



Projet

Loi fédérale sur l'assurance-maladie

(LAMal)

(Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2^e volet)

Modification du ...

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

I

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

Remplacement d'expressions

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

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

Art. 18, al. 2^{septies}

^{2septies} Elle gère les fonds suivants:

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

Art. 25, al. 2, let. h

² Ces prestations comprennent:

- h. les prestations suivantes des pharmaciens:
 1. les prestations fournies lors de la remise de médicaments prescrits conformément à la let. b,

¹ FF 2022 2427

² RS 832.10

³ RS 810.21

2. les prestations de conseils pharmaceutiques visant à optimiser le traitement médicamenteux et l'adhésion thérapeutique.

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

⁴ ... Le coût des soins fournis, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse en fonction du besoin est déterminant. ...

Art. 26 Mesures de prévention

¹ L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts de certains examens destinés à détecter à temps les maladies ainsi que des mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés.

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

Art. 32, al. 3

³ Le Conseil fédéral peut fixer la fréquence et l'ampleur d'un réexamen différencié de l'efficacité, l'adéquation et du caractère économique en fonction du type de prestation.

Art. 35, al. 2, let. o

² Les fournisseurs de prestations sont:

- o. les réseaux de soins coordonnés.

Art. 36 Médecins et autres fournisseurs de prestations: principe

Les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m, n et o, ne peuvent pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins que s'ils sont admis par le canton sur le territoire duquel ils exercent leur activité.

Art. 36a, al. 1, 1^{re} phrase

¹ Le Conseil fédéral règle les conditions d'admission des fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m, n et o. ...

Art. 37a Réseaux de soins coordonnés: conditions particulières

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

- a. ils sont dirigés par un médecin qui remplit les conditions de l'art. 37, al. 1;
- b. ils fournissent sous forme ambulatoire et de façon coordonnée des prestations visées aux art. 25 à 31;

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

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

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

Art. 38, al. 1 et 2, partie introductive

¹ Chaque canton désigne une autorité chargée de surveiller les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m, n et o.

² L'autorité de surveillance prend les mesures nécessaires au respect des conditions visées aux art. 36a à 37a. En cas de non-respect de ces conditions, elle peut prendre les mesures suivantes:

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

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

en particulier de quelle manière fixer le tarif de référence et définir les traitements comparables.

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

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

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

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

² ... En dérogation à l'al. 1, l'assureur est le débiteur:

- a. de sa part de rémunération en cas de traitement hospitalier;
- b. de la rémunération des prestations pour lesquelles l'OFSP ou le DFI ont prévu une restitution au sens de l'art. 52b.

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

Art. 42a, al. 2 à 3^{bis}

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

^{2bis} Elle peut être utilisée:

- a. comme moyen d'identification au sens de l'art. 7, al. 2, de la loi fédérale du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient⁵;
- b. comme moyen d'identification dans les relations avec les assureurs.

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

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

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

Art. 46, al. 1^{bis}

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

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

¹ Les réseaux de soins coordonnés concluent avec les assureurs ou leurs fédérations des conventions qui règlent le financement des coûts supplémentaires découlant de la coordination des cas complexes.

² Les conventions doivent tenir compte de l'étendue des mandats de prestations cantonaux.

³ L'art. 46, al. 4, ne s'applique pas à ces conventions.

⁴ Le Conseil fédéral peut définir les exigences minimales auxquelles les conventions doivent satisfaire.

Art. 52, al. 1, phrase introductive

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

Art. 52b Restitutions

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

² Lorsqu'il fixe le prix des médicaments conformément à l'art. 14^{ter}, al. 5, de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité⁶, l'office fédéral compétent peut prévoir, pour autant que le respect des principes de l'art. 32 LAMal le requiert, l'obligation pour le titulaire de l'autorisation de restituer une partie du prix des médicaments ou des coûts à l'assureur ou au fonds.

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

⁴ Le Conseil fédéral règle:

- a. les conditions auxquelles des restitutions peuvent être prévues;
- b. le calcul et les modalités des restitutions;
- c. la répartition entre les assureurs et les cantons des sommes versées au fonds;
- d. les frais d'administration du fonds.

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

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

Art. 52c Confidentialité des informations relatives aux restitutions

¹ Les informations relatives au montant, au calcul ou aux modalités de restitutions versées aux assureurs ou au fonds pour les restitutions sur la base de conventions tarifaires, d'accords ou de décisions de l'OFSP ne sont pas accessibles aux tiers. Les accords de restitution communiqués aux autorités compétentes dans le cadre de la procédure d'approbation visée à l'art. 46, al. 4, ne leur sont pas non plus accessibles.

² L'autorité compétente refuse les demandes d'accès aux informations visées à l'al. 1 qui se fondent sur la loi du 17 décembre 2004 sur la transparence⁷ ou les dispositions cantonales correspondantes.

Art. 53, al. 1

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

Art. 55a, al. 1, let. b, ch. 3, et al. 5, let. b

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

- b. que le nombre de médecins suivants est limité au nombre maximal déterminé:
 3. les médecins qui exercent dans un réseau de soins coordonnés visé à l'art. 35, al. 2, let. o.

⁷ RS 152.3

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

- b. les médecins qui exerçaient dans le domaine ambulatoire d'un hôpital, dans une institution visée à l'art. 35, al. 2, let. n, ou dans un réseau de soins coordonnés visé à l'art. 35, al. 2, let. o, avant l'entrée en vigueur des nombres maximaux, s'ils poursuivent leur activité dans le domaine ambulatoire du même hôpital, dans la même institution ou dans le même réseau de soins coordonnés.

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

⁶ Le Conseil fédéral peut:

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

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

- b. prestations visées aux art. 25, 25a, 27, 28 et 30 qui sont fournies à partir du début de la grossesse déterminé médicalement par une échographie, pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement ou la fin de la grossesse.

II

La modification d'autres actes est réglée en annexe.

III

Dispositions transitoires de la modification du ...

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

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

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

⁴ Les sommes que les titulaires d'autorisation ont remboursées au fonds d'insolvabilité à la suite de l'examen du caractère économique des médicaments de la liste des spécialités en vertu de l'ancien droit sont transférées au fonds pour les restitutions visé à l'art. 18, al. 2^{septies}, let. b, à l'entrée en vigueur de la modification du

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

IV

¹ La présente loi est sujette au référendum.

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

Modification d'autres actes

Les actes mentionnés ci-après sont modifiés comme suit:

1. Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité⁸

Art. 14, al. 2

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

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

Prise en charge des traitements dispensés en milieu hospitalier

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

Insérer avant le titre II^{bis}

Art. 14^{quater} Restitutions

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

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

³ Le Conseil fédéral règle:

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

⁸ RS 831.20

⁹ RS 832.10

¹⁰ RS 832.10

- c. la répartition entre l'assurance-invalidité et les cantons des sommes versées au Fonds de compensation de l'AI visé à l'art. 79 au titre de la prise en charge des traitements dispensés en milieu hospitalier visée à l'art. 14^{bis}.

⁴ Les recours formés par des assureurs en vertu de la loi du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie¹¹ ou des cantons contre des décisions prises en vertu des al. 1 et 2 n'ont pas d'effet suspensif.

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

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

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

³ L'autorité compétente refuse les demandes d'accès aux informations visées à l'al. 1 qui se fondent sur la loi du 17 décembre 2004 sur la transparence¹² ou les dispositions cantonales correspondantes.

Insérer après le titre II^{bis}

Art. 14sexies

Ex-art. 14quater

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

¹ ... Le Conseil fédéral peut fixer les catégories de fournisseurs de prestations qui doivent faire figurer le numéro AVS sur la facture. L'assuré reçoit une copie de la facture.

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

Art. 48, al. 1 et 3

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

¹¹ RS 832.12

¹² RS 152.3

¹³ RS 830.1

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

Disposition transitoire de la modification du ...

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

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

Art. 48, let. c

Abrogée

