

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

Projet du 18 septembre 2000

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse, vu le message du Conseil fédéral du 18 septembre 2000, arrête:

I

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

Art. 13, al. 2, let. f (nouveau)

² Les assureurs doivent remplir en particulier les conditions suivantes:

- f. offrir seuls ou en collaboration avec un ou plusieurs autres assureurs une ou plusieurs formes particulières d'assurance impliquant un choix limité du fournisseur de prestations au sens des art. 41, al. 4, et 62, al. 1.

Art. 21, al. 4

⁴ Les hôpitaux, les établissements médico-sociaux et les institutions de soins semi-hospitaliers doivent communiquer aux autorités fédérales compétentes les données qui sont nécessaires à celles-ci pour surveiller l'application des dispositions de la présente loi relatives au caractère économique et à la qualité des prestations. L'anonymat des assurés doit être garanti.

Art. 25, al. 2, let. e et f

² Ces prestations comprennent:

- e. le séjour dans un hôpital;
f. le séjour dans une institution de soins semi-hospitaliers;

Art. 35, al. 1 et 2, let. i

¹ Sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins les fournisseurs de prestations qui:

- remplissent les conditions des articles 36 à 40, et
- pour autant qu'ils soient actifs dans le secteur ambulatoire et qu'ils soient âgés de plus de 65 ans révolus, ont conclu un contrat d'admission avec un ou plusieurs assureurs-maladie.

² Ces fournisseurs de prestations sont:

- i. les institutions de soins semi-hospitaliers;

Art. 39, al. 1, let. d et e, et 2, 3, 4 (nouveau)

¹ 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) ainsi que les établissements, les institutions et leurs divisions qui prodiguent des soins semi-hospitaliers (institutions de soins semi-hospitaliers) sont admis s'ils:

- d. correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers;
e. figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux.

² La planification des soins hospitaliers au sens de l'al. 1, let. d, porte sur la couverture des besoins de toutes les personnes tenues de s'assurer en vertu de la présente loi (art. 3) et prend en considération les flux de patients entre les cantons. Elle doit inclure de manière adéquate les organismes privés.

³ La liste au sens de l'al. 1, let. e, comprend l'ensemble des hôpitaux et des institutions de soins semi-hospitaliers du canton qui sont nécessaires à la couverture des besoins et qui disposent d'un mandat de prestations; elle peut également comprendre des hôpitaux et des institutions de soins semi-hospitaliers situés dans d'autres cantons, et faisant l'objet d'un accord entre le canton et un ou plusieurs autres cantons, ou directement entre le canton et ceux-ci.

⁴ Les dispositions relatives à l'admission (al. 1), à la planification (al. 2) ainsi qu'à l'établissement de listes (al. 3) s'appliquent par analogie aux établissements, aux institutions et à leurs divisions qui prodiguent des soins, une assistance médicale ainsi que des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médico-sociaux).

Art. 41, al. 1, 2 let. b et 3

¹ L'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. En cas de traitement ambulatoire, l'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs. En cas de traitement hospitalier ou semi-hospitalier, il prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans les hôpitaux ou les institutions de soins semi-hospitaliers figurant sur la liste du canton où réside l'assuré.

² Si, pour des raisons médicales, l'assuré recourt à un autre fournisseur de prestations, l'assureur prend en charge les coûts d'après le tarif applicable à cet autre fournisseur de prestations. Sont réputés raisons médicales le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent être fournies:

- b. dans les hôpitaux ou dans les institutions de soins semi-hospitaliers figurant sur la liste du canton où réside l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier ou semi-hospitalier.

³ Si, pour des raisons médicales, l'assuré subit un traitement hospitalier ou semi-hospitalier dans un hôpital ou une institution de soins semi-hospitaliers situé hors de son canton de résidence, celui-ci rembourse la part due d'après l'art. 49.

Art. 49 Conventions tarifaires avec les hôpitaux et les institutions de soins semi-hospitaliers

¹ Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital (art. 39, al. 1), ainsi que le traitement semi-hospitalier, y compris le séjour dans une institution de soins semi-hospitaliers (art. 39, al. 1), les parties à une convention conviennent de forfaits. Ces derniers se rapportent aux prestations et se fondent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les structures uniformes peuvent être réparties par catégories. Elles font l'objet d'une convention entre les partenaires tarifaires. Si ces derniers ne peuvent s'entendre, elles sont fixées par le Conseil fédéral.

² Les parties à une convention peuvent prévoir que des prestations particulières ne sont pas comprises dans les forfaits, mais facturées séparément.

³ Les rémunérations visées aux al. 1 et 2 sont prises en charge pour moitié par l'assureur et pour moitié par le canton où réside l'assuré. Elles ne comprennent pas les parts que représentent les coûts de formation et de recherche. Les cantons peuvent décider qu'ils financent certains types de prestations séparément.

⁴ En cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital au sens des al. 1 à 3, 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.

⁵ Les rémunérations au sens des al. 1 à 4 épuisent toutes les prétentions de l'hôpital ou de l'institution de soins semi-hospitaliers pour les prestations prévues par la présente loi.

⁶ Les partenaires tarifaires conviennent de la rémunération du traitement ambulatoire.

⁷ Les hôpitaux et les institutions de soins semi-hospitaliers 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. Les gouvernements cantonaux et les partenaires tarifaires peuvent consulter les pièces. Le Conseil fédéral édicte les dispositions d'exécution à cet effet.

⁸ Les gouvernements cantonaux et, au besoin, le Conseil fédéral font procéder à des comparaisons entre institutions, soit entre les hôpitaux comme entre les institutions de soins semi-hospitaliers. Les cantons, les hôpitaux et les institutions de soins semi-hospitaliers doivent fournir les pièces nécessaires à cet effet. Si la comparaison montre que les coûts d'un hôpital ou d'une institution de soins semi-hospitaliers se situent nettement au-dessus des coûts d'hôpitaux ou d'institutions de soins semi-hospitaliers comparables ou si les pièces présentées par un hôpital ou une institution de soins semi-hospitaliers sont insuffisantes, les assureurs peuvent dénoncer la convention selon l'art. 46, al. 5, et demander à l'autorité qui approuve (art. 46, al. 4.) de réduire les tarifs dans une juste mesure.

Art. 50 Conventions tarifaires avec les établissements médico-sociaux

En cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 39, al. 4), l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire et pour les soins à domicile. Il peut toutefois convenir, avec l'établissement médico-social, d'un mode de rémunération forfaitaire. Les alinéas 7 et 8 de l'art. 49 sont applicables par analogie.

Art. 51, al. 1

¹ Le canton peut, en tant qu'instrument de gestion des finances, fixer un montant global pour le financement des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux. La répartition des coûts selon l'art. 49, al. 3, est réservée.

Art. 52, al. 1, let. b

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

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

Art. 53, al. 1

¹ Les décisions des gouvernements cantonaux au sens des art. 39, 45, 46, al. 4, 47, 49, al. 8, 51, 54 et 55 peuvent faire l'objet d'un recours au Conseil fédéral.

Art. 59 Exclusion de fournisseurs de prestations

¹ Si, pour des raisons graves, notamment en cas de manquements aux exigences des art. 56 et 58, un assureur ou une fédération d'assureurs refuse à un fournisseur de prestations d'exercer ou de poursuivre son activité conformément à la présente loi, le tribunal arbitral au sens de l'art. 89 doit en décider. L'assureur ou la fédération d'assureurs avertira préalablement le fournisseur de prestations par écrit après l'avoir entendu.

² Constituent notamment des raisons graves au sens de l'al. 1:

- a. la polypragmasie;
- b. l'inexécution ou la mauvaise exécution du devoir d'information selon l'art. 57, al. 6;
- c. l'obstruction aux mesures de contrôle de qualité prévues à l'art. 58;
- d. le non-respect de la protection tarifaire au sens de 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.

Art. 61a (nouveau) Non-paiement des primes et des participations aux coûts

¹ Lorsque des primes ou des participations aux coûts échues n'ont pas été payées, l'assureur doit envoyer un rappel écrit à l'assuré et lui impartir un délai supplémentaire de 30 jours. L'assureur attire l'attention de l'assuré sur les conséquences d'un retard dans le paiement (al. 2).

² Si, malgré le rappel, aucun paiement n'intervient, l'assureur suspend la prise en charge des coûts des prestations à l'expiration du délai supplémentaire jusqu'à ce que les primes ou les participations aux coûts échues soient entièrement payées. Il informe en même temps les services d'aide sociale compétents du lieu de résidence de l'assuré de la suspension des prestations. Sont réservées les dispositions cantonales, en particulier celles qui prévoient une annonce à l'autorité compétente en matière de réduction des primes.

³ Lorsque les primes ou les participations aux coûts qui sont dues ont été entièrement payées, l'assureur doit prendre en charge les coûts des prestations fournies pendant la durée de la suspension.

⁴ Lorsque des assurés en demeure changent d'assureur, l'ancien assureur avise le nouvel assureur des rappels effectués et des poursuites en cours. Les créances qui font l'objet d'un rappel ou des poursuites entraînent également une suspension des prestations à l'égard du nouvel assureur. L'ancien assureur informe le nouvel assureur dès que les primes ou les participations aux coûts qui lui sont dues lui sont entièrement payées.

⁵ Le Conseil fédéral règle les modalités d'encaissement, de la procédure de rappel et celles relatives aux conséquences d'un retard dans le paiement.

Art. 62, al. 3

³ Le Conseil fédéral règle en détail les formes particulières d'assurance. Il fixe, notamment en se fondant sur les besoins de l'assurance, les limites maximales des réductions de primes et les limites minimales des suppléments de primes. La compensation des risques selon l'article 66a reste dans tous les cas réservée.

*Section 5: Compensation des risques (nouveau)**Art. 66a (nouveau)*

¹ Les assureurs dont les effectifs de femmes et de personnes âgées assurées sont inférieurs à la moyenne de l'ensemble des assureurs doivent verser une contribution à l'institution commune (art. 18) en faveur des assureurs dont les effectifs de femmes et de personnes âgées assurées dépassent cette moyenne; cette contribution est destinée à compenser entièrement les différences moyennes des frais entre les groupes de risques déterminants.

² La comparaison s'effectue, par canton et pour chaque assureur, sur la base de l'effectif des assurés.

³ L'institution commune procède à la compensation des risques entre assureurs pour chaque canton.

⁴ Le Conseil fédéral édicte les dispositions relatives à la compensation des risques de telle sorte que les assureurs soient incités à gérer l'assurance de façon économique.

⁵ Le Conseil fédéral règle en outre:

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

Art. 79, al. 2bis (nouveau)

^{2bis} Le canton de résidence a un droit de recours analogue à celui des al. 1 et 2 pour les contributions qu'il a versées en vertu des art. 41, al. 3, et 49, al. 3.

Art. 104a, al. 2

² Tant que les coûts des prestations des établissements médico-sociaux ne sont pas calculés selon une méthode uniforme (art. 49, al. 7, et 50), le département peut déterminer, par voie d'ordonnance, dans quelles proportions ces prestations doivent être prises en charge.

Art. 105

Biffé.

II

Dispositions transitoires

¹ Le Conseil fédéral fixe la date à partir de laquelle les assureurs doivent remplir l'obligation contenue à l'art. 13, al. 2, let. f.

² Le Conseil fédéral fixe la date à laquelle les forfaits visés à l'art. 49, al. 1, doivent se fonder sur des structures uniformes. L'introduction peut se faire par étapes. Le Conseil fédéral détermine également la manière dont sont inclus, dans le calcul du tarif, les investissements effectués avant l'entrée en vigueur de la présente modification.

³ Dès l'entrée en vigueur de la présente modification, la part des assureurs aux rémunérations visées à l'art. 49, al. 3, doit être augmentée d'un point pour-cent au début de chaque année civile de sorte que, après cinq années civiles, la moitié de la rémunération soit atteinte.

III

¹ La présente loi est sujette au référendum facultatif.

² Elle entre en vigueur le