civils, lorsqu'elles leur sont nécessaires pour régler un litige relevant du droit de la famille ou des successions,
  3. aux tribunaux pénaux et aux organes d'instruction pénale, lorsqu'elles leur sont nécessaires pour établir les faits en cas de crime ou de délit,
  4. aux offices des poursuites, conformément aux art. 91, 163 et 222 de la loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite<sup>276</sup>,
  - 5.<sup>277</sup> aux autorités de protection de l'enfant et de l'adulte visées à l'art. 448, al. 4, CC<sup>278</sup>;
  - 6.<sup>279</sup> ...<sup>280</sup>

2 ...<sup>281</sup>

<sup>3</sup> En dérogation à l'art. 33 LPGa, les données d'intérêt général qui se rapportent à l'application de la présente loi peuvent être publiées. L'anonymat des assurés doit être garanti.<sup>282</sup>

<sup>4</sup> En dérogation à l'art. 33 LPGa, les assureurs sont habilités à communiquer des données aux autorités d'aide sociale ou aux autorités cantonales compétentes en cas de retard de paiement, lorsque, après une sommation infructueuse, l'assuré ne paie pas les primes ou les participations aux coûts échues.<sup>283</sup>

<sup>5</sup> Dans les autres cas, des données peuvent être communiquées à des tiers, en dérogation à l'art. 33 LPGa:<sup>284</sup>

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

<sup>276</sup> RS **281.1**

<sup>277</sup> Introduit par l'annexe ch. 28 de la LF du 19 déc. 2008 (Protection de l'adulte, droit des personnes et droit de la filiation), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2013 (RO **2011** 725; FF **2006** 6635).

<sup>278</sup> RS **210**

<sup>279</sup> Introduit par l'annexe ch. 11 de la LF du 23 déc. 2011 (RO **2012** 3745; FF **2007** 4773, **2010** 7147). Nouvelle teneur selon l'annexe ch. II 17 de la LF du 25 sept. 2015 sur le renseignement, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> sept. 2017 (RO **2017** 4095; FF **2014** 2029).

<sup>280</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O de l'Ass. féd. du 21 juin 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3453; FF **2002** 763).

<sup>281</sup> Abrogé par le ch. I de l'O de l'Ass. féd. du 21 juin 2002, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3453; FF **2002** 763).

<sup>282</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O de l'Ass. féd. du 21 juin 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3453; FF **2002** 763).

<sup>283</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O de l'Ass. féd. du 21 juin 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3453; FF **2002** 763).

<sup>284</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O de l'Ass. féd. du 21 juin 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3453; FF **2002** 763).

lorsque les circonstances permettent de présumer qu'il en va de l'intérêt de l'assuré.

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

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

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

**Art. 84<sup>b</sup>**<sup>285</sup> Garantie de la protection des données par les assureurs

Les assureurs prennent les mesures techniques et organisationnelles nécessaires pour garantir la protection des données; ils établissent en particulier les règlements de traitement des données nécessaires conformément à l'ordonnance du 14 juin 1993 relative à la loi fédérale sur la protection des données<sup>286</sup>. Ces règlements sont soumis à l'appréciation du préposé fédéral à la protection des données et à la transparence et sont rendus publics.

**Art. 85**<sup>287</sup> Opposition (art. 52 LPGA<sup>288</sup>)

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

**Art. 86**<sup>289</sup> Recours (art. 56 LPGA<sup>290</sup>)

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

**Art. 87**<sup>291</sup> Litiges entre assureurs

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

<sup>285</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Compensation des risques), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO **2009** 4755; FF **2004** 5207).

<sup>286</sup> RS **235.11**

<sup>287</sup> Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 11 de la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3371; FF **1991** II 181 888, **1994** V 897, **1999** 4168).

<sup>288</sup> RS **830.1**

<sup>289</sup> Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 11 de la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3371; FF **1991** II 181 888, **1994** V 897, **1999** 4168).

<sup>290</sup> RS **830.1**

<sup>291</sup> Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 11 de la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3371; FF **1991** II 181 888, **1994** V 897, **1999** 4168).

**Art. 88**<sup>292</sup>**Art. 89** Tribunal arbitral cantonal

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

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

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

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

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

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

**Art. 90**<sup>293</sup>**Art. 90a**<sup>294</sup> Tribunal administratif fédéral

<sup>1</sup> En dérogation à l'art. 58, al. 2, LPGA<sup>295</sup>, les décisions et les décisions sur opposition de l'institution commune prises en vertu de l'art. 18, al. 2<sup>bis</sup> et 2<sup>ter</sup>, peuvent faire l'objet d'un recours devant le Tribunal administratif fédéral. Celui-ci statue également sur les recours contre les décisions de l'institution commune prises en vertu de l'art. 18, al. 2<sup>quinquies</sup>.

<sup>2</sup> Le Tribunal administratif fédéral connaît des recours contre les décisions des gouvernements cantonaux visées à l'art. 53.<sup>296</sup>

<sup>292</sup> Abrogé par l'annexe ch. 11 de la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>293</sup> Abrogé par l'annexe ch. 110 de la LF du 17 juin 2005 sur le TAF, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2007 (RO 2006 2197 1069; FF 2001 4000).

<sup>294</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 6 oct. 2000 (RO 2002 858; FF 2000 3751). Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 110 de la LF du 17 juin 2005 sur le TAF, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2007 (RO 2006 2197 1069; FF 2001 4000).

<sup>295</sup> RS 830.1

<sup>296</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

**Art. 91**<sup>297</sup> Tribunal fédéral

Les jugements rendus par le tribunal cantonal arbitral peuvent faire l'objet d'un recours devant le Tribunal fédéral, conformément à la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral<sup>298</sup>.

**Art. 92**<sup>299</sup> Délits

<sup>1</sup> Est puni d'une peine pécuniaire de 180 jours-amende au plus, à moins qu'il ne s'agisse d'un crime ou d'un délit passible d'une peine plus lourde prévue par le code pénal<sup>300</sup>, quiconque:

- a. se dérobe, partiellement ou totalement, à l'obligation de s'assurer, par des indications fausses ou incomplètes ou de toute autre manière;
- b. obtient pour lui-même ou pour autrui, sur la base de la présente loi, une prestation qui ne lui revient pas, par des indications fausses ou incomplètes ou de toute autre manière;
- c.<sup>301</sup> ...
- d.<sup>302</sup> ne répercute pas les avantages au sens de l'art. 56, al. 3.

<sup>2</sup> En dérogation à l'art. 79, al. 2, LPGA<sup>303</sup>, l'OFSP poursuit et juge les infractions à l'art. 56, al. 3, let. b en relation avec l'art. 92, al. 1, let. d.<sup>304</sup>

**Art. 93**<sup>305</sup>**Art. 93a**<sup>306</sup>

<sup>297</sup> Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 110 de la LF du 17 juin 2005 sur le TAF, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2007 (RO **2006** 2197 1069; FF **2001** 4000).

<sup>298</sup> RS **173.110**

<sup>299</sup> Nouvelle teneur selon l'art. 333 du code pénal, dans la teneur de la LF du 13 déc. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2007 (RO **2006** 3459).

<sup>300</sup> RS **311.0**

<sup>301</sup> Abrogée par l'annexe ch. 2 de la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO **2015** 5137; FF **2012** 1725).

<sup>302</sup> Introduit par l'annexe ch. II 8 de la L du 15 déc. 2000 sur les produits thérapeutiques, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2002 (RO **2001** 2790; FF **1999** 3151).

<sup>303</sup> RS **830.1**

<sup>304</sup> Introduit par l'annexe ch. 4 de la LF du 18 mars 2016, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2020 (RO **2017** 2745, **2019** 1393; FF **2013** 1).

<sup>305</sup> Abrogé par l'annexe ch. 2 de la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO **2015** 5137; FF **2012** 1725).

<sup>306</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 2000 (RO **2000** 2305; FF **1999** 727). Abrogé par l'annexe ch. 2 de la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO **2015** 5137; FF **2012** 1725).

Art. 94<sup>307</sup>

Art. 95<sup>308</sup>

## Titre 6<sup>309</sup> Relation avec le droit européen

Art. 95a<sup>310</sup>

<sup>1</sup> Pour les personnes qui sont ou qui ont été soumises à la législation sur la sécurité sociale de la Suisse ou de l'un ou de plusieurs États membres de l'Union européenne et qui sont des ressortissants suisses ou des ressortissants de l'un des États membres de l'Union européenne, pour les réfugiés ou les apatrides qui résident en Suisse ou dans un État membre de l'Union européenne, ainsi que pour les membres de la famille et les survivants de ces personnes, sont applicables aux prestations comprises dans le champ d'application de la présente loi les actes suivants dans leur version qui lie la Suisse en vertu de l'annexe II, section A de l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP)<sup>311</sup>:

- a. règlement (CE) n° 883/2004<sup>312</sup>;
- b. règlement (CE) n° 987/2009<sup>313</sup>;
- c. règlement (CEE) n° 1408/71<sup>314</sup>;
- d. règlement (CEE) n° 574/72<sup>315</sup>.

<sup>307</sup> Abrogé par l'annexe ch. 2 de la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5137; FF 2012 1725).

<sup>308</sup> Abrogé par l'annexe ch. 11 de la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3371; FF 1991 II 181 888, 1994 V 897, 1999 4168).

<sup>309</sup> Introduit par le ch. I 9 de la LF du 8 oct. 1999 sur l'Ac. entre la Suisse et la CE et ses États membres sur la libre circulation des personnes, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 701; FF 1999 5440).

<sup>310</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2018 (RO 2017 6717; FF 2016 1).

<sup>311</sup> RS 0.142.112.681

<sup>312</sup> Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1).

<sup>313</sup> Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11).

<sup>314</sup> Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté; dans la dernière version en vigueur selon l'accord sur la libre circulation des personnes (RO 2004 121, 2008 4219 4273, 2009 4831) et la convention AELE révisée.

<sup>315</sup> Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n° 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté; dans la dernière version en vigueur selon l'accord sur la libre circulation des personnes (RO 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) et la convention AELE révisée.

<sup>2</sup> Pour les personnes qui sont ou qui ont été soumises à la législation sur la sécurité sociale de la Suisse, de l'Islande, de la Norvège ou du Liechtenstein et qui sont des ressortissants de la Suisse, de l'Islande, de la Norvège ou du Liechtenstein, ou qui résident en tant que réfugiés ou apatrides en Suisse ou sur le territoire de l'Islande, de la Norvège ou du Liechtenstein, ainsi que pour les membres de la famille et les survivants de ces personnes, sont applicables aux prestations comprises dans le champ d'application de la présente loi les actes suivants dans leur version qui lie la Suisse en vertu de l'appendice 2 de l'annexe K de la Convention du 4 janvier 1960 instituant l'Association européenne de libre-échange<sup>316</sup> (convention AELE):

- a. règlement (CE) no 883/2004;
- b. règlement (CE) no 987/2009;
- c. règlement (CEE) no 1408/71;
- d. règlement (CEE) n° 574/72.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral adapte les renvois aux actes de l'Union européenne visés aux al. 1 et 2 à chaque fois qu'une modification de l'annexe II de l'ALCP ou de l'appendice 2 de l'annexe K de la convention AELE est adoptée.

<sup>4</sup> Les expressions «États membres de l'Union européenne», «États membres de la Communauté européenne», «États de l'Union européenne» et «États de la Communauté européenne» figurant dans la présente loi désignent les États auxquels s'applique l'accord sur la libre circulation des personnes.

## **Titre 7<sup>317</sup> Dispositions finales**

### **Chapitre 1 Exécution**

#### **Art. 96**

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

### **Chapitre 2 Dispositions transitoires**

#### **Art. 97 Dispositions cantonales**

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

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

<sup>316</sup> RS 0.632.31

<sup>317</sup> Anciennement tit. 6



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

<sup>1</sup> Les caisses-maladie reconnues selon la loi fédérale du 13 juin 1911<sup>318</sup> et qui veulent continuer de pratiquer l'assurance-maladie conformément à la présente loi doivent le communiquer à l'OFSP au plus tard six mois avant l'entrée en vigueur de la loi. Elles doivent simultanément lui soumettre les tarifs des primes de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières pour approbation, conformément aux art. 61, al. 4, et 76, al. 4,<sup>319</sup> de la loi.

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

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

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

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

<sup>2</sup> Lesdites caisses doivent se dissoudre si elles n'ont pas obtenu, lors de l'entrée en vigueur de la présente loi, l'agrément de pratiquer des assurances au sens de la LSA<sup>320</sup>. La pratique de l'assurance d'indemnités journalières limitée à une entreprise ou à une association professionnelle est réservée. Après avoir consulté la FINMA, l'OFSP décide de la part de la fortune de ces caisses à utiliser conformément à l'al. 3.<sup>321</sup>

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

<sup>318</sup> [RS 8 283]

<sup>319</sup> Actuellement: art. 61 al. 5 et 76 al. 4.

<sup>320</sup> RS 961.01

<sup>321</sup> Nouvelle teneur de la phrase selon l'annexe ch. 12 de la LF du 22 juin 2007 sur la surveillance des marchés financiers, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO 2008 5207; FF 2006 2741).

**Art. 100**<sup>322</sup>**Art. 101** Fournisseurs de prestations et médecins-conseils

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

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

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

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

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

<sup>2</sup> Les dispositions des caisses relatives aux prestations pour soins excédant le catalogue selon l'art. 34, al. 1, (prestations statutaires, assurances complémentaires) doivent être adaptées au nouveau droit dans le délai d'une année dès l'entrée en vigueur de la loi. Les droits et les obligations des assurés sont régis par l'ancien droit tant que l'adaptation n'est pas effectuée. La caisse doit offrir à ses assurés des contrats qui prévoient une couverture d'assurance ayant au moins la même étendue que celle dont ils bénéficiaient jusqu'alors. Les périodes d'assurance accomplies sous l'ancien droit sont prises en compte lors de la fixation des primes.

<sup>3</sup> Les rapports d'assurance existant, selon l'ancien droit, avec des caisses qui perdent leur reconnaissance et qui continuent de pratiquer l'assurance en tant qu'institution d'assurance au sens de la LSA<sup>323</sup> (art. 99), sont caducs dès l'entrée en vigueur de la présente loi. L'assuré peut toutefois demander le maintien de ses rapports d'assurance pour autant que l'institution d'assurance offre une assurance correspondante.

<sup>4</sup> Les contrats existant, selon l'ancien droit, avec d'autres assureurs que les caisses-maladie reconnues pour des risques couverts par l'assurance obligatoire des soins selon la présente loi sont caducs dès l'entrée en vigueur de celle-ci. Les primes payées

<sup>322</sup> Abrogé par le ch. II 43 de la LF du 20 mars 2008 relative à la mise à jour formelle du droit fédéral, avec effet au 1<sup>er</sup> août 2008 (RO 2008 3437; FF 2007 5789).

<sup>323</sup> Voir actuellement la LF du 17 déc. 2004 (RS 961.01).

pour la période postérieure à l'entrée en vigueur de la loi seront restituées. Les prestations d'assurance dues pour des accidents survenus avant l'entrée en vigueur de la loi sont allouées d'après les anciens contrats.

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Art. 104a**<sup>324</sup>

#### **Art. 105**<sup>325</sup>

#### **Art. 105a**<sup>326</sup> Effectif des assurés déterminant pour la compensation des risques

<sup>1</sup> Les requérants d'asile, les personnes admises à titre provisoire et les personnes à protéger qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour qui séjournent en Suisse

<sup>324</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 2000 (RO 2000 2305; FF 1999 727). Abrogé par le ch. I 3 de la LF du 13 juin 2008 sur le nouveau régime de financement des soins, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO 2009 3517 6847 ch. I; FF 2005 1911).

<sup>325</sup> Abrogé par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Compensation des risques), avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO 2009 4755; FF 2004 5207).

<sup>326</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 16 déc. 2005, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2007 (RO 2006 4823; FF 2002 6359).

et qui bénéficient de l'aide sociale sont exclus de l'effectif des assurés déterminant pour la compensation des risques.

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

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

#### **Art. 106**<sup>327</sup>

#### **Art. 106a à 106c**<sup>328</sup>

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

#### **Art. 107**

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

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

Date de l'entrée en vigueur: 1<sup>er</sup> janvier 1996<sup>329</sup>

Art. 11 à 14, 18, 61 al. 4, 76 al. 4, 97 à 104, 107 al. 2: 1<sup>er</sup> juin 1995<sup>330</sup>

### **Dispositions finales de la modification du 24 mars 2000**<sup>331</sup>

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

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

<sup>327</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 mars 2014 (Correction des primes), en vigueur du 1<sup>er</sup> janv. 2015 au 31 déc. 2017 (RO **2014** 2463; FF **2012** 1707).

<sup>328</sup> Introduits par le ch. I de la LF du 21 mars 2014 (Correction des primes), en vigueur du 1<sup>er</sup> janv. 2015 au 31 déc. 2017 (RO **2014** 2463; FF **2012** 1707).

<sup>329</sup> Art. 1 de l'O du 12 avril 1995 [RO **1995** 1367]

<sup>330</sup> Art. 1 de l'O du 12 avril 1995 [RO **1995** 1367]

<sup>331</sup> RO **2000** 2305 ; FF **1999** 727

**Disposition transitoire du 8 octobre 2004  
(Tarif des soins)<sup>332</sup>****Disposition finale de la modification du 18 mars 2005  
(Réduction des primes)<sup>333</sup>****Dispositions transitoires de la modification du 20 décembre 2006<sup>334</sup>****Dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007  
(Financement hospitalier)<sup>335</sup>**

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

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral fixe:

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

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

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

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

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

<sup>332</sup> RO 2004 4375; FF 2004 4019. Abrogée par le ch. I de la LF du 20 déc. 2006 (Tarif des soins), avec effet au 1<sup>er</sup> déc. 2006 (RO 2006 5767; FF 2006 7159 7167).

<sup>333</sup> RO 2005 3587; FF 2004 4089. Abrogée par le ch. I de la LF du 17 mars 2017, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2019 (RO 2018 1843; FF 2016 6989 7729).

<sup>334</sup> RO 2006 5767; FF 2006 7159 7167. En vigueur jusqu'au 31 déc. 2008.

<sup>335</sup> RO 2008 2049; FF 2004 5207

## **Dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 (Compensation des risques)<sup>336</sup>**

### **Dispositions transitoires de la modification du 13 juin 2008<sup>337</sup>**

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

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

### **Disposition transitoire de la modification du 12 juin 2009<sup>338</sup>**

### **Dispositions transitoires de la modification du 19 mars 2010<sup>339</sup>**

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

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

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

<sup>336</sup> RO 2009 4755; FF 2004 5207. Abrogées par le ch. I de la LF du 21 mars 2014, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO 2014 3345; FF 2013 7021 7519).

<sup>337</sup> RO 2009 3517; FF 2005 1911

<sup>338</sup> RO 2009 5265; FF 2009 2977 2987. En vigueur jusqu'au 31 déc. 2011.

<sup>339</sup> RO 2011 3523; FF 2009 5973 5987

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

### **Disposition transitoire de la modification du 23 décembre 2011<sup>340</sup>**

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

### **Dispositions transitoires de la modification du 21 juin 2013 (Réintroduction temporaire de l'admission selon le besoin)<sup>341</sup>**

### **Dispositions transitoires relatives à la modification du 19 juin 2015 (Dossier électronique du patient)<sup>342</sup>**

<sup>1</sup> Les hôpitaux, y compris ceux qui concluent des conventions au sens de l'art. 49a, al. 4, doivent se conformer à l'art. 39, al. 1, let. f, dans un délai transitoire de trois ans après l'entrée en vigueur de la modification du 19 juin 2015.

<sup>2</sup> Les maisons de naissance, y compris celles qui concluent des conventions au sens de l'art. 49a, al. 4, ainsi que les établissements médico-sociaux doivent se conformer à l'art. 39, al. 1, let. f, dans un délai transitoire de cinq ans après l'entrée en vigueur de la modification du 19 juin 2015.

### **Dispositions transitoires de la modification du 17 juin 2016 (Prolongation de la limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie)<sup>343</sup>**

### **Disposition transitoire de la modification du 17 mars 2017<sup>344</sup>**

Les cantons mettent en œuvre le système de réduction des primes pour les enfants prévu à l'art. 65, al. 1<sup>bis</sup>, dans un délai de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de la modification du 17 mars 2017.

<sup>340</sup> RO 2012 4087; FF 2011 2359

<sup>341</sup> RO 2013 2065; FF 2012 8709. En vigueur jusqu'au 30 juin 2016.

<sup>342</sup> RO 2017 2201; FF 2013 4747

<sup>343</sup> RO 2016 2265; FF 2016 3349 3359. En vigueur jusqu'au 30 juin 2019.

<sup>344</sup> RO 2018 1843; FF 2016 6989 7729

## **Dispositions transitoires de la modification du 14 décembre 2018 (Prolongation de la limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie)<sup>345</sup>**

### **Disposition transitoire de la modification du 21 juin 2019<sup>346</sup>**

Les fédérations des fournisseurs de prestations et des assureurs soumettent pour approbation au Conseil fédéral les conventions de qualité, pour la première fois, un an après l'entrée en vigueur de la modification du 21 juin 2019.

### **Dispositions transitoires relatives à la modification du 19 juin 2020<sup>347</sup>**

<sup>1</sup> Les réglementations cantonales en matière de limitation des admissions à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins doivent être adaptées dans un délai de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de la modification du 19 juin 2020. L'ancien droit régissant la limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins reste applicable jusqu'à l'adaptation des réglementations cantonales concernées, mais pendant deux ans au plus.

<sup>2</sup> Les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m et n, qui étaient admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'ancien droit sont réputés admis au sens de l'art. 36 du nouveau droit par le canton sur le territoire duquel ils pratiquaient à l'entrée en vigueur dudit article.

### **Disposition transitoire de la modification du 18 décembre 2020 (Rémunération du matériel de soins)<sup>348</sup>**

Pendant une année après l'entrée en vigueur de la modification du 18 décembre 2020, la rémunération des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques qui sont utilisés conformément à l'art. 25a, al. 1 et 2, et pour lesquels le département n'a pas encore édicté, conformément à l'art. 52, al. 1, let. a, ch. 3, des dispositions sur l'obligation de prise en charge et l'étendue de la rémunération reste régie par l'ancien droit.

### **Disposition transitoire relative à la modification du 18 juin 2021<sup>349</sup>**

L'organisation visée à l'art. 47a doit être instituée dans les deux ans qui suivent l'entrée en vigueur de la modification du 18 juin 2021.

<sup>345</sup> RO 2019 1211; FF 2018 6397 6745. En vigueur jusqu'au 30 juin 2021.

<sup>346</sup> RO 2021 151; FF 2016 217

<sup>347</sup> RO 2021 413; FF 2018 3263.

<sup>348</sup> RO 2021 345; FF 2020 4695

<sup>349</sup> RO 2021 837; FF 2019 5765



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

**1. La loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance-maladie<sup>350</sup> est abrogée.**

**2. à 6.**

...<sup>351</sup>

<sup>350</sup> [RS 8 283; RO 1959 888, 1964 961, 1968 66, 1971 1461 ch. II art. 6 ch. 2, 1977 2249 ch. I 611, 1978 1836 annexe ch. 4, 1982 196 1676 annexe ch. 1 2184 art. 114, 1990 1091, 1991 362 ch. II 412, 1992 288 annexe ch. 37, 1995 511]

<sup>351</sup> Les mod. peuvent être consultées au RO 1995 1328.

