

# Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)

du 27 juin 1995 (Etat le 20 décembre 2005)

---

*Le Conseil fédéral suisse,*

vu l'art. 81 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale des assurances sociales (LPGA)<sup>1</sup>,

vu l'art. 96 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (loi/LAMal)<sup>2</sup>,  
vu l'art. 82, al. 2, de la loi du 15 décembre 2000 sur les produits thérapeutiques (LPTh)<sup>3,4</sup>

*arrête:*

## **Partie 1 Assurance obligatoire des soins**

### **Titre 1 Obligation de s'assurer**

#### **Chapitre 1 Dispositions générales**

##### **Section 1 Personnes tenues de s'assurer**

###### **Art. 1 Obligation de s'assurer**

<sup>1</sup> Les personnes domiciliées en Suisse au sens des art. 23 à 26 du code civil suisse<sup>5</sup> (CC) sont tenues de s'assurer, conformément à l'art. 3 de la loi.

<sup>2</sup> Sont en outre tenus de s'assurer:

- a.<sup>6</sup> les ressortissants étrangers qui disposent d'une autorisation de séjour au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 26 mars 1931 sur le séjour et l'établissement des étrangers (LSEE)<sup>7</sup> valable au moins trois mois;
- b. les ressortissants étrangers exerçant une activité dépendante et dont l'autorisation de séjour est valable moins de trois mois, lorsqu'ils ne bénéficient pas d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse;
- c.<sup>8</sup> les personnes qui ont déposé une demande d'asile en Suisse conformément à l'art. 18 de la loi du 26 juin 1998 sur l'asile<sup>9</sup> (loi sur l'asile), les personnes

RO 1995 3867

<sup>1</sup> RS 830.1

<sup>2</sup> RS 832.10

<sup>3</sup> RS 812.21

<sup>4</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I 8 de l'O du 18 août 2004 (RO 2004 4037).

<sup>5</sup> RS 210

<sup>6</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1997 (RO 1996 3139).

<sup>7</sup> RS 142.20

qui se sont vu accorder la protection provisoire selon l'art. 66 de la loi sur l'asile et les personnes pour lesquelles une admission provisoire a été décidée conformément à l'art. 14a LSEE;

- d.<sup>10</sup> les personnes qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne et qui sont soumises à l'assurance suisse en vertu de l'Accord du 21 juin 1999 entre, d'une part, la Confédération suisse et, d'autre part, la Communauté européenne et ses Etats membres, sur la libre circulation des personnes (Accord sur la libre circulation des personnes)<sup>11</sup> et de son annexe II, mentionnés à l'art. 95a, let. a, de la loi;
- e.<sup>12</sup> les personnes qui résident en Islande ou en Norvège et qui sont soumises à l'assurance suisse en vertu de l'Accord du 21 juin 2001 amendant la Convention instituant l'Association européenne de libre-échange (Accord AELE)<sup>13</sup>, de son annexe K et de l'appendice 2 de l'annexe K, mentionnés à l'art. 95a, let. b, de la loi;
- f.<sup>14</sup> les personnes qui disposent d'une autorisation de séjour de courte durée ou d'une autorisation de séjour conformément à l'Accord sur la libre circulation des personnes ou à l'Accord AELE, valable au moins trois mois;
- g.<sup>15</sup> les personnes qui exercent une activité lucrative en Suisse pendant trois mois au plus et qui, en vertu de l'Accord sur la libre circulation des personnes ou de l'Accord AELE, n'ont pas besoin d'une autorisation de séjour, lorsqu'elles ne bénéficient pas d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse.

## Art. 2 Exceptions à l'obligation de s'assurer

<sup>1</sup> Sont exceptés de l'obligation de s'assurer:

- a.<sup>16</sup> les agents de la Confédération, en exercice ou retraités, qui sont soumis à l'assurance militaire en vertu de l'art. 1a, al. 1, let. b, ch. 1 à 7, et de l'art. 2 de la loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire (LAM)<sup>17</sup>;
- b. les personnes qui séjournent en Suisse dans le seul but de suivre un traitement médical ou une cure;

<sup>8</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 août 1999, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> oct. 1999 (RO 1999 2403).

<sup>9</sup> RS 142.31

<sup>10</sup> Introduite par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001 (RO 2002 915). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

<sup>11</sup> RS 0.142.112.681

<sup>12</sup> Introduite par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001 (RO 2002 915). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

<sup>13</sup> RS 0.632.31

<sup>14</sup> Introduite par le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

<sup>15</sup> Introduite par le ch. I de l'O du 3 déc. 2004 (RO 2004 5075).

<sup>16</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 sept. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3908).

<sup>17</sup> RS 833.1

- c.<sup>18</sup> les personnes qui, en vertu de l'Accord sur la libre circulation des personnes<sup>19</sup> et de son annexe II, de l'Accord AELE<sup>20</sup>, de son annexe K et de l'appendice 2 de l'annexe K ou d'une convention sur la sécurité sociale, sont soumises aux dispositions légales d'un autre Etat parce qu'elles exercent une activité lucrative dans cet Etat;
- d.<sup>21</sup> les personnes qui, parce qu'elles perçoivent une prestation d'une assurance-chômage étrangère en vertu de l'Accord sur la libre circulation des personnes et de son annexe II ou de l'Accord AELE, de son annexe K et de l'appendice 2 de l'annexe K, sont assujetties aux dispositions légales d'un autre Etat;
- e.<sup>22</sup> les personnes qui n'ont pas droit à une rente suisse, mais qui, en vertu de l'Accord sur la libre circulation des personnes et de son annexe II, ont droit à une rente d'un Etat membre de la Communauté européenne ou qui, en vertu de l'Accord AELE, de son annexe K et de l'appendice 2 de l'annexe K, ont droit à une rente islandaise ou norvégienne;
- f.<sup>23</sup> les personnes qui sont assurées en tant que membres de la famille des personnes mentionnées aux let. c, d ou e, auprès de l'assurance-maladie étrangère de ces dernières et qui soit ont droit à l'entraide en matière de prestations, soit bénéficient d'une couverture équivalente pour les traitements en Suisse;
- g.<sup>24</sup> les personnes qui sont assurées en tant que membres de la famille de personnes auprès de l'assurance-maladie étrangère de ces dernières et qui ont droit à l'entraide en matière de prestations.

<sup>2</sup> Sont exceptées sur requête les personnes qui sont obligatoirement assurées contre la maladie en vertu du droit d'un Etat avec lequel il n'existe pas de réglementation sur la délimitation de l'obligation de s'assurer, dans la mesure où l'assujettissement à l'assurance suisse signifierait une double charge et pour autant qu'elles bénéficient d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme étranger compétent donnant tous les renseignements nécessaires.<sup>25</sup>

<sup>3</sup> ...<sup>26</sup>

<sup>4</sup> Sont exceptées sur requête les personnes qui séjournent en Suisse dans le cadre d'une formation ou d'un perfectionnement, telles que les étudiants, les écoliers et les stagiaires, ainsi que les membres de leur famille au sens de l'art. 3, al. 2, qui les accompagnent, pour autant que, pendant toute la durée de validité de l'exception, ils

<sup>18</sup> Introduite par le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

<sup>19</sup> RS 0.142.112.681

<sup>20</sup> RS 0.632.31

<sup>21</sup> Introduite par le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

<sup>22</sup> Introduite par le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

<sup>23</sup> Introduite par le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO 2003 3249).

<sup>24</sup> Introduite par le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO 2003 3249).

<sup>25</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

<sup>26</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

bénéficient d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse.<sup>27</sup> La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme étranger compétent donnant tous les renseignements nécessaires. L'autorité cantonale compétente peut excepter ces personnes de l'obligation de s'assurer pour trois années au plus. Sur requête, l'exception peut être prolongée pour trois autres années au plus. L'intéressé ne peut revenir sur l'exception ou la renonciation à une exception sans raisons particulières.<sup>28</sup>

<sup>4bis</sup> Sont exceptés sur requête les enseignants et les chercheurs qui séjournent en Suisse dans le cadre d'un enseignement ou d'une recherche, ainsi que les membres de leur famille au sens de l'art. 3, al. 2, qui les accompagnent, pour autant que, pendant toute la durée de validité de l'exception, ils bénéficient d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse.<sup>29</sup> La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme étranger compétent donnant tous les renseignements nécessaires. L'autorité cantonale compétente peut excepter ces personnes de l'obligation de s'assurer pour trois années au plus. Sur requête, l'exception peut être prolongée pour trois autres années au plus. L'intéressé ne peut revenir sur l'exception ou la renonciation à une exception sans raisons particulières.<sup>30</sup>

<sup>5</sup> Sont exceptés sur requête les travailleurs détachés en Suisse qui sont exemptés de l'obligation de payer les cotisations de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI) en vertu d'une convention internationale de sécurité sociale, ainsi que les membres de leur famille au sens de l'art. 3, al. 2, lorsque leur employeur s'engage à ce que, pendant toute la durée de validité de l'exception, au moins les prestations prévues par la LAMal soient assurées pour les traitements en Suisse. Cette disposition est applicable par analogie aux autres personnes exemptées de l'obligation de payer des cotisations de l'AVS/AI par une autorisation exceptionnelle prévue dans une convention internationale en cas de séjour temporaire en Suisse. L'intéressé ou son employeur ne peut revenir sur l'exception ou la renonciation à une exception.<sup>31</sup>

<sup>6</sup> Sont exceptées sur requête les personnes qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, pour autant qu'elles puissent être exceptées de l'obligation de s'assurer en vertu de l'accord sur la libre circulation de personnes et de son annexe II et qu'elles prouvent qu'elles bénéficient dans l'Etat de résidence et lors d'un séjour dans un autre Etat membre de la Communauté européenne et en Suisse d'une couverture en cas de maladie.<sup>32</sup>

<sup>27</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO 2003 3249).

<sup>28</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 25 nov. 1996 (RO 1996 3139). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 915).

<sup>29</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO 2003 3249).

<sup>30</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 915).

<sup>31</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1997 (RO 1996 3139).

<sup>32</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 915).

<sup>7</sup> Sont exceptées sur requête les personnes qui disposent d'une autorisation de séjour pour personnes sans activité lucrative conformément à l'Accord sur la libre circulation des personnes et à l'Accord AELE, pour autant que, pendant toute la durée de validité de l'exception, elles bénéficient d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme étranger compétent donnant tous les renseignements nécessaires. L'intéressé ne peut revenir sur l'exception ou la renonciation à une exception sans raisons particulières.<sup>33</sup>

<sup>8</sup> Sont exceptées sur requête les personnes dont l'adhésion à l'assurance suisse engendrerait une nette dégradation de la protection d'assurance ou de la couverture des frais et qui, en raison de leur âge et/ou de leur état de santé, ne pourraient pas conclure une assurance complémentaire ayant la même étendue ou ne pourraient le faire qu'à des conditions difficilement acceptables. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme étranger compétent donnant tous les renseignements nécessaires. L'intéressé ne peut revenir sur l'exception ou la renonciation à une exception sans raisons particulières.<sup>34</sup>

### **Art. 3** Frontaliers

<sup>1</sup> Les frontaliers qui ne sont pas tenus de s'assurer selon l'art. 1, al. 2, let. d et e, et qui exercent en Suisse une activité lucrative, ainsi que les membres de leur famille, pour autant qu'ils n'exercent pas à l'étranger une activité lucrative impliquant l'assujettissement à une assurance-maladie obligatoire, sont soumis à l'assurance suisse sur requête de leur part.<sup>35</sup>

<sup>2</sup> Sont considérés comme membres de la famille les conjoints ainsi que les enfants de moins de 18 ans révolus et ceux de moins de 25 ans révolus qui fréquentent une école ou poursuivent des études ou un apprentissage.

### **Art. 4** Travailleurs détachés

<sup>1</sup> Demeurent soumis à l'assurance obligatoire suisse les travailleurs détachés à l'étranger, ainsi que les membres de leur famille au sens de l'art. 3, al. 2, qui les accompagnent, lorsque:

- a. le travailleur était assuré obligatoirement en Suisse immédiatement avant le détachement et
- b. qu'il travaille pour le compte d'un employeur dont le domicile ou le siège est en Suisse.

<sup>2</sup> Les membres de la famille ne sont pas soumis à l'assurance obligatoire suisse s'ils exercent à l'étranger une activité lucrative impliquant l'assujettissement à une assurance-maladie obligatoire.

<sup>33</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001 (RO 2002 915). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

<sup>34</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 915).

<sup>35</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

<sup>3</sup> L'assurance obligatoire est prolongée de deux ans. Sur requête, l'assureur la prolonge jusqu'à six ans en tout.

<sup>4</sup> Pour les personnes considérées comme détachées au sens d'une convention internationale de sécurité sociale, la prolongation de l'assurance correspond à la durée de détachement autorisée par cette convention. La même règle s'applique aux autres personnes qui, en raison d'une telle convention, sont soumises à la législation suisse pendant un séjour temporaire à l'étranger.

#### **Art. 5** Personnes relevant d'un service public qui séjournent à l'étranger

<sup>1</sup> Les personnes suivantes et les membres de leur famille au sens de l'art. 3, al. 2, qui les accompagnent sont assujettis à l'assurance obligatoire:

- a. les agents fédéraux relevant du Département fédéral des affaires étrangères (DFAE) qui sont soumis à un régime de mutations;
- b. les agents fédéraux relevant du DFAE ou d'un autre département qui exercent leur activité hors de Suisse;
- c. les personnes se trouvant à l'étranger en raison de leur activité pour le compte d'autres collectivités ou établissements suisses de droit public.

<sup>2</sup> Les membres de la famille ne sont pas soumis à l'assurance obligatoire suisse s'ils exercent à l'étranger une activité lucrative impliquant l'assujettissement à une assurance-maladie obligatoire.

<sup>3</sup> Le personnel engagé sur place n'est pas soumis à l'assurance obligatoire.

#### **Art. 6** Personnes jouissant de privilèges en vertu du droit international

<sup>1</sup> Les membres des missions diplomatiques, missions permanentes et postes consulaires en Suisse et les membres de leur famille qui les accompagnent, de même que les fonctionnaires internationaux et les membres de leur famille qui les accompagnent ne sont pas tenus de s'assurer. Ils peuvent demander à être soumis à l'assurance suisse.

<sup>2</sup> Les domestiques privés des membres des missions diplomatiques, missions permanentes et postes consulaires en Suisse, ainsi que ceux des fonctionnaires internationaux sont soumis à l'assurance obligatoire lorsqu'ils ne sont pas assurés dans l'Etat de leur employeur ou dans un Etat tiers. Le DFAE règle les modalités d'application de cette disposition.

<sup>3</sup> Les anciens fonctionnaires internationaux et les membres de leur famille au sens de l'art. 3, al. 2, sont, à leur demande, exemptés de l'assurance obligatoire s'ils bénéficient auprès du système d'assurance-maladie de leur ancienne organisation d'une couverture d'assurance analogue pour les traitements en Suisse. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme compétent de l'organisation internationale donnant tous les renseignements nécessaires.

## Section 2 Début et fin de l'assurance

### Art. 7 En général

<sup>1</sup> Les ressortissants étrangers détenteurs d'une autorisation d'établissement ou d'une autorisation de séjour de courte durée ou d'une autorisation de séjour au sens de l'art. 1, al. 2, let. a et f, sont tenus de s'assurer dans les trois mois qui suivent leur annonce au service compétent pour le contrôle des habitants. S'ils s'assurent à temps, l'assurance déploie ses effets dès la date de l'annonce du séjour. S'ils s'assurent plus tard, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation.<sup>36</sup>

<sup>2</sup> Les ressortissants étrangers détenteurs d'une autorisation de séjour au sens de l'art. 1, al. 2, let. b, doivent être assurés dès leur entrée en Suisse.

<sup>2bis</sup> Les personnes sans autorisation de séjour au sens de l'art. 1, al. 2, let. g, doivent être assurées dès le début de leur activité lucrative en Suisse. Lorsqu'elles s'affilient plus tard, l'assurance doit également commencer à la date du début de leur activité lucrative en Suisse.<sup>37</sup>

<sup>3</sup> Pour les personnes visées aux al. 1 et 2, l'assurance prend fin à la date de départ annoncée au service compétent pour le contrôle des habitants, dans tous les cas le jour du départ effectif de la Suisse, ou à la mort de l'assuré.

<sup>3bis</sup> Pour les personnes visées à l'al. 2<sup>bis</sup>, l'assurance prend fin à la date de l'arrêt de l'activité lucrative en Suisse, mais au plus tard le jour du départ effectif de la Suisse, ou au décès de l'assuré.<sup>38</sup>

<sup>4</sup> Les frontaliers et les membres de leur famille qui entendent être soumis à l'assurance suisse (art. 3, al. 1) sont tenus de s'assurer dans les trois mois suivant le début de la validité de l'autorisation pour frontaliers. S'ils s'assurent à temps, l'assurance déploie ses effets dès la date de la validité de l'autorisation. S'ils s'assurent plus tard, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation.<sup>39</sup> L'assurance prend fin avec l'abandon de l'activité lucrative en Suisse, avec l'expiration ou la révocation de l'autorisation pour frontaliers, à la mort de l'assuré ou avec la renonciation à l'assujettissement à l'assurance suisse. Dans ce dernier cas, une nouvelle requête ne peut être déposée, sauf raison particulière.

<sup>5</sup> Les demandeurs d'asile et les personnes à protéger sont tenus de s'assurer immédiatement après l'affectation aux cantons prévue à l'art. 27 de la loi sur l'asile<sup>40</sup>. Les personnes admises à titre provisoire sont tenues de s'assurer immédiatement après la décision d'admission provisoire. L'assurance déploie ses effets dès le dépôt de la demande d'asile, de la décision d'admission provisoire ou de l'octroi de la protection provisoire. Elle prend fin le jour pour lequel il est prouvé que l'assuré a quitté

<sup>36</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

<sup>37</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 3 déc. 2004 (RO 2004 5075).

<sup>38</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 3 déc. 2004 (RO 2004 5075).

<sup>39</sup> Nouvelle teneur des 3 premières phrases selon le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 915).

<sup>40</sup> RS 142.31

définitivement la Suisse ou 30 jours après la date de départ fixée par une décision entrée en force ou à la mort de l'assuré.<sup>41</sup>

<sup>6</sup> Les personnes jouissant de privilèges en vertu du droit international et les membres de leur famille qui entendent être soumises à l'assurance suisse (art. 6, al. 1) doivent s'assurer dans les six mois qui suivent la date à laquelle ils ont reçu une carte de légitimation du DFAE. L'assurance déploie ses effets dès la date où ils sont titulaires de cette carte. L'assurance prend fin avec l'expiration des fonctions en Suisse, à la mort de l'assuré ou avec la renonciation à l'assujettissement à l'assurance obligatoire suisse. Dans ce dernier cas, une nouvelle requête ne peut être déposée, sauf raison particulière.

<sup>7</sup> Les agents de la Confédération en exercice ou retraités visés à l'art. 2, al. 1, let. a, qui sortent de l'assurance militaire doivent s'assurer pour les soins dans les trois mois suivant la sortie de l'assurance militaire auprès d'un assureur désigné à l'art. 11 de la loi. S'ils s'assurent à temps, l'assurance déploie ses effets dès la sortie de l'assurance militaire.

<sup>8</sup> Les personnes tenues de s'assurer en vertu de l'art. 1, al. 2, let. d et e, doivent s'assurer dans les trois mois suivant la naissance de l'obligation d'assurance en Suisse. Si elles s'assurent dans ce délai, l'assurance débute dès la soumission à l'assurance suisse. Si elles s'assurent après ce délai, l'assurance déploie ses effets à la date de l'affiliation. L'assurance prend fin lorsque ces personnes ne remplissent plus les conditions de soumission à l'assurance suisse en vertu de l'Accord sur la libre circulation des personnes<sup>42</sup> et de son annexe II ou de l'Accord AELE<sup>43</sup>, de son annexe K et de l'appendice 2 de l'annexe K.<sup>44</sup>

#### **Art. 7a<sup>45</sup>**      Maintien de l'assurance pour personnes non assujetties

Les assureurs peuvent offrir aux personnes qui étaient soumises à l'assurance obligatoire des soins en vertu des art. 1, al. 1 et 2, let. a et c, et des art. 3 à 6, le maintien des rapports d'assurance sur une base contractuelle. Le contrat peut être conclu auprès du même assureur ou d'un autre. Le financement des prestations qui correspondent à celles de l'assurance obligatoire des soins est régi par les principes de l'assurance-maladie sociale. Les rapports d'assurance sont soumis à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance<sup>46</sup>.

<sup>41</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 août 1999, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> oct. 1999 (RO 1999 2403).

<sup>42</sup> RS 0.142.112.681

<sup>43</sup> RS 0.632.31

<sup>44</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001 (RO 2002 915). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

<sup>45</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1996 (RO 1996 3139).

<sup>46</sup> RS 221.229.1



**Art. 7b<sup>47</sup>** Prolongation de l'obligation de s'assurer

Les assureurs renseignent par écrit les assurés mentionnés à l'art. 6a, al. 1, de la loi, sur la prolongation de l'obligation de s'assurer.

**Art. 8** Supplément de prime en cas d'affiliation tardive

<sup>1</sup> Le supplément de prime prévu à l'art. 5, al. 2, de la loi est prélevé sur une durée équivalant au double de la durée du retard d'affiliation, mais au maximum de cinq ans.<sup>48</sup> Il se situe entre 30 et 50 % de la prime. L'assureur fixe le supplément en fonction de la situation financière de l'assuré. Si le paiement du supplément met celui-ci dans la gêne, l'assureur fixe un taux inférieur à 30 %, en tenant compte équitablement de la situation de l'assuré et des circonstances du retard.

<sup>2</sup> Il n'est pas perçu de supplément lorsque les primes sont prises en charge par l'autorité compétente d'aide sociale.

<sup>3</sup> Si l'assuré change d'assureur, l'ancien assureur doit indiquer au nouvel assureur, dans le cadre de la communication visée à l'art. 7, al. 5, de la loi, l'existence d'un supplément de prime. Lorsqu'un premier supplément est fixé, les assureurs ultérieurs sont tenus de l'encaisser.<sup>49</sup>

**Art. 9<sup>50</sup>** Fin des rapports d'assurance

Lorsqu'une procédure de poursuite ne peut être engagée contre un assuré qui n'est pas soumis à la législation suisse sur l'aide sociale ou qu'elle n'aboutit pas au paiement des primes ou participations aux coûts, l'assureur peut mettre fin au rapport d'assurance, après une sommation écrite dans laquelle il avertit l'assuré des conséquences de son omission.

**Section 3 Tâches des cantons****Art. 10**

<sup>1</sup> Les cantons informent périodiquement la population sur l'obligation de s'assurer. Ils veillent notamment à ce que les personnes en provenance de l'étranger, ainsi que les parents de nouveau-nés soient informés en temps utile.

<sup>47</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 915).

<sup>48</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 9 nov. 2005, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2006 (RO 2005 5639).

<sup>49</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 9 nov. 2005, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2006 (RO 2005 5639).

<sup>50</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 sept. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3908).

<sup>1bis</sup> Les informations sur l'obligation d'assurance des détenteurs d'une autorisation de séjour de courte durée, d'une autorisation de séjour et d'une autorisation d'établissement valent d'office également pour les membres de la famille résidant dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège.<sup>51</sup>

<sup>2</sup> L'autorité cantonale compétente statue sur les requêtes prévues aux art. 2, al. 2 à 5, et 6, al. 3.<sup>52</sup>

<sup>3</sup> Les assureurs sociaux préposés au paiement des rentes et les organes de l'assurance-chômage assistent les cantons dans leur tâche d'information sur l'obligation de s'assurer envers les personnes mentionnées à l'art. 6a, al. 1, let. b et c, de la loi.<sup>53</sup>

## Chapitre 2 Suspension de l'obligation d'assurance et de la couverture des accidents<sup>54</sup>

### Art. 10a<sup>55</sup> Suspension de l'obligation d'assurance

<sup>1</sup> La suspension de l'obligation d'assurance selon l'art. 3, al. 4, de la loi déploie ses effets le jour où l'assuré est soumis à la LAM<sup>56</sup>.

<sup>2</sup> Au terme de la soumission à l'assurance militaire, l'assuré doit apporter à l'assureur la preuve de la durée effective de cette soumission.

<sup>3</sup> Si l'assuré a été soumis à l'assurance militaire plus de 60 jours consécutifs, l'assureur lui restitue le montant des primes payées durant la période de la suspension.

<sup>4</sup> L'assureur indique aux autorités cantonales compétentes les personnes dont l'assurance a été suspendue ainsi que la durée de la suspension.

### Art. 11 Suspension de la couverture des accidents<sup>57</sup>

<sup>1</sup> La suspension de la couverture des accidents, prévue à l'art. 8 de la loi, a lieu sur demande écrite de l'assuré et déploie ses effets au plus tôt le premier jour du mois qui suit cette demande.

<sup>2</sup> Avant la fin des rapports de travail, du droit à l'indemnité de chômage ou de la couverture des accidents non professionnels, l'employeur ou l'assurance-chômage informent l'assuré par écrit qu'il doit indiquer à l'assureur-maladie le moment où

<sup>51</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001 (RO 2002 915). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

<sup>52</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1997 (RO 1996 3139).

<sup>53</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 915).

<sup>54</sup> Anciennement avant l'art. 11. Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 déc. 2000 (RO 2001 138).

<sup>55</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 11 déc. 2000 (RO 2001 138).

<sup>56</sup> RS 833.1

<sup>57</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 11 déc. 2000 (RO 2001 138).

cesse la couverture des accidents. L'assuré doit faire cette communication à l'assureur-maladie dans le mois qui suit l'information donnée par l'employeur ou l'assurance-chômage.

## **Titre 2 Organisation**

### **Chapitre 1 Assureurs**

#### **Art. 12 Reconnaissance des caisses-maladie**

<sup>1</sup> Les caisses-maladie au sens de l'art. 12 de la loi doivent revêtir l'une des formes juridiques suivantes:

- a. association (art. 60 CC<sup>58</sup>), fondation (art. 80 CC), société coopérative (art. 828 du code des obligations<sup>59</sup>, CO) ou société anonyme poursuivant un but qui n'est pas de nature économique (art. 620, al. 3, CO);
- b. personne morale de droit public cantonal.

<sup>2</sup> La reconnaissance est accordée en même temps que l'autorisation de pratiquer prévue à l'art. 13 de la loi. Elle prend effet au début d'une année civile. La demande doit en être faite à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)<sup>60</sup> jusqu'au 30 juin de l'année précédente. Doivent être joints à la demande:

- a. les statuts, l'acte constitutif ou la réglementation cantonale ou communale pertinente, ainsi qu'un extrait du registre du commerce;
- b. les dispositions sur les formes particulières d'assurance obligatoire des soins prévues à l'art. 62 de la loi et sur l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens des art. 67 à 77 de la loi, ainsi que les éventuelles dispositions générales sur les droits et obligations des assurés;
- c. les tarifs de primes de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières prévue aux art. 67 à 77 de la loi;
- d. un budget ventilé selon l'assurance obligatoire des soins et l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens des art. 67 à 77 de la loi;
- e. un aperçu des réserves et des provisions réparties selon les catégories d'assurance citées sous let. d);
- f. si la caisse-maladie prévoit de pratiquer des assurances complémentaires et d'autres branches d'assurance au sens de l'art. 12, al. 2, de la loi, la communication selon laquelle une requête a été déposée auprès de l'Office fédéral des assurances privées (OFAP).

<sup>58</sup> RS 210

<sup>59</sup> RS 220

<sup>60</sup> La désignation de l'unité administrative a été adaptée en application de l'art. 16 al. 3 de l'O du 17 nov. 2004 sur les publications officielles (RS 170.512.1). Il a été tenu compte de cette modification dans tout le présent texte.

<sup>3</sup> La réserve minimale d'une caisse-maladie (art. 78) qui demande la reconnaissance doit correspondre à celle d'une caisse-maladie comptant 10 000 assurés.<sup>61</sup> Servent de base de calcul les frais de soins moyens selon la dernière statistique de l'assurance-maladie sociale établie par l'OFSP, majorés de 50 %. Pour les caisses-maladie dont le rayon d'activité territorial est fortement restreint, l'OFSP peut admettre une réserve minimale inférieure.

<sup>4</sup> Le Département fédéral de l'intérieur (département) accorde la reconnaissance lorsque les conditions légales sont remplies et que les tarifs de primes ont été approuvés par l'OFSP.

<sup>5</sup> Le département retire la reconnaissance si une caisse-maladie en fait la demande ou si elle ne remplit plus les conditions légales. Ce faisant, il veille à ce que le retrait de la reconnaissance ne porte effet qu'au moment où tous les assurés ont été repris par d'autres assureurs.

#### **Art. 13** Assurances complémentaires

Les caisses-maladie peuvent pratiquer les assurances complémentaires prévues à l'art. 12, al. 2, de la loi, lorsqu'elles y ont été autorisées par le Département fédéral de justice et police.

#### **Art. 14** Autres branches d'assurance

Sont considérées comme autres branches d'assurance au sens de l'art. 12, al. 2, de la loi:

- a. une indemnité de décès de 6000 francs au plus;
- b. une indemnité de décès par suite d'accident de 6000 francs au plus;
- c. des indemnités d'invalidité par suite de maladie et d'accident d'au plus 6000 francs chacune;
- d. une indemnité d'invalidité par suite de paralysie de 70 000 francs au plus.

#### **Art. 15** Autorisation de pratiquer

<sup>1</sup> L'autorisation de pratiquer prévue à l'art. 13 de la loi prend effet au début d'une année civile. La demande doit en être faite à l'OFSP jusqu'au 30 juin de l'année précédente. Doivent être joints à la demande:

- a. pour les caisses-maladie, les pièces désignées à l'art. 12, al. 2, let. a à e;
- b. pour les institutions d'assurance privées, les documents d'où ressort l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie conformément à la loi du 23 juin 1978 sur la surveillance des assurances<sup>62</sup> (LSA), ainsi que les pièces désignées à l'art. 12, al. 2, let. b à e.

<sup>61</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO 2003 3249).

<sup>62</sup> RS 961.01

<sup>2</sup> Le département accorde l'autorisation lorsque les conditions légales sont remplies et que les tarifs de primes ont été approuvés par l'OFSP.

**Art. 15a<sup>63</sup>** Exemption de l'obligation d'offrir des prestations d'assurance

<sup>1</sup> L'exemption de l'obligation prévue à l'art. 13, al. 2, let. f, de la loi n'est accordée qu'à l'assureur comptant moins de 100 000 assurés qui:

- a. ne veut pratiquer ni dans un Etat membre de la Communauté européenne, ni en Islande, ni en Norvège;
- b. ne veut pratiquer que dans un seul, dans plusieurs ou dans tous les Etats mentionnés à la let. a dans lesquels il pratiquait déjà au moment du dépôt de la demande d'exemption.<sup>64</sup>

<sup>2</sup> La demande d'exemption doit être présentée à l'OFSP au plus tard d'ici au 30 juin. L'exemption prend effet le 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

<sup>3</sup> Le département décide de l'exemption.

## Chapitre 2 Réassureurs

**Art. 16** Autorisation de pratiquer

<sup>1</sup> Peuvent être autorisées à pratiquer la réassurance au sens de l'art. 14 de la loi:

- a. les institutions qui réassurent les prestations de l'assurance-maladie au sens de la loi pour 50 000 personnes au moins;
- b. les caisses-maladie comptant au moins 50 000 assurés;
- c. les institutions d'assurance privées qui sont habilitées à pratiquer la réassurance en matière d'assurance-maladie.

<sup>2</sup> L'art. 15, al. 1, s'applique par analogie. Le département accorde l'autorisation lorsque les conditions légales sont remplies.

<sup>3</sup> Les dispositions visant les assureurs sont applicables par analogie aux réassureurs, dans la mesure où elles les concernent.

**Art. 17** Réserves

<sup>1</sup> L'OFSP établit des directives sur la constitution des réserves pour la réassurance.

<sup>2</sup> Si le nombre de personnes couvertes par un réassureur au sens de l'art. 16, al. 1, let. a et b, tombe provisoirement au-dessous de 50 000, l'OFSP peut exiger des garanties supplémentaires.

<sup>63</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 915).

<sup>64</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633). Voir aussi les disp. fin. de cette modification, à la fin du présent texte.

**Art. 18** Réassurance

<sup>1</sup> Lorsqu'un assureur est réassuré, ses primes de réassurance ne peuvent dépasser 50 % du total des primes dues par les assurés.

<sup>2</sup> Les réassureurs doivent communiquer les contrats de réassurance, leurs modifications et leurs compléments à l'OFSP. Les contrats doivent régler les modalités de résiliation. Ils doivent pouvoir être résiliés au moins pour la fin de chaque année civile qui suit celle au cours de laquelle ils sont entrés en vigueur. Le délai de résiliation doit être d'au moins six mois. Le réassureur doit informer immédiatement l'OFSP de la résiliation.

**Chapitre 3 Institution commune****Art. 19<sup>65</sup>** Exécution des engagements internationaux

<sup>1</sup> L'institution commune remplit les tâches découlant de l'art. 95a de la loi en tant qu'organisme de liaison. Elle assume aussi les tâches en tant qu'institution d'entraide au lieu de résidence, ou de séjour, des assurés pour lesquels il existe un droit, fondé sur l'art. 95a de la loi, à une entraide internationale en matière de prestations. Elle est en outre compétente pour l'exécution de l'entraide en matière de prestations et pour les tâches en tant qu'organisme de liaison en vertu d'autres accords internationaux.<sup>66</sup>

<sup>2</sup> L'institution commune assume également les tâches de coordination pour l'exécution des engagements découlant de l'art. 95a de la loi. Elle assume en particulier les tâches suivantes:

- a.<sup>67</sup> elle établit les montants par personne que les assureurs doivent prendre en considération pour le calcul des primes des assurés résidant dans un Etat membre de la Communauté européenne ou en Islande ou en Norvège au sens des art. 94 et 95 du règlement (CEE) 574/72<sup>68</sup> dans sa version adaptée<sup>69</sup> (règlement CEE 574/72) mentionné à l'art. 95a de la loi, sur la base des statistiques de coûts reconnues de l'organe compétent de la Communauté européenne (Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants);
- b.<sup>70</sup> elle établit à l'attention de l'OFSP, sur la base des statistiques des coûts de l'assurance-maladie suisse, les coûts moyens annuels courants pour les pres-

<sup>65</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 915).

<sup>66</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO 2003 3249).

<sup>67</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

<sup>68</sup> Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du Règlement 1408/71 (JO n° L 74 du 27 mars 1972) (également codifié par le règlement [CE] n° 118/97 du Conseil, du 2 déc. 1996); modifié en dernier lieu par le règlement (CE) n° 307/1999 du Conseil, du 8 fév. 1999 (JO n° L 38 du 12 fév. 1999).

<sup>69</sup> RS 0.831.106.11, pas encore publié.

<sup>70</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

tations de soins qui doivent être portés au compte des institutions compétentes des Etats membres de la Communauté européenne et des institutions compétentes en Islande et en Norvège pour les assurés résidant en Suisse au sens des art. 94 et 95 du règlement CEE 574/72;

- c.<sup>71</sup> elle élabore jusqu'au 30 avril un rapport à l'attention de l'OFSP sur l'exécution de l'entraide en matière de prestations indiquant le nombre de cas, les coûts totaux, et les remboursements arriérés ; les données sont présentées séparément pour chaque Etat membre de la Communauté européenne, pour l'Islande, pour la Norvège, et pour les assureurs suisses.

<sup>3</sup> Les coûts résultant de l'exécution des tâches que l'institution commune remplit en tant qu'institution d'entraide ainsi que ceux qui découlent du rapport prévu à l'al. 2, let. c, sont assumés par les assureurs, proportionnellement au nombre de personnes assurées obligatoirement auprès d'eux pour l'assurance des soins. La Confédération prend en charge les intérêts sur les avances de prestations accordées au titre de l'entraide. En outre, elle assume les coûts des tâches que l'institution commune exécute en tant qu'organisme de liaison ainsi que les coûts des calculs mentionnés à l'al. 2, let. a et b.

<sup>4</sup> Lorsque les assureurs et les fournisseurs de prestations ont convenu conformément à l'art. 42, al. 2, de la loi que l'assureur est le débiteur de la rémunération, l'institution commune est alors assimilée, lors de l'entraide en matière de prestations, à un assureur qui a conclu ladite convention.

#### **Art. 19<sup>a</sup>**<sup>72</sup> Attribution de tâches par le département

Si une redistribution des réserves entre les assureurs-maladie est nécessaire, le département peut confier la redistribution à l'institution commune.

#### **Art. 20** Organe de révision

L'institution commune doit désigner un organe de révision. Les art. 86 à 88 sont applicables par analogie.

#### **Art. 21** Rapports

L'institution commune remet à l'OFSP, jusqu'au 30 juin de l'année suivante, un rapport annuel sur ses activités. Elle y joint, pour chacun de ses domaines d'activités:

- a. un compte d'exploitation;
- b. un aperçu des réserves;
- c. le rapport de l'organe de révision.

<sup>71</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

<sup>72</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 28 sept. 1998 (RO 1998 2634).

**Art. 22<sup>73</sup>** Contentieux

<sup>1</sup> En cas de litige entre l'institution commune et un assureur, l'art. 87 de la loi est applicable. L'art. 15 de l'ordonnance du 12 avril 1995 sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie<sup>74</sup> est réservé.

<sup>2</sup> En cas de litige entre l'institution commune et un fournisseur de prestations, l'art. 89 de la loi est applicable.

<sup>3</sup> En cas de litige entre l'institution commune et un assureur concernant la redistribution des réserves selon l'art. 19a, la perception de contributions au fonds couvrant les cas d'insolvabilité ou le paiement de prestations par ledit fonds, l'institution commune tranche sous la forme d'une décision au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative<sup>75</sup>. Les voies de droit sont régies par les dispositions générales de la procédure fédérale.<sup>76</sup>

**Chapitre 4 Promotion de la santé****Art. 23**

<sup>1</sup> Les art. 20 et 21 sont applicables par analogie à la surveillance de l'institution prévue à l'art. 19, al. 2, de la loi. Le rapport d'activité est publié.

<sup>2</sup> L'institution adresse à l'OFSP, avec les documents requis pour la surveillance, sa proposition de contribution pour l'année suivante (art. 20, al. 1, LAMal). Cette proposition doit être accompagnée d'un programme d'activité et d'un budget.

**Chapitre 5 Surveillance****Section 1 Répartition des compétences****Art. 24** Surveillance de la pratique de l'assurance

<sup>1</sup> L'OFSP surveille la pratique de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens des art. 24 à 31 et 67 à 77 de la loi.

<sup>2</sup> L'OFAP surveille la pratique des assurances désignées à l'art. 12, al. 2, de la loi.

**Art. 25** Surveillance institutionnelle des caisses-maladie

L'OFSP veille à ce que les caisses-maladie et les institutions désignées à l'art. 16, al. 1, let. a, soient constamment en mesure de remplir les conditions de la reconnaissance et de l'autorisation de pratiquer.

<sup>73</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 sept. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3908).

<sup>74</sup> RS 832.112.1

<sup>75</sup> RS 172.021

<sup>76</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 3 déc. 2004 (RO 2004 5075).



**Art. 26<sup>77</sup>** Surveillance de l'institution commune

L'institution commune prévue à l'art. 18 de la loi est soumise à la surveillance du département. L'OFSP seconde le département pour l'accomplissement de cette tâche dans les domaines qui lui sont attribués. Il examine notamment la situation financière de l'institution commune et en rend régulièrement compte au département.

**Section 2 Recours de l'OFSP****Art. 27<sup>78</sup>**

<sup>1</sup> Les jugements rendus par les tribunaux cantonaux des assurances (art. 57 LPGA et 87 LAMal) et par les tribunaux arbitraux (art. 89 LAMal) relatifs à l'assurance-maladie sociale doivent être communiqués à l'OFSP.<sup>79</sup>

<sup>2</sup> L'OFSP peut recourir contre des jugements visés à l'al. 1 et contre des jugements de la Commission fédérale de recours en matière de liste des spécialités (art. 90, al. 1, LAMal) devant le Tribunal fédéral des assurances (art. 103 et 132 de l'organisation judiciaire du 16 déc. 1943<sup>80</sup>).<sup>81</sup>

**Section 3 Données nécessaires à la surveillance****Art. 28** Données des assureurs

<sup>1</sup> En vue de la surveillance de l'application de la loi, les assureurs communiquent chaque année à l'OFSP, conjointement aux rapports et comptes mentionnés à l'art. 21, al. 3, de la loi, les données résultant de la facturation des prestations et de l'activité d'assurance.<sup>82</sup>

lbis Les données servent à:

- a. surveiller l'application uniforme de la loi;
- b. suivre l'évolution des coûts;
- c. contrôler le caractère économique des prestations fournies (contrôle statistique des coûts d'après le sexe, l'âge, le lieu de résidence, le fournisseur de prestations);
- d. garantir l'égalité de traitement des assurés;

<sup>77</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 juin 1998, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1998 (RO **1998** 1818).

<sup>78</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 23 fév. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2000 (RO **2000** 889).

<sup>79</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 sept. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3908).

<sup>80</sup> RS **173.110**

<sup>81</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO **2003** 3249).

<sup>82</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 nov. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO **2000** 2911).

- e. garantir que les différences de primes correspondent aux différences de coûts cantonales et régionales et que les ressources de l'assurance sociale sont exclusivement affectées aux buts de celle-ci;
- f. préparer les bases de décision permettant de prendre les mesures ordinaires et extraordinaires prévues par la loi en vue de la maîtrise des coûts;
- g. observer les effets de la loi et préparer les bases de décision pour les modifications de la loi et des dispositions d'application de la loi éventuellement nécessaires.<sup>83</sup>

<sup>1er</sup> L'OFSP veille à ce que la fourniture des données requises occasionne aux assureurs aussi peu de travail que possible. Il met les résultats de la collecte des données à la disposition des organes participant à l'application de la loi en respectant les dispositions du droit de la protection des données.<sup>84</sup>

<sup>1quater</sup> Les assureurs communiquent chaque année à l'OFSP, par assuré et sous une forme garantissant l'anonymat, les données administratives suivantes résultant de l'application de la loi:

- a. l'âge, le sexe et le lieu de résidence des assurés;
- b. les admissions et les démissions, ainsi que les décès;
- c. les formes d'assurance souscrites dans le cadre de l'assurance-maladie sociale, avec indication du montant de la prime et de la franchise;
- d. l'étendue, le genre et les coûts des prestations obtenues par les assurés durant une année entière;
- e. les fournisseurs de ces prestations;
- f. le montant de la participation aux coûts perçue.<sup>85</sup>

<sup>2</sup> Les assureurs doivent fournir ces informations au moyen de supports de données électroniques. Ils peuvent en être dispensés par l'OFSP, à leur demande et pour une période limitée, dans la mesure où ils ne disposent pas des moyens techniques nécessaires.

<sup>3</sup> Les assureurs doivent fournir ces informations à leurs propres frais, de manière exacte et complète, en observant les délais impartis et sous une forme garantissant l'anonymat.

<sup>4</sup> Les assureurs veillent à ce que le registre du code-créanciers soit transmis chaque année à l'OFSP.

<sup>5</sup> L'OFSP établit, après avoir consulté les assureurs, des directives sur les mesures à prendre en vertu des al. 1, 1<sup>bis</sup>, 1<sup>er</sup>, 1<sup>quater</sup> et 2 à 4.<sup>86</sup>

<sup>83</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 23 fév. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2000 (RO 2000 889).

<sup>84</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 23 fév. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2000 (RO 2000 889).

<sup>85</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 23 fév. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2000 (RO 2000 889).

<sup>86</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 23 fév. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2000 (RO 2000 889).

**Art. 29** Effectif de risques

Dans les cas où l'assurance a duré moins d'une année, le nombre total des mois d'assurance divisé par douze est déterminant pour le calcul des effectifs moyens d'assurés que doivent communiquer les assureurs.

**Art. 30** Données des hôpitaux et autres institutions

<sup>1</sup> En vue de l'examen du degré de couverture des coûts, de l'évolution des coûts ainsi que du caractère économique et de la qualité des prestations, les hôpitaux et les autres institutions visées à l'art. 39 de la loi communiquent à l'OFSP les indications suivantes:

- a. la forme juridique, le genre d'activité, l'infrastructure et l'équipement des institutions;
- b. l'effectif du personnel et le nombre de places de formation ainsi que leur structure;
- c. le nombre de patients et la structure de leur effectif;
- d. le genre et l'ampleur des prestations fournies;
- e. les charges, les produits et le résultat d'exploitation;
- f. les prix et les tarifs.

<sup>2</sup> Toute institution qui facture des prestations au sens des art. 24 à 31 de la loi est tenue de fournir ces informations.

<sup>3</sup> Les données sont collectées par l'Office fédéral de la statistique (OFS), dans le cadre des statistiques du domaine hospitalier désignées dans l'annexe à l'ordonnance du 30 juin 1993 concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux<sup>87</sup>.

<sup>4</sup> Le département peut charger des tiers par contrat de collecter les données nécessaires à la surveillance qui ne peuvent être rassemblées dans le cadre des relevés au sens de l'al. 3. Dans ces cas, l'OFSP consulte les hôpitaux et autres institutions sur les mesures nécessaires qu'eux-mêmes ou des tiers doivent prendre à cet effet.

**Art. 31** Publication

<sup>1</sup> L'OFSP veille à ce que les résultats des relevés de données servant à la surveillance soient publiés de telle manière qu'il soit notamment possible d'en tirer des informations sur les formes d'assurance, les prestations et les coûts selon l'âge, le sexe et la région ainsi que selon les catégories de fournisseurs de prestations, d'établissements et de soins.

<sup>2</sup> L'OFSP peut publier par assureur les chiffres suivants concernant l'assurance-maladie sociale:<sup>88</sup>

<sup>87</sup> RS 431.012.1

<sup>88</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO 2003 3249).

- a. recettes et dépenses;
- b. résultat par assuré;
- c. réserves;
- d. provisions pour cas d'assurance non liquidés;
- e. coûts des soins;
- f. compensation des risques;
- g. frais d'administration;
- h. effectif des assurés;
- i. primes;
- j.<sup>89</sup> bilan et compte d'exploitation.

### **Art. 32** Analyse des effets

<sup>1</sup> L'OFSP, en collaboration avec les assureurs, les fournisseurs de prestations, les cantons et des représentants des milieux scientifiques, procède à des études scientifiques sur l'application et les effets de la loi.

<sup>2</sup> Ces études ont pour objet l'influence de la loi sur la situation et le comportement des assurés, des fournisseurs de prestations et des assureurs. Elles servent notamment à examiner si la qualité et le caractère économique des soins de base sont garantis et si les objectifs de politique sociale et de concurrence sont atteints.

<sup>3</sup> En vue de l'exécution de ces études, l'OFSP peut faire appel à des instituts scientifiques et nommer des groupes d'experts.

## **Titre 3 Prestations**

### **Chapitre 1 Désignation des prestations**

#### **Art. 33** Prestations générales

Le département désigne, après avoir consulté la commission compétente:

- a. les prestations fournies par les médecins ou les chiropraticiens dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions;
- b. les prestations visées à l'art. 25, al. 2, de la loi qui ne sont pas fournies par les médecins ou les chiropraticiens;
- c. les prestations nouvelles ou controversées dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation; il détermine les conditions et l'étendue de la prise en charge des coûts par l'assurance obligatoire des soins;

<sup>89</sup> Introduite par le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO 2003 3249).

- d. les mesures de prévention visées à l'art. 26 de la loi, les prestations en cas de maternité visées à l'art. 29, al. 2, let. a et c, de la loi et les soins dentaires visés à l'art. 31, al. 1, de la loi;
- e. les moyens et appareils au sens de l'art. 52, al. 1, let. a, ch. 3, de la loi qui doivent être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins; il fixe des montants maximaux pour leur remboursement;
- f. la participation aux frais de cures balnéaires prévue à l'art. 25, al. 2, let. c, de la loi; cette participation sert à couvrir les frais de cure qui ne le sont pas par d'autres prestations de l'assurance obligatoire des soins; elle peut être versée 21 jours au plus par année civile;
- g. la contribution aux frais de transport et de sauvetage prévue à l'art. 25, al. 2, let. g, de la loi; les transports médicalement nécessaires d'un hôpital à l'autre font partie du traitement hospitalier.

#### **Art. 34** Analyses et médicaments

Les listes désignées à l'art. 52, al. 1, let. a, ch. 1 (liste des analyses) et 2 (liste des médicaments), et let. b (liste des spécialités), de la loi sont établies après consultation de la commission compétente.

#### **Art. 35** Mesures thérapeutiques en cas d'infirmité congénitale

Les mesures thérapeutiques prodiguées en cas d'infirmité congénitale (art. 52, al. 2, LAMal) doivent être prises en charge par l'assurance obligatoire des soins, dès que l'assuré atteint l'âge auquel cesse le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

## **Chapitre 2 Etendue de la prise en charge**

#### **Art. 36** Prestations à l'étranger

<sup>1</sup> Le département désigne, après avoir consulté la commission compétente, les prestations prévues aux art. 25, al. 2, et 29 de la loi dont les coûts occasionnés à l'étranger sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins lorsqu'elles ne peuvent être fournies en Suisse.

<sup>2</sup> L'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Il n'y a pas d'urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement.

<sup>3</sup> L'assurance obligatoire des soins prend en charge, dans le cadre de l'art. 29 de la loi, les coûts d'un accouchement ayant eu lieu à l'étranger lorsqu'il constitue le seul moyen de procurer à l'enfant la nationalité de la mère ou du père, ou lorsque l'enfant serait apatride s'il était né en Suisse.

<sup>4</sup> Les prestations visées aux al. 1 et 2, et les traitements effectués à l'étranger pour les frontaliers, les travailleurs détachés et les personnes occupées par un service public, ainsi que pour les membres de leur famille (art. 3 à 5), sont pris en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse; dans les cas prévus à l'al. 3, le montant maximum correspond à celui qui aurait été payé en Suisse. Pour les assurés visés aux art. 4 et 5, la prise en charge des coûts s'effectue sur la base des tarifs et des prix applicables à leur dernier lieu de résidence en Suisse. Si le traitement effectué pour les assurés visés à l'art. 1, al. 2, let. d et e, ne suit pas les règles sur l'entraide internationale en matière de prestations, la prise en charge des coûts s'effectue sur la base des tarifs et des prix applicables à leur dernier lieu de résidence ou de travail en Suisse; si aucun de ces lieux ne peut être déterminé, la prise en charge s'effectue sur la base des tarifs et des prix applicables dans le canton du siège de l'assureur.<sup>90 91</sup>

<sup>5</sup> Les dispositions sur l'entraide internationale en matière de prestations demeurent réservées.<sup>92</sup>

### **Art. 37**      Prise en charge des coûts pour les personnes résidant à l'étranger<sup>93</sup>

<sup>1</sup> En cas de traitement hospitalier ou semi-hospitalier en Suisse, les frontaliers et les membres de leur famille soumis à l'assurance suisse sont assimilés aux assurés résidant dans un autre canton. L'assureur prend en charge la totalité des coûts facturés selon les tarifs valables pour les assurés résidant dans un autre canton.

<sup>2</sup> L'al. 1 s'applique par analogie aux assurés:

- a.<sup>94</sup> qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande, au Liechtenstein et en Norvège et qui, lors d'un séjour en Suisse, ont droit à l'entraide internationale en matière de prestations sur la base de l'art. 95a de la loi;
- b. qui résident en Belgique, en Allemagne, aux Pays-Bas ou en Autriche et qui, en vertu de l'art. 95a de la loi, peuvent choisir de suivre un traitement dans l'Etat de résidence ou en Suisse.<sup>95</sup>

<sup>90</sup> Phrase introduite par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001 (RO 2002 915). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

<sup>91</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 juin 1998, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1998 (RO 1998 1818).

<sup>92</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 915).

<sup>93</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 915).

<sup>94</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

<sup>95</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 915).

## Chapitre 3<sup>96</sup> Commissions

### Art. 37a Commissions consultatives

Les commissions consultatives au sens de l'art. 33, al. 4, de la loi sont:

- a. la Commission fédérale des principes de l'assurance-maladie (Commission des principes);
- b. la Commission fédérale des prestations générales (Commission des prestations);
- c. la Commission fédérale des médicaments;
- d. la Commission fédérale des analyses;
- e. la Commission fédérale des moyens et appareils.

### Art. 37b Dispositions générales

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral nomme les membres des commissions. Celles-ci sont présidées par un représentant de l'OFSP.

<sup>2</sup> Chaque commission se dote d'un règlement qui est soumis à l'approbation du département. Ce règlement régit en particulier:

- a. l'organisation et le mode de travail de la commission, notamment la constitution, les tâches et la composition des sous-commissions;
- b. les directives et procédures relatives à la désignation des prestations;
- c. la suppléance des membres;
- d. la participation d'experts externes; elle est obligatoire lorsque sont examinées des prestations effectuées par des fournisseurs de prestations qui ne sont pas représentés;
- e. la procédure de soumission directe des propositions des sous-commissions à l'OFSP ou au département.

<sup>3</sup> Le département approuve la constitution des sous-commissions et en désigne les membres. Peuvent faire partie d'une sous-commission des personnes qui ne sont pas membres de la commission. Chaque sous-commission est présidée par un de ses membres.

<sup>4</sup> L'OFSP tient le secrétariat des commissions et veille à la coordination des travaux de celles-ci. Il peut charger des tiers de la tenue du secrétariat.

### Art. 37c Commission fédérale des principes de l'assurance-maladie

<sup>1</sup> La Commission fédérale des principes de l'assurance-maladie veille à une pratique et une qualité uniformes ainsi qu'à la prise en compte des aspects éthiques lors de la désignation des prestations. Elle est chargée en particulier des tâches suivantes:

<sup>96</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 25 juin 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 1639).

- a. établissement de principes pour la collaboration entre les commissions;
- b. définition de principes communs dans le domaine des prestations;
- c. définition de principes communs en matière de fixation et d'adaptation des tarifs et prix selon l'art. 52, al. 1, de la loi;
- d. établissement des principes à observer pour assurer la protection des données et préserver les intérêts des assurés et patients lors de la désignation des prestations de l'assurance-maladie;
- e. élaboration de critères pour l'évaluation des prestations visées à l'art. 33, al. 3, de la loi et à l'art. 70;
- f. examen et élaboration de propositions de dispositions d'ordonnance sur les principes généraux à observer dans le domaine des prestations.

<sup>2</sup> Elle se compose de 17 membres, dont:

- a. quatre membres de la Commission des prestations;
- b. deux membres de la Commission des médicaments;
- c. un membre de la Commission des analyses;
- d. un membre de la Commission des moyens et appareils;
- e. trois représentants de l'éthique médicale;
- f.<sup>97</sup> une personne de l'Office fédéral des assurances sociales;
- g. un représentant du préposé fédéral à la protection des données;
- h. un représentant du préposé fédéral à la surveillance des prix;
- i. un représentant de la Commission de la concurrence;
- k. deux représentants des cantons.

<sup>3</sup> Les membres visés à l'al. 2, let. a à d, doivent être choisis de telle façon que les fournisseurs de prestations soient représentés par deux personnes, les assureurs et les assurés par deux personnes et les experts scientifiques par quatre personnes.

<sup>4</sup> Les commissions désignées à l'art. 37a, let. b à e, doivent appliquer les décisions de la Commission fédérale des principes. Cette dernière n'a aucun pouvoir de décision ou d'injonction en ce qui concerne la désignation des prestations concrètes.

#### **Art. 37d** Commission fédérale des prestations générales

<sup>1</sup> La Commission fédérale des prestations générales conseille le département pour la désignation des prestations visées à l'art. 33 ainsi que pour l'élaboration des dispositions à édicter en application des art. 36, al. 1, 77, al. 4, et 105, al. 4.

<sup>2</sup> Elle se compose de 20 membres, dont:

- a. sept médecins, dont deux représentants de la médecine complémentaire et un représentant de la médecine préventive;

<sup>97</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 déc. 2003 (RO 2003 5279).



- b. deux représentants des hôpitaux;
- c. un pharmacien, en tant que représentant de la Commission des médicaments;
- d. six représentants des assureurs-maladie et des assureurs-accidents selon la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents<sup>98</sup> (LAA), dont au moins deux médecins-conseil;
- e. deux représentants des assurés;
- f. un représentant des cantons;
- g.<sup>99</sup> une personne de l'Office fédéral des assurances sociales.

**Art. 37e** Commission fédérale des médicaments

<sup>1</sup> La Commission fédérale des médicaments conseille l'OFSP pour l'établissement de la liste des spécialités prévue par l'art. 34. Elle conseille le département dans l'élaboration des dispositions relevant de son domaine qui doivent être édictées en application des art. 36, al. 1, 75, 77, al. 4, et 105, al. 4.

<sup>2</sup> Elle se compose de 24 membres, dont:

- a. quatre représentants des facultés de médecine et de pharmacie (experts scientifiques);
- b. trois médecins, dont un au moins représente la médecine complémentaire;
- c. trois pharmaciens, dont un au moins représente la médecine complémentaire;
- d. un représentant des hôpitaux;
- e. cinq représentants des assureurs-maladie et des assureurs-accidents selon la LAA<sup>100</sup>;
- f. deux représentants des assurés;
- g. deux représentants de l'industrie pharmaceutique;
- h.<sup>101</sup> une personne de l'Office fédéral des assurances sociales;
- i. un représentant des cantons;
- k.<sup>102</sup> un représentant de l'Institut suisse des produits thérapeutiques (Swissmedic);
- l. un représentant de la Pharmacie de l'armée.

<sup>98</sup> RS **832.20**

<sup>99</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 déc. 2003 (RO **2003** 5279).

<sup>100</sup> RS **832.20**

<sup>101</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 déc. 2003 (RO **2003** 5279).

<sup>102</sup> Nouvelle teneur selon le ch. II 13 de l'O du 17 oct. 2001, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2002 (RO **2001** 3294).

**Art. 37f** Commission fédérale des analyses

<sup>1</sup> La Commission fédérale des analyses conseille le département pour l'établissement de la liste des analyses prévue par l'art. 34 et dans l'élaboration des dispositions relevant de son domaine à édicter en application des art. 36, al. 1, 75, 77, al. 4, et 105, al. 4.

<sup>2</sup> Elle se compose de 19 membres, dont:<sup>103</sup>

- a. deux enseignants en analyses de laboratoire (experts scientifiques);
- b. deux médecins;
- c. un pharmacien;
- d. deux représentants des laboratoires;
- e. un représentant des hôpitaux;
- f. cinq représentants des assureurs-maladie et des assureurs-accidents selon la LAA<sup>104</sup>;
- g. deux représentants des assurés;
- h.<sup>105</sup> un représentant de Swissmedic;
- i. un représentant de l'industrie des équipements et produits diagnostiques;
- k.<sup>106</sup> un représentant du Service d'accréditation suisse;
- l.<sup>107</sup> une personne de l'Office fédéral des assurances sociales.

**Art. 37g** Commission fédérale des moyens et appareils

<sup>1</sup> La commission des moyens et appareils conseille le département dans l'évaluation et la fixation du montant du remboursement des moyens et appareils selon l'art. 33, let. e, ainsi que dans l'élaboration des dispositions relevant de son domaine à édicter en application des art. 36, al. 1, 77, al. 4, et 105, al. 4.

<sup>2</sup> Elle se compose de 15 membres, dont:<sup>108</sup>

- a. deux médecins;
- b. deux représentants des fabricants et distributeurs de moyens et appareils;
- c. trois représentants des centres de remise des moyens et appareils, dont un pharmacien;
- d. quatre représentants des assureurs-maladie et des assureurs-accidents selon la LAA<sup>109</sup>;

<sup>103</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 déc. 2003 (RO **2003** 5279).

<sup>104</sup> RS **832.20**

<sup>105</sup> Nouvelle teneur selon le ch. II 13 de l'O du 17 oct. 2001, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2002 (RO **2001** 3294).

<sup>106</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO **2003** 3249).

<sup>107</sup> Introduite par le ch. I de l'O du 15 déc. 2003 (RO **2003** 5279).

<sup>108</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 déc. 2003 (RO **2003** 5279).

<sup>109</sup> RS **832.20**

- e. deux représentants des assurés;
- f.<sup>110</sup> un représentant de Swissmedic;
- g.<sup>111</sup> une personne de l'Office fédéral des assurances sociales.

## **Titre 4 Fournisseurs de prestations**

### **Chapitre 1 Admission**

#### **Section 1 Médecins**

##### **Art. 38**<sup>112</sup> Formation continue

Les médecins doivent avoir reçu une formation pratique postgraduée de deux ans au moins. La formation postgraduée est régie par les art. 7 à 11 de la loi fédérale du 19 décembre 1877 concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse<sup>113</sup>.

##### **Art. 39**<sup>114</sup> Autres certificats scientifiques

Sont assimilés aux médecins titulaires d'un diplôme fédéral les médecins titulaires d'un certificat scientifique reconnu comme équivalent par l'autorité fédérale compétente conformément à la loi fédérale du 19 décembre 1877 concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse<sup>115</sup> (art. 2*b* et 10).

#### **Section 2 Pharmaciens**

##### **Art. 40**<sup>116</sup> Formation postgraduée

Les pharmaciens doivent avoir reçu une formation pratique structurée de deux ans dans une pharmacie sous la direction d'un pharmacien admis comme fournisseur de prestations.

<sup>110</sup> Nouvelle teneur selon le ch. II 13 de l'O du 17 oct. 2001, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2002 (RO **2001** 3294).

<sup>111</sup> Introduite par le ch. I de l'O du 15 déc. 2003 (RO **2003** 5279).

<sup>112</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO **2002** 915).

<sup>113</sup> RS **811.11**

<sup>114</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO **2002** 915).

<sup>115</sup> RS **811.11**

<sup>116</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO **2003** 3249).

**Art. 41**<sup>117</sup> Autres certificats scientifiques

Sont assimilés aux pharmaciens titulaires d'un diplôme fédéral les pharmaciens titulaires d'un certificat scientifique reconnu comme équivalent par l'autorité fédérale compétente conformément à la loi fédérale du 19 décembre 1877 concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse<sup>118</sup> (art. 2*b* et 10).

**Section 3 Dentistes****Art. 42** Admission

Sont admis les dentistes titulaires d'un diplôme fédéral et d'une formation pratique de deux ans dans un cabinet de dentiste ou dans un institut dentaire.

**Art. 43**<sup>119</sup> Autres certificats scientifiques

Sont assimilés aux dentistes titulaires d'un diplôme fédéral les dentistes titulaires d'un certificat scientifique reconnu comme équivalent par l'autorité fédérale compétente conformément à la loi fédérale du 19 décembre 1877 concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse<sup>120</sup> (art. 2*b* et 10).

**Section 4 Chiropraticiens****Art. 44**

<sup>1</sup> Les chiropraticiens doivent:

- a. avoir subi avec succès les examens intercantonaux de chiropratique, à la suite d'une formation spécialisée dans une école de chiropratique reconnue par le département;
- b. avoir exercé pendant deux ans leur activité auprès d'un chiropraticien admis en vertu de la présente ordonnance;
- c. être admis en vertu du droit cantonal.

<sup>2</sup> Le département publie, après consultation des cantons et des associations professionnelles, une liste des écoles reconnues.

<sup>117</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 915).

<sup>118</sup> RS 811.11

<sup>119</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 915).

<sup>120</sup> RS 811.11

<sup>3</sup> Sont réservées les dispositions relatives à l'utilisation des radiations ionisantes en chiropratique, notamment l'art. 11 de l'ordonnance du 22 juin 1994 sur la radioprotection<sup>121</sup>.

## Section 5 Sages-femmes

### Art. 45<sup>122</sup>

<sup>1</sup> Les sages-femmes doivent:

- a.<sup>123</sup> être titulaires du diplôme d'une école de sages-femmes reconnu ou reconnu équivalent par l'organisme désigné en commun par les cantons, ou d'un diplôme reconnu selon la loi fédérale du 13 décembre 2002 sur la formation professionnelle<sup>124</sup>;
- b. avoir exercé pendant deux ans leur activité auprès d'une sage-femme admise en vertu de la présente ordonnance ou dans la division d'obstétrique d'un hôpital ou dans un cabinet médical spécialisé sous la direction d'une sage-femme;
- c. être admises en vertu du droit cantonal.

<sup>2</sup> ...<sup>125</sup>

## Section 6 Personnes prodiguant des soins sur prescription médicale et organisations qui les emploient

### Art. 46 En général

<sup>1</sup> Sont admises en tant que personnes prodiguant des soins sur prescription médicale les personnes suivantes qui exercent à titre indépendant et à leur compte:

- a. physiothérapeutes;
- b. ergothérapeutes;
- c. infirmières et infirmiers;
- d. logopédistes/orthophonistes;
- e.<sup>126</sup> diététiciens.

<sup>121</sup> RS **814.501**

<sup>122</sup> Voir aussi les disp. fin. mod. 3 déc. 2004 à la fin de la présente ordonnance.

<sup>123</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 déc. 2004 (RO **2004** 5075). Voir aussi les disp. fin. de cette modification, à la fin du présent texte.

<sup>124</sup> RS **412.10**

<sup>125</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du 3 déc. 2004 (RO **2004** 5075).

<sup>126</sup> Introduite par le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1997 (RO **1996** 3139).

<sup>2</sup> Ces personnes doivent être admises en vertu du droit cantonal et remplir les autres conditions d'admission fixées dans la présente ordonnance.

**Art. 47**<sup>127</sup> Physiothérapeutes

<sup>1</sup> Les physiothérapeutes doivent:

- a.<sup>128</sup> être titulaires du diplôme d'une école de physiothérapie reconnu ou reconnu équivalent par l'organisme désigné en commun par les cantons, ou d'un diplôme reconnu selon la loi fédérale du 13 décembre 2002 sur la formation professionnelle<sup>129</sup>;
- b. avoir exercé pendant deux ans leur activité auprès d'un physiothérapeute admis en vertu de la présente ordonnance, dans un service hospitalier spécialisé en physiothérapie ou dans un cabinet médical spécialisé sous la direction d'un physiothérapeute qui remplit les conditions de la présente ordonnance.

<sup>2</sup> ...<sup>130</sup>

**Art. 48** Ergothérapeutes

<sup>1</sup> Les ergothérapeutes doivent:

- a.<sup>131</sup> être titulaires du diplôme d'une école d'ergothérapie reconnu ou reconnu équivalent par l'organisme désigné en commun par les cantons, ou d'un diplôme reconnu selon la loi fédérale du 13 décembre 2002 sur la formation professionnelle<sup>132</sup>;
- b. avoir exercé pendant deux ans leur activité auprès d'un ergothérapeute admis en vertu de la présente ordonnance ou dans un cabinet médical, un hôpital ou une organisation d'ergothérapie sous la direction d'un ergothérapeute qui remplit les conditions d'admission de la présente ordonnance.

<sup>2</sup> ...<sup>133</sup>

<sup>127</sup> Voir aussi les disp. fin. mod. 3 déc. 2004 à la fin de la présente ordonnance.

<sup>128</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 déc. 2004 (RO **2004** 5075). Voir aussi les disp. fin. de cette modification, à la fin du présent texte.

<sup>129</sup> **RS 412.10**

<sup>130</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du 3 déc. 2004 (RO **2004** 5075).

<sup>131</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 déc. 2004 (RO **2004** 5075). Voir aussi les disp. fin. de cette modification, à la fin du présent texte.

<sup>132</sup> **RS 412.10**

<sup>133</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du 3 déc. 2004 (RO **2004** 5075).

**Art. 49**<sup>134</sup> Infirmières et infirmiers

Les infirmières et les infirmiers doivent:

- a. être titulaires du diplôme d'une école de soins infirmiers reconnu ou reconnu équivalent par l'organisme désigné en commun par les cantons, ou d'un diplôme reconnu selon la loi fédérale du 13 décembre 2002 sur la formation professionnelle<sup>135</sup>;
- b. avoir exercé pendant deux ans leur activité auprès d'une infirmière ou d'un infirmier admis en vertu de la présente ordonnance, ou dans un hôpital ou dans une organisation de soins et d'aide à domicile sous la direction d'une infirmière ou d'un infirmier qui remplissent les conditions d'admission de la présente ordonnance.

**Art. 50** Logopédistes/orthophonistes

Les logopédistes/orthophonistes doivent:

- a. avoir reçu une formation professionnelle théorique et pratique de trois ans, reconnue par le canton, et avoir subi avec succès l'examen portant sur les branches suivantes:
  1. linguistique (linguistique, phonétique, psycholinguistique),
  2. logopédie/orthophonie (méthode de thérapie logopédique/orthophonique [conseil, examen logopédique/orthophonique, traitement], pédagogie et psychologie pour les personnes ayant des difficultés de langage et psychologie pour les personnes ayant des difficultés de langage, pathologie du langage),
  3. médecine (neurologie, oto-rhino-laryngologie, phoniatrie, psychiatrie, stomatologie),
  4. pédagogie (pédagogie, pédagogie spécialisée, pédagogie curative),
  5. psychologie (psychologie du développement, psychologie clinique, psychologie pédagogique, y compris la psychologie de l'apprentissage, psychologie sociale),
  6. droit (législation sociale);
- b.<sup>136</sup> avoir exercé pendant deux ans une activité pratique en logopédie/orthophonie clinique comportant essentiellement une expérience dans le traitement des adultes, dont au moins une année dans un hôpital, sous la direction d'un médecin spécialisé (oto-rhino-laryngologue, psychiatre, pédopsychiatre, phoniatre ou neurologue) et en compagnie d'un logopédiste/orthophoniste qui remplit les conditions d'admission de la présente ordonnance; une année peut avoir été accomplie dans le cabinet d'un médecin spécialisé,

<sup>134</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 déc. 2004 (RO **2004** 5075). Voir aussi les disp. fin. de cette modification, à la fin du présent texte.

<sup>135</sup> RS **412.10**

<sup>136</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1997 (RO **1996** 3139).

sous la direction de ce dernier et en compagnie d'un logopédiste/orthophoniste qui remplit les conditions d'admission de la présente ordonnance.

### Art. 50<sup>a137</sup> Diététiciens

<sup>1</sup> Les diététiciens doivent:

- a.<sup>138</sup> être titulaires du diplôme d'une école de diététique reconnu ou reconnu équivalent par l'organisme désigné en commun par les cantons, ou d'un diplôme reconnu selon la loi fédérale du 13 décembre 2002 sur la formation professionnelle<sup>139</sup>;
- b. avoir exercé pendant deux ans leur activité auprès d'un diététicien admis en vertu de la présente ordonnance, ou dans un cabinet médical, un hôpital ou une organisation privée ou publique sous la direction d'un diététicien qui remplit les conditions d'admission de la présente ordonnance.

2 ...<sup>140</sup>

### Art. 51 Organisations de soins et d'aide à domicile

Les organisations qui dispensent des soins et de l'aide à domicile sont admises lorsqu'elles:

- a. sont admises en vertu de la législation du canton dans lequel elles exercent leur activité;
- b.<sup>141</sup> ont délimité leur champ d'activité quant au lieu, à l'horaire de leurs interventions, aux soins et aux patients auxquels elles fournissent leurs prestations;
- c.<sup>142</sup> disposent du personnel spécialisé nécessaire ayant une formation qui correspond à leur champ d'activité;
- d.<sup>143</sup> disposent des équipements nécessaires en raison de leur champ d'activité;
- e.<sup>144</sup> participent aux mesures de contrôle de la qualité (art. 77) qui garantissent que leur champ d'activité soit rempli et que des soins adéquats et de bonne qualité soient dispensés.

<sup>137</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1997 (RO 1996 3139). Voir aussi les disp. fin. de cette modification, à la fin du présent texte.

<sup>138</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 déc. 2004 (RO 2004 5075).

<sup>139</sup> RS 412.10

<sup>140</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du 3 déc. 2004 (RO 2004 5075).

<sup>141</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 2272).

<sup>142</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 2272).

<sup>143</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 2272).

<sup>144</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 2272).



**Art. 52** Organisations d'ergothérapie

Les organisations d'ergothérapie sont admises lorsqu'elles:

- a. sont admises en vertu de la législation du canton dans lequel elles exercent leur activité;
- b.<sup>145</sup> ont délimité leur champ d'activité quant au lieu, à l'horaire de leurs interventions, aux soins et aux patients auxquels elles fournissent leurs prestations;
- c.<sup>146</sup> disposent du personnel spécialisé nécessaire ayant une formation qui correspond à leur champ d'activité;
- d.<sup>147</sup> disposent des équipements nécessaires en raison de leur champ d'activité;
- e.<sup>148</sup> participent aux mesures de contrôle de la qualité (art. 77) qui garantissent que leur champ d'activité soit rempli et que des soins adéquats et de bonne qualité soient dispensés.

**Section 7 Laboratoires****Art. 53** Principes

Sont admis comme laboratoires les établissements qui:

- a. effectuent des analyses médicales;
- b. sont admis en vertu du droit cantonal;
- c. participent aux mesures relatives à la garantie de la qualité prévues à l'art. 77;
- d. répondent aux autres exigences posées aux laboratoires par la législation fédérale ou cantonale;
- e. sont reconnus par l'OFSP, lorsqu'ils effectuent des analyses en vue de dépister les maladies transmissibles;
- f. disposent d'installations adéquates et du personnel spécialisé nécessaire;
- g. remplissent les conditions d'admission fixées à l'art. 54.

<sup>145</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 2272).

<sup>146</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 2272).

<sup>147</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 2272).

<sup>148</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 2272).

**Art. 54** Conditions d'admission

<sup>1</sup> Sont admis sans autres conditions comme laboratoires médicaux:

- a. les laboratoires de cabinets médicaux:
  1. si les analyses sont effectuées dans le cadre des soins de base d'après l'art. 62, al. 1, let. a, pour les besoins du médecin,
  2. si le résultat des analyses est en principe disponible au cours de la consultation (diagnostic en présence du patient),
  3. si le laboratoire de cabinet médical fait partie intégrante du cabinet du médecin traitant, au plan juridique et au plan des locaux;
- b. les laboratoires d'hôpitaux pour les analyses qui sont effectuées dans le cadre des soins de base (art. 62, al. 1, let. a) pour les besoins de l'hôpital;
- c. les officines de pharmaciens et les laboratoires d'hôpitaux pour les analyses qui sont effectuées dans le cadre des soins de base (art. 62, al. 1, let. a) sur prescription d'un autre fournisseur de prestations.<sup>149</sup>

<sup>2</sup> Les laboratoires d'hôpitaux qui effectuent des analyses uniquement pour les besoins de l'hôpital sont admis s'ils sont placés sous la direction d'un médecin, d'un pharmacien ou d'un responsable ayant une formation universitaire en sciences naturelles reconnue par le département ou une formation supérieure convenant à la pratique des analyses reconnue par le département.

<sup>3</sup> Les laboratoires mandatés par un autre fournisseur de prestations admis et qui font d'autres analyses que celles qui sont effectuées dans le cadre des soins de base sont admis lorsque:

- a. ils sont placés sous la direction d'un médecin, d'un pharmacien ou d'un responsable ayant une formation universitaire en sciences naturelles reconnue par le département;
- b. la personne qui les dirige en vertu de la let. a peut justifier d'une formation postgraduée en analyse de laboratoire dont le contenu sera fixé par le département.

<sup>4</sup> Le département peut prévoir pour l'exécution de certaines analyses des exigences supplémentaires quant aux installations, à la qualification et la formation postgraduée de la direction et du personnel de laboratoire. Il peut en outre désigner certains établissements pour effectuer des analyses déterminées et les charger de tenir des registres d'évaluation.

<sup>5</sup> Le département peut édicter des dispositions d'exécution pour l'al. 1, let. a.<sup>150</sup>

<sup>149</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO 2003 3249).

<sup>150</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO 2003 3249).

## **Section 8 Centres de remise de moyens et d'appareils**

### **Art. 55**

Celui qui est admis en vertu du droit cantonal et qui conclut un contrat sur la remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques avec un assureur-maladie est autorisé à exercer son activité à la charge de cet assureur.

## **Section 9 Entreprises de transport et de sauvetage**

### **Art. 56**

Celui qui est admis en vertu du droit cantonal et qui conclut un contrat sur les transports et le sauvetage avec un assureur-maladie est autorisé à exercer son activité à la charge de cet assureur.

## **Section 10 Etablissements de cure balnéaire**

### **Art. 57** En général

<sup>1</sup> Les établissements de cure balnéaire sont admis lorsqu'ils sont placés sous surveillance médicale, utilisent les sources thermales du lieu dans un but thérapeutique, sont dotés du personnel spécialisé nécessaire ainsi que d'installations diagnostiques et thérapeutiques adéquates et qu'ils sont admis en vertu du droit cantonal.

<sup>2</sup> Le département peut autoriser des exceptions à l'exigence de l'utilisation des sources thermales du lieu. Ce faisant, il tient compte de la pratique antérieure des assureurs.

### **Art. 58** Sources thermales

<sup>1</sup> Sont réputées sources thermales celles dont l'eau, en raison d'une propriété chimique ou physique particulière et sans avoir subi de modification dans sa composition naturelle, exerce ou permet d'attendre un effet curatif scientifiquement reconnu.

<sup>2</sup> Les propriétés chimiques ou physiques des eaux thermales doivent être démontrées au moyen d'une expertise et réexaminées tous les trois ans au moyen d'analyses de contrôle effectuées par l'autorité cantonale compétente.

## Chapitre 2 Facturation

### Art. 59

<sup>1</sup> Les fournisseurs de prestations doivent indiquer dans leurs factures:

- a. les dates de traitement;
- b. les prestations fournies, détaillées comme le prévoit le tarif qui leur est applicable;
- c. le diagnostic dans le cadre de l'al. 2.

<sup>2</sup> Les assureurs et les fournisseurs de prestations peuvent stipuler dans les conventions tarifaires quelles informations et diagnostics ne doivent, en principe, être portés qu'à la connaissance du médecin-conseil de l'assureur au sens de l'art. 57 de la loi. Au surplus, la communication du diagnostic est régie par l'art. 42, al. 4 et 5, de la loi. Le département peut fixer, sur proposition commune des assureurs et des fournisseurs de prestations, un code uniforme pour les diagnostics, valable dans toute la Suisse.

<sup>3</sup> Les prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins doivent être clairement distinguées des autres prestations dans les factures.

<sup>4</sup> Pour les analyses, la facture remise au débiteur de la rémunération est établie exclusivement par le laboratoire qui a effectué les analyses. Les tarifs forfaitaires d'après l'art. 49 LAMal sont réservés.<sup>151</sup>

## Chapitre 3 Tarifs et prix<sup>152</sup>

### Section 1<sup>153</sup> Principes

#### Art. 59a Tarifs-cadre<sup>154</sup>

<sup>1</sup> Lorsque les bases de calcul des coûts des prestations définies à l'art. 7 de l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins<sup>155</sup>, dispensées par des infirmiers ou des infirmières (art. 49), des organisations de soins et d'aide à domicile (art. 51) ou des établissements médico-sociaux (art. 39, al. 3, LAMal), sont insuffisantes, le Département peut édicter des tarifs-cadre applicables à ces prestations.

<sup>2</sup> Les tarifs-cadre garantissent le caractère économique et l'adéquation du remboursement des prestations conformément à l'art. 32 LAMal.

<sup>151</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO 2003 3249).

<sup>152</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 2272).

<sup>153</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 17 sept. 1997 (RO 1997 2272).

<sup>154</sup> Introduit par le ch. I 8 de l'O du 18 août 2004 (RO 2004 4037).

<sup>155</sup> RS 832.112.31

**Art. 59b**<sup>156</sup> Comparaisons de prix

<sup>1</sup> L'OFSP peut publier des comparaisons de prix à propos des médicaments inscrits sur la liste des spécialités.

<sup>2</sup> Sur demande, il peut autoriser des privés à communiquer de telles comparaisons de prix lorsque toute publicité est exclue.

**Section 2**<sup>157</sup> **Liste des analyses****Art. 60**<sup>158</sup> Publication

La liste des analyses (art. 52, al. 1, let. a, ch. 1, LAMal) paraît en principe chaque année. Le titre et la référence en sont publiés dans le Recueil officiel du droit fédéral.

**Art. 61** Admission, radiation

<sup>1</sup> Les propositions visant à faire admettre une analyse dans la liste peuvent être soumises à l'OFSP.

<sup>2</sup> L'OFSP examine la proposition et la soumet à la commission compétente. Lors de l'examen des propositions, il peut faire appel à des experts externes. Il peut, de son propre chef ou sur proposition de la commission compétente, subordonner l'admission d'une analyse à des examens complémentaires.

<sup>3</sup> Les analyses qui ne remplissent plus les conditions d'admission sont radiées de la liste.

**Art. 62**<sup>159</sup> Désignation séparée d'analyses

<sup>1</sup> Le département désigne les analyses qui:

- a. peuvent être effectuées par les laboratoires visés à l'art. 54, al. 1, dans le cadre des soins de base;
- b. peuvent être prescrites par des chiropraticiens conformément à l'art. 25, al. 2, let. b, de la loi;
- c. peuvent être prescrites par des sages-femmes conformément à l'art. 29, al. 2, let. a, de la loi.

<sup>2</sup> Le département désigne les analyses effectuées dans le laboratoire du médecin pour lesquelles le tarif peut être fixé conformément aux art. 46 et 48 de la loi.

<sup>156</sup> Introduit par le ch. I 8 de l'O du 18 août 2004 (RO 2004 4037).

<sup>157</sup> Anciennement section 1.

<sup>158</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO 2002 2129).

<sup>159</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 23 fév. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2000 (RO 2000 889).

## Section 3<sup>160</sup> Liste des médicaments avec tarif

### Art. 63

<sup>1</sup> La liste des médicaments avec tarif (art. 52, al. 1, let. a, ch. 2, LAMal) paraît en principe chaque année. Le titre et la référence en sont publiés dans le Recueil officiel du droit fédéral.

<sup>2</sup> Les dispositions relatives à la liste des spécialités s'appliquent par analogie à l'admission dans la liste des médicaments avec tarif.

## Section 4<sup>161</sup> Liste des spécialités

### Art. 64<sup>162</sup> Publication

L'OFSP publie la liste des spécialités (art. 52, al. 1, let. b, LAMal) sous forme électronique et au moins une fois par an sous forme d'imprimé.

### Art. 65 Conditions d'admission

<sup>1</sup> Un médicament prêt à l'emploi peut être admis dans la liste des spécialités s'il dispose d'une autorisation valable de Swissmedic.<sup>163</sup>

<sup>2</sup> Les médicaments prêts à l'emploi doivent être efficaces, appropriés et économiques.<sup>164</sup>

<sup>3</sup> Le département peut édicter des dispositions détaillées sur les critères applicables lors de l'évaluation de l'efficacité. L'évaluation de l'efficacité des médicaments allopathiques prêts à l'emploi doit dans chaque cas s'appuyer sur des études cliniques contrôlées.<sup>165</sup>

<sup>3bis</sup> Le caractère économique est évalué sur la base d'une comparaison avec d'autres médicaments prêts à l'emploi et avec les prix pratiqués à l'étranger. La comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger se fait de façon sommaire quand, au moment de la demande d'admission, elle ne peut pas être effectuée ou ne peut l'être que partiellement en raison de l'absence d'autorisation dans les pays de référence.<sup>166</sup>

<sup>4</sup> Les coûts de recherche et de développement doivent être pris en compte de manière appropriée lors de l'évaluation du caractère économique d'une préparation originale (art. 66, al. 1). Il est tenu compte de ces coûts par une prime à l'innovation

<sup>160</sup> Anciennement section 2.

<sup>161</sup> Anciennement section 3.

<sup>162</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 2 oct. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2835).

<sup>163</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO 2002 2129).

<sup>164</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO 2002 2129).

<sup>165</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO 2002 2129).

<sup>166</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 2 oct. 2000 (RO 2000 2835). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO 2002 2129).

comprise dans le prix si le médicament prêt à l'emploi représente un progrès pour le traitement médical.<sup>167</sup>

<sup>5</sup> Lors de l'évaluation du caractère économique de génériques (art. 66, al. 2), il est tenu compte du fait que les coûts de développement sont moins élevés que pour les préparations originales.

<sup>6</sup> Les médicaments prêts à l'emploi qui font l'objet d'une réclame publique ne sont pas admis dans la liste des spécialités.<sup>168</sup>

<sup>6bis</sup> Les médicaments prêts à l'emploi sont admis dans la liste des spécialités sous réserve que leur caractère économique soit réexaminé par l'OFSP dans les 24 mois qui suivent leur admission. Celle-ci peut être assortie de conditions et de charges.<sup>169</sup>

<sup>7</sup> A l'expiration de la protection du brevet, mais au plus tard 15 ans après l'admission des médicaments prêts à l'emploi dans la liste des spécialités, l'OFSP réexamine s'ils remplissent toujours les conditions d'admission. Les numéros des brevets et des certificats de protection doivent être fournis à l'OFSP. Les brevets de procédé ne sont pas pris en considération lors de ce réexamen.<sup>170</sup>

#### **Art. 66**<sup>171</sup> Définitions

<sup>1</sup> Sont réputés préparations originales les médicaments prêts à l'emploi qui résultent des recherches du fabricant et dont la substance active ou la forme galénique sont les premières à avoir été autorisées par Swissmedic.

<sup>2</sup> Sont réputés génériques les médicaments prêts à l'emploi qui imitent, en ce qui concerne leur substance active, leur forme galénique et leur dosage, une préparation originale autorisée par Swissmedic.

#### **Art. 67**<sup>172</sup> Prix

<sup>1</sup> La liste des spécialités contient les prix maximums déterminants pour la remise des médicaments par les pharmaciens, les médecins, les hôpitaux et les établissements médico-sociaux.<sup>173</sup>

<sup>1bis</sup> Le prix maximum se compose du prix de fabrique et de la part relative à la distribution.<sup>174</sup>

<sup>1ter</sup> Le prix de fabrique rémunère les prestations, redevances comprises, du fabricant et du distributeur jusqu'à la sortie de l'entrepôt, en Suisse.<sup>175</sup>

<sup>167</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO 2002 2129).

<sup>168</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO 2002 2129).

<sup>169</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO 2002 2129).

<sup>170</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO 2002 2129).

<sup>171</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO 2002 2129).

<sup>172</sup> Voir la disp. fin. mod. 2 oct. 2000, à la fin du présent texte.

<sup>173</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 2 oct. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2835).

<sup>174</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 2 oct. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2835).

<sup>175</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 2 oct. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2835).

<sup>1</sup>quater La part relative à la distribution rémunère les prestations logistiques, en particulier les coûts d'exploitation et d'investissement liés au transport, au stockage, à la remise et à l'encaissement.<sup>176</sup>

<sup>2</sup> Les prix fixés dans la liste des spécialités ne peuvent être augmentés que sur autorisation de l'OFSP. Celle-ci ne peut être accordée que si:

- a. le médicament remplit encore les conditions d'admission;
- b. deux années au moins se sont écoulées depuis l'admission du médicament dans la liste des spécialités ou depuis la dernière augmentation du prix.

<sup>2</sup>bis Si l'examen du caractère économique selon l'art. 65, al. 6<sup>bis</sup>, montre que le prix maximum décidé lors de l'admission était trop élevé, l'OFSP décide d'une baisse de prix appropriée.<sup>177</sup>

<sup>2</sup>ter Si le prix de fabrique à la base du prix maximum fixé lors de l'admission est supérieur de plus de 3 % au prix de fabrique calculé lors du réexamen du caractère économique et que l'excédent de recettes ainsi réalisé atteint au moins 20 000 francs, l'OFSP peut obliger l'entreprise requérante à rembourser à l'institution commune prévue à l'art. 18 de la loi l'excédent de recettes perçu depuis l'admission.<sup>178</sup>

<sup>3</sup> Lorsqu'un médicament est inscrit dans la liste des spécialités depuis quinze ans, l'OFSP peut réduire son prix de manière appropriée. Dans ce cas, la prime à l'innovation accordée pour les préparations originales est supprimée. L'OFSP peut convenir de la réduction du prix d'entente avec les fabricants ou les importateurs.<sup>179</sup>

4 ...<sup>180</sup>

## Art. 68 Radiation

<sup>1</sup> Un médicament prêt à l'emploi admis dans la liste des spécialités doit en être radié:<sup>181</sup>

- a. s'il ne remplit plus toutes les conditions d'admission;
- b. si le prix indiqué sur la liste en vigueur a été augmenté sans l'accord de l'OFSP;
- c.<sup>182</sup> si l'entreprise qui a obtenu l'autorisation du médicament ne respecte pas les conditions et les charges dont celle-ci a été assortie conformément à l'art. 65, al. 6<sup>bis</sup>;

<sup>176</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 2 oct. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO **2000** 2835).

<sup>177</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO **2002** 2129).

<sup>178</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO **2002** 2129).

<sup>179</sup> Phrase introduite par le ch. I de l'O du 28 sept. 1998 (RO **1998** 2634).

<sup>180</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 25 nov. 1996 (RO **1996** 3139). Abrogé par le ch. I de l'O du 2 oct. 2000 (RO **2000** 2835).

<sup>181</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO **2002** 2129).

<sup>182</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO **2002** 2129).



d.<sup>183</sup> si l'entreprise qui a obtenu l'admission du médicament fait, directement ou indirectement, de la réclame publique en faveur de ce dernier;

e.<sup>184</sup> si les émoluments ou les frais selon l'art. 71 ne sont pas payés à temps.

<sup>2</sup> La radiation prend effet trois mois après avoir été publiée dans le bulletin de l'OFSP (art. 72, let. a). Si des motifs particuliers le justifient, elle prend effet en même temps que la publication.

#### **Art. 69**<sup>185</sup> Demandes

<sup>1</sup> Les demandes d'admission d'un médicament prêt à l'emploi dans la liste des spécialités doivent être déposées auprès de l'OFSP.

<sup>2</sup> Une nouvelle demande doit être déposée pour toute modification d'un médicament prêt à l'emploi inscrit dans la liste des spécialités ou de son prix. Lorsque la composition des substances actives a été modifiée, l'acte d'autorisation modifié de Swissmedic, doit être joint à la demande.

<sup>3</sup> La documentation jointe à la demande doit faire apparaître que les conditions d'admission sont remplies.

<sup>4</sup> La demande d'admission dans la liste des spécialités peut être déposée lorsque les données en matière d'indications et de dosages confirmées par Swissmedic, dans le cadre du préavis visé à l'art. 6 de l'ordonnance du 17 octobre 2001 sur les médicaments<sup>186</sup> sont disponibles. L'OFSP examine la demande dès que la documentation complète est en sa possession.

#### **Art. 69a**<sup>187</sup> Documentation pour le réexamen du caractère économique

La documentation exigée pour le réexamen au sens de l'art. 65, al. 6<sup>bis</sup>, doit être transmise à l'OFSP au plus tard 18 mois après l'admission dans la liste des spécialités.

#### **Art. 70**<sup>188</sup> Inscription non demandée

L'OFSP peut inscrire ou maintenir dans la liste des spécialités un médicament prêt à l'emploi qui a été autorisé par Swissmedic, et qui est d'une grande importance pour le traitement médical, même lorsque le fabricant ou l'importateur n'a pas demandé son inscription ou qu'il a demandé sa radiation. Dans ce cas, l'OFSP fixe le montant à rembourser par l'assureur

<sup>183</sup> Introduite par le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO 2002 2129).

<sup>184</sup> Introduite par le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO 2002 2129).

<sup>185</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO 2002 2129).

<sup>186</sup> RS 812.212.21

<sup>187</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO 2002 2129).

<sup>188</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO 2002 2129).

**Art. 71** Emoluments et taxes

<sup>1</sup> Pour chaque demande, le requérant doit payer un émoulement.

<sup>2</sup> Les frais extraordinaires, notamment lorsqu'ils sont dus à des expertises complémentaires, peuvent être facturés en plus.

<sup>3</sup> Un émoulement doit être payé chaque année pour tout médicament figurant sur la liste des spécialités, ainsi que pour chaque emballage qui y est mentionné. Cet émoulement couvre les frais de publication de la liste des spécialités.

<sup>4</sup> Le département fixe le montant des émoulements.

**Section 5****Dispositions communes pour la Liste des analyses, la Liste des médicaments avec tarif et la Liste des spécialités**<sup>189</sup>**Art. 72** Publications dans le bulletin de l'OFSP

Sont publiées dans le bulletin de l'OFSP:

- a. les radiations de la liste des spécialités;
- b.<sup>190</sup> les autres modifications de la liste des spécialités;
- c. les modifications de la liste des médicaments avec tarif qui ne nécessitent pas une nouvelle parution de celle-ci;
- d.<sup>191</sup> les modifications de la liste des analyses qui prennent effet en dehors des parutions annuelles.

**Art. 73** Limitations

L'admission dans une liste peut être assortie d'une limitation. Celle-ci peut notamment se rapporter à la quantité ou aux indications médicales.

**Art. 74** Demandes et propositions

L'OFSP peut, après avoir consulté la commission compétente, émettre des directives sur la forme, le contenu et le délai de remise des demandes relatives à la liste des spécialités et des propositions concernant la liste des analyses ou la liste des médicaments avec tarif.

<sup>189</sup> Anciennement section 4. Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO **1997** 2272).

<sup>190</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 2 oct. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO **2000** 2835).

<sup>191</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO **2003** 3249).

**Art. 75** Prescriptions de détail

Le département édicte, après avoir consulté les commissions compétentes, des prescriptions de détail sur l'établissement des listes, en particulier sur le contenu et les critères de l'examen du caractère économique des médicaments.

**Chapitre 4**  
**Contrôle du caractère économique et de la qualité des prestations****Art. 76** Données concernant les prestations fournies

Les assureurs peuvent traiter en commun des données relatives au genre et à l'étendue des prestations fournies par les différents fournisseurs de prestations ainsi qu'aux rémunérations facturées pour ces prestations, cela exclusivement dans le but:

- a. d'analyser les coûts et leur évolution;
- b. de contrôler et de garantir le caractère économique des prestations au sens de l'art. 56 de la loi;
- c. d'élaborer des conventions tarifaires.

**Art. 77** Garantie de la qualité

<sup>1</sup> Les fournisseurs de prestations ou leurs organisations élaborent des conceptions et des programmes en matière d'exigences de la qualité des prestations et de promotion de la qualité. Les modalités d'exécution (contrôle de l'observation, conséquences de l'inobservation, financement) sont réglées dans les conventions tarifaires ou dans des conventions particulières relatives à la garantie de la qualité conclues avec les assureurs ou leurs organisations. Ces réglementations doivent être conformes aux normes généralement reconnues, compte tenu du caractère économique des prestations.

<sup>2</sup> Les parties à la convention sont tenues d'informer l'OFSP sur les clauses en vigueur. L'OFSP peut exiger un rapport sur l'application des règles de garantie de la qualité.

<sup>3</sup> Dans les domaines où aucune convention n'a pu être conclue ou si la convention n'est pas conforme à l'al. 1, le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires. Il consulte au préalable les organisations intéressées.

<sup>4</sup> Le département détermine les mesures prévues à l'art. 58, al. 3, de la loi, après consultation de la commission compétente.

**Titre 5 Financement****Chapitre 1 Système financier, présentation des comptes et révision****Section 1 Système financier****Art. 78 Réserve**

<sup>1</sup> Les assureurs doivent assurer l'équilibre des charges et des produits pour une période de financement de deux ans. Ils doivent en outre disposer en tout temps d'une réserve de sécurité.<sup>192</sup>

<sup>2</sup> et <sup>3</sup> ...<sup>193</sup>

<sup>4</sup> La réserve de sécurité de l'assureur doit, selon le nombre d'assurés dans l'assurance obligatoire des soins, atteindre, pour l'exercice annuel, au moins le pourcentage suivant des primes à recevoir:

Nombre d'assurés	Réserve minimale de sécurité en %
Jusqu'à 250 000	20
Plus de 250 000	15. <sup>194</sup>

<sup>5</sup> Les assureurs comptant moins de 50 000 assurés doivent se réassurer. Ils ne sont pas tenus de le faire pour l'assurance facultative d'indemnités journalières.<sup>195</sup>

**Art. 79 Garantie de déficit**

<sup>1</sup> Si l'assureur obtient une garantie de déficit de la part des pouvoirs publics ou d'une institution qui bénéficie elle-même d'une garantie des pouvoirs publics, l'art. 78, al. 5, s'applique par analogie, dans la mesure où le garant s'est engagé à verser immédiatement la garantie en cas de déficit.

<sup>2</sup> En remettant son budget à l'OFSP, l'assureur doit lui confirmer que la garantie est maintenue. Si la garantie est dénoncée, l'assureur doit immédiatement l'en aviser.

<sup>192</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO 2003 3249).

<sup>193</sup> Abrogés par le ch. I de l'O du 6 juin 2003 (RO 2003 3249).

<sup>194</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO 2003 3249).

<sup>195</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO 2003 3249). Voir aussi les disp. fin. de cette modification, à la fin de la présent texte.

## Section 2 Placement des capitaux

### Art. 80

<sup>1</sup> Les caisses-maladie veillent, pour ce qui est de leurs placements, à la sécurité financière, au maintien des liquidités nécessaires et à une répartition équilibrée des risques, compte tenu d'un rendement approprié.<sup>196</sup>

<sup>2</sup> Les caisses-maladie élaborent un règlement sur les placements. Le règlement et ses modifications doivent être portés à la connaissance de l'OFSP.

<sup>3</sup> Pour les caisses-maladie, les placements suivants sont admis en francs suisses, en euros, en livres sterling, en dollars américains ainsi qu'en yens:<sup>197</sup>

- a. placements auprès de collectivités de droit public et auprès de banques et caisses d'épargne au sens de la loi fédérale du 8 novembre 1934 sur les banques et les caisses d'épargne<sup>198</sup>;
- b.<sup>199</sup> papiers-valeurs et autres placements cotés en Bourse, dont au plus un quart en placements à l'étranger et jusqu'à concurrence de 5 % des placements de la caisse par société;
- c.<sup>200</sup> placements en Suisse sous la forme d'immeubles et de prêts garantis par gage immobilier, y compris les immeubles et les locaux administratifs nécessaires à l'activité de la caisse, jusqu'à concurrence de 40 % des placements de la caisse, ainsi que participations dans des sociétés immobilières jusqu'à concurrence de 5 % des placements de la caisse;
- d. placements et avoirs de caisses-maladie d'entreprises dans la propre entreprise, jusqu'à concurrence de 10 % des placements de la caisse; l'entreprise doit remettre chaque année à la caisse une attestation de solvabilité;
- e. placements auprès d'institutions qui servent à la pratique de l'assurance-maladie sociale, jusqu'à concurrence de 20 % des placements de la caisse; les placements doivent être effectués aux conditions du marché; la caisse doit veiller à ce que les moyens de l'assurance-maladie sociale ne soient utilisés qu'aux fins de celle-ci et que les comptes annuels (compte d'exploitation et bilan) de l'institution considérée soient soumis à l'OFSP.

<sup>4</sup> L'OFSP peut exiger des caisses-maladie des renseignements sur les placements effectués et donner des instructions afin de garantir le respect des principes énoncés à l'al. 1. Il peut leur interdire certains placements ou imposer des restrictions.

<sup>5</sup> Les placements des institutions d'assurance privées sont régis par les dispositions sur la surveillance de ces institutions.

<sup>196</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 23 fév. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2000 (RO 2000 889).

<sup>197</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 23 fév. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2000 (RO 2000 889).

<sup>198</sup> RS 952.0

<sup>199</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 23 fév. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2000 (RO 2000 889).

<sup>200</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 23 fév. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2000 (RO 2000 889).

### Section 3 Présentation des comptes

#### Art. 81 Principes

<sup>1</sup> Les assureurs tiennent une comptabilité distincte pour l'assurance-maladie sociale. Les charges et les produits sont comptabilisés séparément pour:

- a. l'assurance obligatoire ordinaire des soins;
- b. chaque forme particulière d'assurance au sens de l'art. 62 de la loi;
- c. l'assurance d'indemnités journalières.

<sup>2</sup> Lorsque l'assureur tient une comptabilité distincte pour l'assurance collective d'indemnités journalières (art. 75, al. 2, LAMal), il doit l'aménager de façon à ce que les résultats annuels de chaque contrat collectif puissent être produits.

<sup>3</sup> L'OFSP peut donner des instructions sur la tenue des comptes. En l'absence d'instructions, les art. 662a et 957 à 963 CO<sup>201</sup> sont applicables.

#### Art. 82 Normes et plan comptables

Les assureurs élaborent en commun des normes et un plan comptables uniformes pour la pratique de l'assurance-maladie sociale et les soumettent à l'approbation de l'OFSP. Une fois approuvés, ce plan et ces normes sont obligatoires pour tous les assureurs. Si aucun accord n'est trouvé, le département édicte des directives, d'entente avec le Département fédéral de justice et police.

#### Art. 83 Provisions pour cas d'assurance non liquidés

<sup>1</sup> Chaque assureur doit constituer une provision pour cas d'assurance non liquidés dans:

- a. l'assurance obligatoire des soins;
- b. l'assurance d'indemnités journalières.

<sup>2</sup> Les assureurs rectifient, dans le compte d'exercice en cours, la provision portée au bilan lorsque celle-ci ne correspond pas aux besoins réels résultant du calcul des dépenses de l'année précédente.

#### Art. 84 Frais d'administration

<sup>1</sup> Les frais d'administration afférents à l'assurance-maladie doivent être répartis entre:

- a. l'assurance obligatoire des soins;
- b. l'assurance d'indemnités journalières;
- c. les assurances complémentaires et les autres branches d'assurance.

<sup>2</sup> Cette répartition s'opère d'après les charges réelles.

<sup>201</sup> RS 220

**Art. 85** Communication à l'OFSP

<sup>1</sup> Les assureurs remettent à l'OFSP, jusqu'au 30 avril de l'année suivante, le bilan, le compte d'exploitation et un rapport portant sur l'exercice écoulé. La décision par laquelle l'organe compétent de l'assureur a approuvé les comptes peut être transmise ultérieurement, mais au plus tard le 30 juin.<sup>202</sup>

<sup>2</sup> Les assureurs remettent à l'OFSP, jusqu'au 31 juillet de l'exercice en cours, un budget portant sur l'exercice suivant.

<sup>3</sup> Le bilan, les comptes d'exploitation et le budget seront présentés sur des formules établies par l'OFSP.

**Art. 85a**<sup>203</sup> Publication

<sup>1</sup> Les assureurs publient le rapport de gestion et le remettent à l'OFSP chaque année jusqu'au 30 juin. Ils le mettent également à la disposition de toute personne intéressée.

<sup>2</sup> Les données principales par branches d'assurance ainsi que les chiffres visés à l'art. 31, al. 2, doivent être mentionnés dans le rapport de gestion. L'OFSP peut donner d'autres instructions relatives au contenu du rapport de gestion.

<sup>3</sup> Un compte de groupe est établi dans les cas prévus par les dispositions du CO<sup>204</sup> relatives aux sociétés anonymes.

**Section 4 Révision****Art. 86** Organe de révision

<sup>1</sup> Chaque assureur désigne un organe de révision externe et indépendant, disposant de connaissances suffisantes en matière d'assurance-maladie.

<sup>2</sup> Peuvent assumer la fonction d'organe de révision:

- a. les réviseurs possédant des qualifications professionnelles particulières au sens de l'art. 727b CO<sup>205</sup> et de ses dispositions d'application;
- b. pour les assureurs couvrant moins de 10 000 assurés: également les personnes suivantes, si elles ont exercé leur activité pendant au moins cinq ans:
  1. comptables titulaires d'un brevet fédéral,
  2. agents fiduciaires titulaires d'un brevet fédéral,

<sup>202</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 9 nov. 2005, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2006 (RO **2005** 5639).

<sup>203</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 6 juin 2003 (RO **2003** 3249). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 9 nov. 2005, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2006 (RO **2005** 5639).

<sup>204</sup> RS **220**

<sup>205</sup> RS **220**

3. titulaires d'un certificat de capacité étranger équivalent à ceux qui sont mentionnés aux ch. 1 et 2, pour autant que ces personnes aient une expérience pratique correspondante et qu'elles possèdent les connaissances de droit suisse nécessaires pour la révision d'entreprises suisses;

c. pour les caisses-maladie instituées par le droit public cantonal: également les services officiels de contrôle des finances.

<sup>3</sup> L'organe de révision et ses collaborateurs sont tenus de garder le secret sur les constatations faites au cours des révisions.

<sup>4</sup> La responsabilité des organes de révision est soumise aux dispositions applicables aux sociétés coopératives d'assurance concessionnaires (art. 920 CO).

<sup>5</sup> Si, après sommation, l'assureur n'a pas désigné d'organe de révision, celui-ci est désigné par l'OFSP.

<sup>6</sup> Lorsqu'un organe de révision ne répond plus aux exigences posées aux al. 1, 2 et 3, ou s'il n'accomplit sa tâche qu'en partie ou pas du tout, l'assureur doit en désigner un autre.

<sup>7</sup> L'OFSP peut adresser aux assureurs des instructions sur le mandat donné à l'organe de révision.

#### **Art. 87** Tâches de l'organe de révision

<sup>1</sup> L'organe de révision vérifie chaque année si la comptabilité, les comptes annuels et les statistiques sont formellement et matériellement conformes aux exigences posées par la loi (révision annuelle). Il vérifie en outre si l'administration offre toutes les garanties d'une gestion correcte et régulière, notamment si son organisation est adéquate et si elle observe les dispositions légales et internes.

<sup>2</sup> L'organe de révision peut procéder sur place et sans préavis à des révisions intermédiaires, notamment en cas de doute sur la tenue des comptes et sur la gestion.

#### **Art. 88** Rapports de l'organe de révision

<sup>1</sup> L'organe de révision établit un rapport pour chaque révision annuelle et chaque révision intermédiaire. Ces rapports indiquent la date et l'étendue des révisions, les constatations faites et les conséquences qui en découlent.

<sup>2</sup> Deux exemplaires originaux, complets et identiques de chaque rapport doivent être remis l'un à l'organe compétent de l'assureur, l'autre à l'OFSP. Le rapport concernant la révision annuelle doit être présenté à l'OFSP jusqu'au 30 juin de l'année suivante, les rapports relatifs aux révisions intermédiaires dans les trois mois qui suivent celles-ci.<sup>206</sup>

<sup>206</sup> Nouvelle teneur de la phrase selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO 2003 3249).



<sup>3</sup> S'il constate des manquements, des irrégularités, des anomalies ou d'autres faits qui mettent en doute la sécurité financière de l'assureur ou l'aptitude de celui-ci à accomplir sa tâche, l'organe de révision adresse immédiatement son rapport à l'organe compétent de l'assureur et à l'OFSP.

<sup>4</sup> L'OFSP peut donner des instructions relatives à la forme et au contenu des rapports et renvoyer à l'organe de révision les rapports qui ne répondent pas aux exigences imposées.

## Chapitre 2 Primes des assurés

### Section 1 Dispositions générales

#### Art. 89 Indication des primes

L'assureur doit distinguer clairement, pour chaque assuré, entre les primes:

- a. de l'assurance obligatoire des soins, la prime pour le risque d'accident inclus devant être mentionnée séparément;
- b. de l'assurance d'indemnités journalières;
- c. des assurances complémentaires;
- d. des autres branches d'assurance.

#### Art. 90<sup>207</sup> Prélèvement des primes et conséquences d'un retard de paiement

<sup>1</sup> Les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois.

<sup>2</sup> Le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26, al. 1, LPGA s'élève à 5 % par année.

<sup>3</sup> Les arriérés de primes et de participations aux coûts de l'assurance obligatoire des soins doivent faire l'objet de sommations et de procédures de poursuite qui ne peuvent porter simultanément sur d'éventuels autres retards de paiement.

<sup>4</sup> Si l'assuré a trois mois de retard dans le paiement de ses primes mensuelles et qu'il n'a pas donné suite aux sommations qui lui ont été adressées, il doit être mis en poursuite pour la créance arriérée 40 jours au plus tard après la dernière sommation restée sans suite.

<sup>5</sup> Si l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement en temps opportun, l'assureur peut percevoir, dans une mesure appropriée, des frais de sommation ou des frais supplémentaires, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations.

<sup>6</sup> Si, dans les trois mois qui suivent la communication à l'instance cantonale compétente, cette dernière n'a pas signifié qu'elle est d'accord de prendre en charge les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les

<sup>207</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 9 nov. 2005, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2006 (RO 2005 5639).

frais de poursuite, l'assureur peut compenser les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires mis en poursuite ainsi que les frais de poursuite avec les prestations auxquelles l'assuré a droit.

<sup>7</sup> Si un assuré contraint de changer d'assureur en vertu de l'art. 7, al. 3 ou 4, de la loi est en retard de paiement au moment du changement d'assureur et qu'une suspension des prestations a déjà été décidée à son encontre, cette suspension garde son effet chez le nouvel assureur. L'ancien assureur doit signaler au nouvel assureur la suspension des prestations. Il doit également l'informer dès que les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite ont été entièrement payés.

<sup>8</sup> Si un assuré résidant dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège ne paie pas les primes ou les participations aux coûts échues, l'assureur devra procéder à une sommation écrite et le rendre attentif aux conséquences de la mise en demeure. L'assureur pourra ensuite suspendre la prise en charge des prestations jusqu'à ce que les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires soient entièrement payés. L'assureur informera simultanément l'institution d'entraide compétente au lieu de résidence de l'assuré ainsi que l'institution commune prévue à l'art. 18 de la loi de la suspension des prestations. L'assureur devra prendre en charge les prestations pour la période de suspension dès qu'il aura reçu le paiement des primes et des participations aux coûts arriérées ainsi que des intérêts moratoires.

#### **Art. 90a<sup>208</sup>** Intérêts rémunérateurs

<sup>1</sup> Les intérêts rémunérateurs visés à l'art. 26, al. 1, LPGA sont accordés lorsque l'assureur restitue ou compense des primes versées en trop ou qu'il doit réparer le dommage à concurrence des différences de primes en vertu de l'art. 7, al. 5 et 6, LAMal, pour autant que la créance dépasse 3000 francs et qu'elle ne soit pas acquittée dans les six mois.

<sup>2</sup> Le taux des intérêts rémunérateurs s'élève à 5 % par année. Les prescriptions de l'art. 7 de l'ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales<sup>209</sup> sont applicables par analogie.

#### **Art. 91** Echelonnement des primes

<sup>1</sup> Si l'assureur échelonne les primes par région en vertu de l'art. 61, al. 2, de la loi, l'échelon le plus haut ne doit pas excéder l'échelon le plus bas de plus de 50 % à l'intérieur d'un même canton.<sup>210</sup>

<sup>2</sup> Pour les personnes visées aux art. 3, 4 et 5 qui sont soumises à l'assurance suisse, l'assureur peut échelonner le montant des primes par régions d'après leur lieu de résidence, s'il est prouvé que les coûts diffèrent selon ces régions.

<sup>208</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 11 sept. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3908).

<sup>209</sup> RS 830.11

<sup>210</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO 2003 3249).

<sup>3</sup> L'échelonnement des primes selon le groupe d'âge pour les assurés visés à l'art. 61, al. 3, de la loi s'effectue d'après l'année de naissance.

**Art. 91a**<sup>211</sup> Réduction de primes en cas d'assujettissement à une autre assurance

1 ...<sup>212</sup>

<sup>2</sup> Les assureurs peuvent réduire les primes d'assurance des soins des personnes qui ont conclu une assurance facultative ou par convention selon la LAA<sup>213</sup>, ce pendant la durée de la couverture des accidents. La réduction ne peut excéder la part qui correspond à cette ouverture.

**Art. 92** Tarifs des primes

<sup>1</sup> Les assureurs doivent soumettre à l'approbation de l'OFSP les tarifs des primes de l'assurance obligatoire des soins et leurs modifications, au plus tard cinq mois avant leur application. Ces tarifs ne peuvent être appliqués qu'après avoir été approuvés par l'OFSP.

<sup>2</sup> Doivent être joints aux tarifs, sur une formule remise par l'OFSP:

- a. le budget (bilan et compte d'exploitation) de l'exercice en cours;
- b. le budget (bilan et compte d'exploitation) de l'exercice suivant.

<sup>3</sup> Si l'assureur échelonne les primes par canton ou par région, l'OFSP peut lui demander périodiquement un aperçu des coûts moyens des derniers exercices dans les cantons ou les régions considérés.

<sup>4</sup> Pour les formes particulières d'assurance prévues à l'art. 62 de la loi, l'assureur doit également indiquer le montant des primes et joindre les conditions d'assurance correspondantes.

<sup>5</sup> Lors de l'approbation des tarifs de primes ou à la suite de celle-ci, l'OFSP peut donner des instructions à l'assureur concernant la fixation des primes pour les années suivantes.

<sup>211</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1997 (RO 1996 3139).

<sup>212</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du 11 déc. 2000 (RO 2001 138).

<sup>213</sup> RS 832.20

**Section 1a**<sup>214</sup>**Primes des assurés résidant dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège**<sup>215</sup>**Art. 92a** Prélèvement de la prime

Lorsqu'un assuré réside à l'étranger, l'assureur prélève les primes en francs suisses ou en Euros. L'assureur peut percevoir les primes par trimestre sans le consentement de l'assuré.

**Art. 92b** Calcul des primes

<sup>1</sup> Pour les assurés résidant dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège, l'assureur calcule les primes par Etat.<sup>216</sup>

<sup>2</sup> Il peut échelonner les montants des primes à l'intérieur de l'un des Etats mentionnés à l'al. 1 s'il est prouvé que les coûts diffèrent selon les régions; il ne peut y avoir plus de trois échelonnements. L'art. 61, al. 3, de la loi est applicable.<sup>217</sup>

<sup>3</sup> Pour la fixation des primes, l'assureur prend en considération:

- a. en ce qui concerne les assurés pour lesquels il est prévu un remboursement des prestations sur la base de montants forfaitaires d'après les art. 94 et 95 du règlement CEE 574/72<sup>218</sup>:
  1. les coûts du remboursement des montants forfaitaires,
  2. un supplément pour la constitution des réserves visées à l'art. 78, al. 4, pour la couverture des frais d'administration visés à l'art. 84 et pour tenir compte de l'évolution des coûts entre l'année pour laquelle la statistique d'après l'art. 19, al. 2, let. a, est établie et l'année pour laquelle les primes sont prélevées;
- b. en ce qui concerne les assurés pour lesquels un remboursement des prestations sur la base des coûts effectifs est prévu d'après l'art. 93 du règlement CEE 574/72 :
  1. les coûts de la prise en charge de ces prestations,
  2. un supplément pour la constitution des réserves visées à l'art. 78, al. 4, et des provisions visées à l'art. 83, al. 1, pour la couverture des frais d'administration visés à l'art. 84 et une redevance de risques prévue à l'art. 4, al. 2, et 5, de l'ordonnance du 12 avril 1995 sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie<sup>219</sup>.

<sup>214</sup> Introduite par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO **2002** 915).

<sup>215</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO **2002** 1633).

<sup>216</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO **2002** 1633).

<sup>217</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO **2002** 1633).

<sup>218</sup> Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71 (JO n° L 74 du 27 mars 1972) (également codifié par le règlement (CE) n° 118/97 du Conseil, du 2 déc. 1996); modifié en dernier lieu par le règlement (CE) n° 307/1999 du Conseil, du 8 fév. 1999 (JO n° L 38 du 12 fév. 1999)

<sup>219</sup> RS **832.112.1**

**Art. 92<sup>c220</sup>** Comptabilité

Les assureurs tiennent pour les assurés visés à l'art. 92b, al. 3, let. a et b, une comptabilité séparée par Etat membre de la Communauté européenne, ainsi que pour l'Islande et la Norvège.

**Section 2 Formes particulières d'assurance****Art. 93** Assurance avec franchise à option

## a. Franchises à option

<sup>1</sup> Les assureurs peuvent pratiquer, en plus de l'assurance des soins ordinaire, une assurance dans laquelle les assurés peuvent choisir une franchise plus élevée que le montant fixé à l'art. 103, al. 1 (franchise à option). Les franchises à option se montent à 500, 1000, 1500, 2000 et 2500 francs pour les adultes et les jeunes adultes et à 100, 200, 300, 400, 500 et 600 francs pour les enfants. Un assureur peut offrir des franchises différentes pour les adultes et les jeunes adultes. Les franchises à option offertes par l'assureur doivent s'appliquer à l'ensemble du canton.<sup>221</sup>

<sup>2</sup> Le montant maximal annuel de la quote-part correspond à celui qui est prévu à l'art. 103, al. 2.

<sup>3</sup> Si plusieurs enfants d'une même famille sont assurés par le même assureur, leur participation ne doit pas excéder le double du montant maximal par enfant (franchise à option et quote-part selon l'art. 103, al. 2). Si des franchises différentes sont choisies pour les enfants, l'assureur fixe la participation maximale.

**Art. 94** b. Adhésion et sortie, changement de franchise

<sup>1</sup> Tous les assurés peuvent adhérer à l'assurance avec franchises à option. L'assuré ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile.

<sup>2</sup> Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance ainsi que le changement d'assureur sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant préavis donné dans les délais fixés à l'art. 7, al. 1 et 2, de la loi.<sup>222</sup>

<sup>3</sup> Lorsque l'assuré change d'assureur au cours d'une année civile en vertu de l'art. 7, al. 2, 3 ou 4 de la loi, il garde la franchise choisie auprès de l'ancien assureur pour autant que le nouvel assureur pratique cette forme d'assurance. L'art. 103, al. 4, s'applique par analogie.<sup>223</sup>

<sup>220</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

<sup>221</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 mai 2004, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2005 (RO 2004 3437).

<sup>222</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> oct. 2003 (RO 2003 3249).

<sup>223</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> oct. 2003 (RO 2003 3249).

**Art. 95** c. Primes

<sup>1</sup> Les primes de l'assurance avec franchises à option se fondent sur celles de l'assurance ordinaire. Les assureurs veillent à ce que les assurés de ces deux formes d'assurance contribuent, dans la mesure nécessaire selon les principes actuariels, aux réserves et à la compensation des risques.

<sup>1bis</sup> Les assureurs fixent le montant dont ils réduisent la prime selon les exigences d'assurance. Ils respectent les réductions de primes maximales prescrites aux al. 2 et 2<sup>bis</sup>.<sup>224</sup>

<sup>2</sup> La prime de l'assurance avec franchises à option s'élève à au moins 50 % de la prime de l'assurance ordinaire avec couverture des accidents du groupe d'âge et de la région de prime de l'assuré.<sup>225</sup>

<sup>2bis</sup> La réduction de primes par année civile ne doit pas être plus importante que 80 % du risque de participer aux coûts assumé par les assurés ayant choisi une franchise plus élevée.<sup>226</sup>

<sup>3</sup> ...<sup>227</sup>

**Art. 96** Assurance avec bonus  
a. Principe

<sup>1</sup> Les assureurs peuvent pratiquer, en plus de l'assurance des soins ordinaire, une assurance dans laquelle une réduction de prime est accordée lorsque l'assuré n'a bénéficié d'aucune prestation pendant une année (assurance avec bonus). Sont exceptées les prestations de maternité et les mesures de prévention.

<sup>2</sup> L'année civile est réputée période de référence permettant d'établir si l'assuré a bénéficié de prestations. Les assureurs peuvent toutefois prévoir une période de référence avancée de trois mois au plus. Dans ce cas, durant la première année d'affiliation à l'assurance avec bonus, la période de référence est réduite d'autant.

<sup>3</sup> La date du traitement est réputée celle où l'assuré a bénéficié d'une prestation. Les assureurs fixent le délai dans lequel les assurés doivent leur remettre les factures.

<sup>4</sup> L'assurance avec bonus ne peut être pratiquée en relation avec une franchise à option au sens de l'art. 93.

**Art. 97** b. Adhésion et sortie

<sup>1</sup> Tous les assurés peuvent adhérer à l'assurance avec bonus. Le passage de l'assurance ordinaire à l'assurance avec bonus n'est possible que pour le début d'une année civile.

<sup>224</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 23 fév. 2000 (RO 2000 889). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 mai 2004, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2005 (RO 2004 3437).

<sup>225</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 mai 2004, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2005 (RO 2004 3437).

<sup>226</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO 2003 3249).

<sup>227</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du 23 fév. 2000 (RO 2000 889).

<sup>2</sup> L'assuré peut passer dans une autre forme d'assurance ou changer d'assureur pour la fin d'une année civile et moyennant préavis donné dans les délais fixés à l'art. 7, al. 1 et 2, de la loi.<sup>228</sup>

<sup>3</sup> Lorsque l'assuré change d'assureur au cours d'une année civile en vertu de l'art. 7, al. 2, 3 ou 4, de la loi, le nouvel assureur doit, s'il pratique l'assurance avec bonus et si l'assuré y adhère, prendre en compte la période durant laquelle celui-ci n'a bénéficié d'aucune prestation dans l'assurance avec bonus de l'ancien assureur.<sup>229</sup>

<sup>3</sup> Lorsque l'assuré doit changer d'assureur en vertu de l'art. 7, al. 3 ou 4, de la loi, le nouvel assureur doit, s'il pratique l'assurance avec bonus et si l'assuré y adhère, prendre en compte la période durant laquelle celui-ci n'a bénéficié d'aucune prestation dans l'assurance avec bonus de l'ancien assureur.

#### **Art. 98** c. Primes

<sup>1</sup> Les assureurs doivent fixer les primes de l'assurance avec bonus de façon à ce que les assurés de l'assurance ordinaire et de l'assurance avec bonus contribuent, dans la mesure nécessaire selon les principes actuariels, aux réserves et à la compensation des risques.

<sup>2</sup> Les primes initiales de l'assurance avec bonus doivent être de 10 pour cent plus élevées que celles de l'assurance ordinaire.

<sup>3</sup> Le barème de primes suivant est applicable:

Barème de primes	Bonus en % de la prime initiale
4	0
3	15
2	25
1	35
0	45

<sup>4</sup> Si, au cours de l'année civile, l'assuré ne bénéficie d'aucune prestation, la prime de l'année civile suivante est calculée d'après l'échelon de primes immédiatement inférieur. Seules sont déterminantes pour la réduction des primes les années d'affiliation à l'assurance avec bonus durant lesquelles l'assuré n'a bénéficié d'aucune prestation.

<sup>5</sup> Si, au cours de l'année civile, l'assuré bénéficie de prestations, la prime de l'année civile suivante augmente d'un échelon.

<sup>228</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> oct. 2003 (RO 2003 3249).

<sup>229</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> oct. 2003 (RO 2003 3249).

**Art. 99** Assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations  
a. Principe

<sup>1</sup> Les assureurs peuvent pratiquer, en plus de l'assurance des soins ordinaire, des assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations.

<sup>2</sup> Dans les assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations, l'assureur peut renoncer en tout ou en partie au prélèvement de la quote-part et de la franchise.<sup>230</sup>

**Art. 100** b. Adhésion et sortie

<sup>1</sup> Tous les assurés qui résident dans la région où l'assureur pratique une assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations peuvent y adhérer.

<sup>2</sup> Le passage de l'assurance ordinaire à une assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations est possible à tout moment.

<sup>3</sup> Le passage à une autre forme d'assurance ainsi que le changement d'assureur ne sont possibles que pour la fin d'une année civile et moyennant préavis donné dans les délais fixés à l'art. 7, al. 1 et 2, de la loi.<sup>231</sup>

<sup>4</sup> Le changement d'assureur au cours d'une année civile en vertu de l'art. 7, al. 2, 3 ou 4, de la loi est réservé.<sup>232</sup>

**Art. 101** c. Primes

<sup>1</sup> Les assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations ne constituent pas des communautés de risques particulières pour un même assureur. Lors de la fixation des primes, l'assureur doit tenir compte des frais administratifs et des éventuelles primes de réassurance et veiller à ce que les assurés qui ont un choix limité des fournisseurs de prestations contribuent, dans la mesure nécessaire selon les principes actuariels, aux réserves et à la compensation des risques.

<sup>2</sup> Des réductions de primes ne sont admises que pour les différences de coûts qui résultent du choix limité des fournisseurs de prestations ainsi que du mode et du niveau particuliers de la rémunération des fournisseurs de prestations. Les différences de coûts dues à des structures de risques favorables ne donnent pas droit à une réduction de primes. Les différences de coûts doivent être démontrées par des chiffres empiriques établis durant au moins cinq exercices comptables.

<sup>3</sup> Lorsqu'il n'existe pas encore de chiffres empiriques établis durant au moins cinq exercices comptables, les primes peuvent se situer au plus à 20 % au-dessous des primes de l'assurance ordinaire de l'assureur considéré.

<sup>230</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 2272).

<sup>231</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> oct. 2003 (RO 2003 3249).

<sup>232</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> oct. 2003 (RO 2003 3249).



<sup>4</sup> Lorsqu'une institution qui sert à la pratique d'une assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations fournit ses prestations à des personnes assurées auprès de plusieurs assureurs, ceux-ci peuvent fixer une prime uniforme pour lesdits assurés.

**Art. 101a**<sup>233</sup> Formes particulières d'assurance pour les assurés résidant dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège

<sup>1</sup> Les assurés résidant dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège ne peuvent pas adhérer aux formes particulières d'assurance au sens des art. 93 à 101.

<sup>2</sup> Les assureurs peuvent offrir une assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations selon les art. 99 à 101 aux personnes résidant dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège qui travaillent en Suisse ainsi qu'aux membres assurés de leur famille. Lors de la fixation de la réduction des primes au sens de l'art. 101, al. 2 et 3, il faut tenir compte du fait que ces assurés peuvent aussi se faire traiter dans leur pays de résidence.

### Section 3 Indemnisation de tiers

#### Art. 102

<sup>1</sup> L'indemnisation de tiers au sens de l'art. 63 de la loi ne doit pas excéder les frais que les tâches confiées au tiers auraient occasionnés à l'assureur.

<sup>2</sup> Cette indemnisation fait partie des frais d'administration de l'assureur. Elle ne doit pas être répercutée sur les assurés sous la forme d'une réduction de prime.

### Chapitre 3 Participation aux coûts

#### Art. 103 Franchise et quote-part

<sup>1</sup> La franchise prévue à l'art. 64, al. 2, let. a, de la loi s'élève à 300 francs par année civile.<sup>234</sup>

<sup>2</sup> Le montant maximal annuel de la quote-part au sens de l'art. 64, al. 2, let. b, de la loi s'élève à 700 francs pour les adultes et à 350 francs pour les enfants.<sup>235</sup>

<sup>3</sup> La date du traitement est déterminante pour la perception de la franchise et de la quote-part.

<sup>233</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001 (RO 2002 915). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

<sup>234</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO 2003 3249).

<sup>235</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO 2003 3249).

<sup>4</sup> En cas de changement d'assureur au cours d'une année civile, la nouvel assureur impute la franchise et la quote-part déjà facturées dans cette même année. Lorsque ni franchise ni quote-part n'ont été facturées, la déduction est opérée si l'assuré apporte la preuve correspondante.

<sup>5</sup> Les assureurs peuvent prélever un forfait pour la franchise et la quote-part des adultes dont la couverture d'assurance est prévue pour moins d'une année civile, lorsque ces derniers font valoir leur droit à des prestations. Ce forfait se monte à 250 francs dans une période de 90 jours. Il ne peut pas être proposé en relation avec des formes particulières d'assurance au sens des art. 93 à 101a.<sup>236</sup>

<sup>6</sup> Une franchise et une quote-part forfaitaires sont prélevées pour les assurés qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande, au Liechtenstein ou en Norvège et qui, lors d'un séjour en Suisse, ont droit à l'entraide internationale en matière de prestations en vertu de l'art. 95a de la loi. Le forfait s'élève à 92 francs pour les adultes et à 33 francs pour les enfants dans une période de 30 jours.<sup>237</sup>

<sup>7</sup> Les al. 1 à 4 sont applicables par analogie aux assurés résidant dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège et qui travaillent en Suisse et aux assurés qui résident en Belgique, en Allemagne, aux Pays-Bas et en Autriche et qui peuvent choisir de suivre un traitement dans l'Etat de résidence ou en Suisse en vertu de l'art. 95a let. a de la loi.<sup>238</sup>

#### **Art. 104** Contribution aux frais de séjour hospitalier

<sup>1</sup> La contribution journalière aux frais de séjour hospitalier prévue à l'art. 64, al. 5, de la loi se monte à 10 francs.

<sup>2</sup> Sont exemptés de cette contribution:

- a. les assurés qui vivent en ménage commun avec une ou plusieurs personnes avec lesquelles ils ont une relation relevant du droit de la famille;
- b. les femmes pour les prestations de maternité;
- c.<sup>239</sup> les assurés visés à l'art. 103, al. 6.

#### **Art. 105** Participation augmentée, réduite ou supprimée

<sup>1</sup> Le département désigne les prestations pour lesquelles la participation aux coûts est plus élevée, au sens de l'art. 64, al. 6, let. a, de la loi, et fixe le montant de celle-ci. Il peut aussi prévoir que la participation est augmentée lorsque la prestation:

<sup>236</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 déc. 2004 (RO 2004 5075). Voir aussi les disp. fin. de cette modification, à la fin du présent texte.

<sup>237</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001 (RO 2002 915). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO 2003 3249).

<sup>238</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001 (RO 2002 915). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

<sup>239</sup> Introduite par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 915).

- a. a été fournie pendant une durée déterminée;
- b. a atteint un volume déterminé.

<sup>1bis</sup> Le département désigne les médicaments pour lesquels une quote-part est plus élevée, au sens de l'art. 64, al. 6, let. a, de la loi, et fixe le taux de celle-ci.<sup>240</sup>

<sup>2</sup> Lorsque la quote-part est augmentée par rapport à celle qui est fixée à l'art. 64, al. 2, let. b, de la loi, le montant qui dépasse le taux fixé par la loi ne compte que pour moitié dans le calcul du montant maximum prévu à l'art. 103, al. 2.

<sup>3</sup> Le département désigne les prestations pour lesquelles la participation aux coûts est réduite ou supprimée, au sens de l'art. 64, al. 6, let. b, de la loi. Il fixe le montant des participations réduites.

<sup>3bis</sup> Le département désigne les prestations pour lesquelles la franchise est supprimée selon l'art. 64, al. 6, let. d, de la loi.<sup>241</sup>

<sup>4</sup> Avant d'édicter les dispositions visées aux al. 1, 3 et 3bis, le département consulte la commission compétente.<sup>242</sup>

## Chapitre 4<sup>243</sup> Réduction des primes par les cantons

**Art. 106<sup>244</sup>** Réduction des primes par les cantons en faveur des assurés au bénéfice d'une autorisation de séjour valable au moins trois mois

Les personnes tenues de s'assurer d'après l'art. 1, al. 2, let. a et f, ont également droit à la réduction des primes, pour autant qu'elles remplissent les conditions fixées par le canton.

**Art. 106a** Réduction des primes par les cantons en faveur des assurés qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège<sup>245</sup>

<sup>1</sup> La réduction des primes est régie par l'art. 65a de la loi:

- a. pour les assurés qui perçoivent une rente suisse, aussi longtemps qu'ils exercent une activité lucrative en Suisse ou qu'ils perçoivent une prestation de l'assurance-chômage suisse;
- b. pour les membres assurés de la famille d'un assuré au sens de la let. a, même si un autre membre assuré de la famille ne perçoit qu'une rente suisse;

<sup>240</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 9 nov. 2005, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2006 (RO 2005 5639).

<sup>241</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 11 déc. 2000 (RO 2001 138).

<sup>242</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 déc. 2000 (RO 2001 138).

<sup>243</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 915).

<sup>244</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

<sup>245</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

- c. pour les membres assurés de la famille d'un assuré qui exerce une activité lucrative en Suisse ou qui perçoit une prestation de l'assurance-chômage suisse, même si un autre membre assuré de la famille ne perçoit qu'une rente suisse.

<sup>2</sup> Lors de l'examen de la situation économique modeste des assurés résidant dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège, les cantons ne sont pas autorisés à prendre en compte le revenu et la fortune nette des membres de la famille soumis à la procédure prévue par l'art. 66a de la loi.<sup>246</sup>

## **Partie 2      Assurance facultative d'indemnités journalières**

### **Art. 107      Système financier**

Les art. 78 et 79 s'appliquent par analogie.

### **Art. 108      Tarif des primes**

L'art. 92 s'applique par analogie.

### **Art. 108a<sup>247</sup>      Prélèvement des primes**

Les art. 90, al. 1 et 2, et 90a sont applicables par analogie.

### **Art. 109      Adhésion**

Toute personne qui satisfait aux exigences de l'art. 67, al. 1, de la loi peut adhérer à l'assurance d'indemnités journalières aux mêmes conditions que celles qui prévalent pour les autres assurés, notamment quant à la durée et au montant de l'indemnité journalière, dans la mesure où, selon toute probabilité, il n'en résulte pas de sur-indemnisation.

<sup>246</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

<sup>247</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 11 sept. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3908).

**Partie 3 Règles de coordination**  
**Titre 1 Coordination des prestations**  
**Chapitre 1 Relations avec les autres assurances sociales**  
**Section 1 Délimitation de l'obligation d'allouer les prestations**

**Art. 110<sup>248</sup>** Principe

Dans la mesure où, dans un cas d'assurance, des prestations de l'assurance-maladie sont en concours avec des prestations de même nature de l'assurance-accidents au sens de la LAA<sup>249</sup>, de l'assurance militaire, de l'assurance-vieillesse et survivants, de l'assurance-invalidité ou de la loi du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain<sup>250</sup>, les prestations de ces autres assurances sociales doivent être allouées en priorité. L'art. 128 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents<sup>251</sup> est réservé.

**Art. 111** Déclaration d'accident

Les assurés doivent aviser leur assureur-maladie de tout accident non déclaré auprès d'un assureur-LAA ou de l'assurance militaire. Ils doivent donner tous les renseignements concernant:<sup>252</sup>

- a. le moment, le lieu, les circonstances et les suites de l'accident;
- b. le médecin traitant ou l'hôpital;
- c. les éventuels responsables et assurances intéressés.

**Section 2 Obligation d'avancer les prestations**

**Art. 112** En relation avec l'assurance-accidents et l'assurance militaire

<sup>1</sup> Si, dans un cas de maladie ou d'accident, il n'est pas certain que l'obligation d'allouer les prestations incombe à l'assurance-accidents selon la LAA<sup>253</sup> ou à l'assurance militaire, l'assureur-maladie peut avancer spontanément ses prestations, sous réserve de son plein droit à restitution.<sup>254</sup>

<sup>2</sup> Si une personne est assurée pour des indemnités journalières auprès de plusieurs assureurs-maladie, chaque assureur est tenu d'avancer des prestations.

<sup>248</sup> Nouvelle teneur selon l'art. 45 ch. 1 de l'O du 24 nov. 2004 sur les allocations pour perte de gain, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2005 (RS **834.11**).

<sup>249</sup> RS **832.20**

<sup>250</sup> RS **834.1**

<sup>251</sup> RS **832.202**

<sup>252</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 sept. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3908).

<sup>253</sup> RS **832.20**

<sup>254</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 sept. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3908).

**Art. 113** En relation avec l'assurance-invalidité

Si l'assuré a demandé des prestations tant à l'assureur-maladie qu'à l'assurance-invalidité, l'assureur-maladie doit, à titre provisoire, fournir une garantie de paiement ou effectuer les paiements pour les frais de soins jusqu'à ce que soit déterminée l'assurance qui prendra le cas en charge.

**Art. 114**<sup>255</sup> Obligation d'informer

L'assureur-maladie qui avance les prestations attire l'attention de l'assuré sur le régime du remboursement visé à l'art. 71 LPGa.

**Art. 115**<sup>256</sup>**Art. 116** Tarifs différents

<sup>1</sup> Lorsque l'assureur-maladie a avancé des prestations, les autres assureurs sociaux doivent verser aux fournisseurs de prestations l'éventuelle différence entre le tarif valable pour eux et le tarif appliqué par l'assureur-maladie.

<sup>2</sup> Lorsque, en appliquant ses tarifs, l'assureur-maladie a payé aux fournisseurs de prestations davantage que s'il avait appliqué les tarifs valables pour les autres assurances, les fournisseurs de prestations doivent lui restituer la différence.

**Section 3 Remboursement de prestations d'autres assureurs sociaux****Art. 117** Principe

<sup>1</sup> Si l'assureur-maladie a alloué à tort des prestations dues par un autre assureur social ou dans le cas inverse, l'assureur déchargé doit rembourser à l'autre assureur le montant qu'il doit, mais au plus dans les limites de son obligation légale.

<sup>2</sup> Lorsque plusieurs assureurs-maladie ont droit ou sont tenus au remboursement, leurs parts se calculent en fonction des prestations qu'ils ont ou auraient dû allouer.

<sup>3</sup> Le droit au remboursement se prescrit par cinq ans à compter de l'octroi de la prestation.

**Art. 118** Conséquences pour les assurés

<sup>1</sup> Dans les cas en cours, l'assureur définitivement tenu de verser les prestations veille à ce que celles-ci soient allouées conformément aux prescriptions qui lui sont applicables. Il en informe l'assuré.

<sup>255</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 sept. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3908).

<sup>256</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du 11 sept. 2002 (RO 2002 3908).

<sup>2</sup> Dans les cas où l'assuré aurait normalement dû recevoir des prestations en espèces plus élevées que celles qu'il a effectivement reçues, l'assureur tenu au remboursement lui verse la différence. Cette règle s'applique également aux cas où le rapport d'assurance a pris fin entre-temps.

#### **Art. 119** Tarifs différents

<sup>1</sup> L'assureur tenu au remboursement verse aux fournisseurs de prestations l'éventuelle différence entre le tarif appliqué par l'assureur qui a droit au remboursement et le tarif qu'il applique lui-même.

<sup>2</sup> Lorsque l'assureur qui a droit au remboursement a payé davantage que ce qu'il aurait dû en appliquant les tarifs valables pour l'assureur tenu au remboursement, les fournisseurs de prestations doivent lui restituer la différence.

### **Section 4<sup>257</sup> Devoir d'information des assureurs**

#### **Art. 120** Information mutuelle

Les assurés doivent être informés sur la communication des données (art. 84a LAMal) et sur l'assistance administrative (art. 32, al. 2, LPGA et art. 82 LAMal).

#### **Art. 121**

*Abrogé*

## **Chapitre 2 Surindemnisation**

#### **Art. 122<sup>258</sup>**

<sup>1</sup> Il y a surindemnisation dans la mesure où les prestations respectives des assurances sociales excèdent, pour une même atteinte à la santé, notamment les limites suivantes:

- a. les frais de diagnostic et de traitement supportés par l'assuré;
- b. les frais de soins supportés par l'assuré et d'autres frais non couverts dus à la maladie.

<sup>2</sup> Lorsqu'une personne est assurée auprès de plus d'un assureur-maladie pour des indemnités journalières au sens des art. 67 à 77 de la loi, les limites de la surindemnisation sont celles de l'art. 69, al. 2, LPGA. Si les prestations doivent être réduites, chacun de ces assureurs est tenu de verser les prestations en proportion des indem-

<sup>257</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 sept. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3908).

<sup>258</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 sept. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 3908).

nités journalières qu'il assure par rapport au total des indemnités journalières assurées.

...

**Art. 123 à 126**<sup>259</sup>

#### **Partie 4**

#### **Décision, frais de communication et de publication des données**<sup>260</sup>

**Art. 127**<sup>261</sup>

Lorsqu'une décision est exigée en vertu de l'art. 51, al. 2, LPGA, l'assureur est tenu de la rendre dans les trente jours.

**Art. 128 et 129**<sup>262</sup>

...<sup>263</sup>

**Art. 130** Frais de communication et de publication de données<sup>264</sup>

<sup>1</sup> Un émoulement est perçu dans les cas visés à l'art. 84a, al. 5, de la loi, lorsque la communication de données nécessite de nombreuses copies ou autres reproductions ou des recherches particulières. Le montant de cet émoulement équivaut à ceux des art. 14 et 16 de l'ordonnance du 10 septembre 1969 sur les frais et indemnités en procédure administrative<sup>265</sup>.

<sup>2</sup> Un émoulement couvrant les frais est perçu pour les publications au sens de l'art. 84a, al. 3, de la loi.

<sup>3</sup> L'émoulement peut être réduit ou remis si la personne assujettie est dans la gêne ou pour d'autres justes motifs.

<sup>259</sup> Abrogés par le ch. I de l'O du 11 sept. 2002 (RO **2002** 3908).

<sup>260</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 sept. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3908).

<sup>261</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du 22 nov. 2000 (RO **2000** 2911). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 sept. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3908).

<sup>262</sup> Abrogés par le ch. I de l'O du 11 sept. 2002 (RO **2002** 3908).

<sup>263</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du 11 sept. 2002 (RO **2002** 3908).

<sup>264</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 sept. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO **2002** 3908).

<sup>265</sup> RS **172.041.0**



**Partie 5      Dispositions finales**  
**Titre 1        Dispositions transitoires**

**Art. 131**      Travailleurs détachés

L'art. 4 s'applique aux travailleurs détachés et aux membres de leur famille qui sont déjà à l'étranger et sont assurés par une caisse-maladie lors de l'entrée en vigueur de la loi. Pour ces personnes, les durées fixées à l'art. 4, al. 3, partent de l'entrée en vigueur de la loi. La durée du détachement accompli avant l'entrée en vigueur de la loi peut, à la demande de la personne détachée, être imputée sur la durée de deux ans fixée pour l'assurance obligatoire.

**Art. 132**      Rapports d'assurance existants

<sup>1</sup> Les caisses-maladie peuvent maintenir jusqu'au 31 décembre 1996 au plus tard les rapports d'assurance existant lors de l'entrée en vigueur de la loi avec des personnes qui ne sont pas assujetties à l'assurance obligatoire des soins et ne peuvent pas non plus y être soumises sur demande. Ces rapports d'assurance sont régis par l'ancien droit.

<sup>2</sup> Un nouveau rapport d'assurance au sens de l'al. 1 ne peut être fondé que s'il permet de maintenir jusqu'au 31 décembre 1996 une couverture d'assurance correspondante qui était garantie par un assureur ayant renoncé à pratiquer l'assurance-maladie sociale (art. 99 LAMal).

<sup>3</sup> Les caisses-maladie peuvent offrir aux personnes visées aux al. 1 et 2 de maintenir les rapports d'assurance sur une base contractuelle après le 31 décembre 1996. Le contrat peut être conclu auprès de la même caisse-maladie ou d'un autre assureur au sens de l'art. 11 de la loi. Le financement des prestations qui correspondent à celles de l'assurance obligatoire des soins est régi par les principes de l'assurance-maladie sociale. Les rapports d'assurance sont soumis à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance<sup>266,267</sup>

<sup>4</sup> Lorsqu'un traitement commencé avant le 1<sup>er</sup> janvier 1997 se poursuit après cette date, la caisse-maladie doit maintenir le rapport d'assurance selon l'ancien droit jusqu'à la fin du traitement.<sup>268</sup>

**Art. 133**<sup>269</sup>

<sup>266</sup> RS 221.229.1

<sup>267</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1997 (RO 1996 3139).

<sup>268</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1997 (RO 1996 3139).

<sup>269</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du 25 juin 1997 (RO 1997 1639).

**Art. 134** Fournisseurs de prestations

<sup>1</sup> Les fournisseurs de prestations désignés aux art. 44 à 54 qui, à l'entrée en vigueur de la loi, pratiquent à la charge de l'assurance-maladie en vertu d'une autorisation accordée selon l'ancien droit continuent à y être habilités, s'ils sont admis en vertu du droit cantonal dans l'année qui suit l'entrée en vigueur de la loi.

<sup>2</sup> Les logopédistes/orthophonistes et les diététiciens qui ne remplissent que partiellement les conditions d'admission de la présente ordonnance, mais qui ont achevé leur formation et exercé leur profession de manière indépendante et à leur propre compte avant l'entrée en vigueur de la loi, peuvent exercer à la charge de l'assurance-maladie sous le nouveau droit, s'ils sont admis en vertu du droit cantonal dans les quatre ans qui suivent l'entrée en vigueur de la loi.<sup>270</sup>

**Art. 135** Garantie de la qualité

Les conventions prévues à l'art. 77, al. 1, doivent être conclues jusqu'au 31 décembre 1997 au plus tard.

**Art. 136** Tarifs de primes

Les assureurs qui ont soumis pour approbation à l'OFSP leurs tarifs de primes de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières pour 1996 peuvent les appliquer même lorsque la décision d'approbation est encore en suspens.

**Titre 2** Entrée en vigueur**Art. 137**

La présente ordonnance entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1996.

**Disposition finale de la modification du 17 septembre 1997<sup>271</sup>***Disposition d'introduction*

<sup>1</sup> Les assureurs doivent informer chaque assuré, au plus tard à la fin du mois d'octobre 1997, des nouveaux montants des franchises à option, des réductions de primes correspondantes et des modalités d'un changement de franchise (al. 2 et 3).

<sup>2</sup> Les assurés qui ont une franchise à option peuvent choisir une franchise plus basse pour le 1<sup>er</sup> janvier 1998 moyennant un préavis écrit donné à l'assureur au plus tard à la fin du mois de novembre 1997.

<sup>270</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1997 (RO 1996 3139).

<sup>271</sup> RO 1997 2272

<sup>3</sup> Pour les assurés ayant auparavant une franchise à option de 300 francs, la franchise de 400 francs est valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 1998, pour autant qu'ils n'aient pas choisi une autre franchise.

#### *Disposition transitoire*

Les primes et les participations aux coûts échues avant le 1<sup>er</sup> janvier 1996 et restées impayées au 31 décembre 1997 n'entraînent plus aucune suspension des prestations.

### **Dispositions finales de la modification du 23 février 2000<sup>272</sup>**

<sup>1</sup> Les assureurs informent par écrit chaque assuré, d'ici au 31 octobre 2000 au plus tard, sur les nouveaux montants maximaux pour les réductions de primes des assurances avec franchise à option ainsi que sur les modalités d'un changement de franchise (al. 2).

<sup>2</sup> Les assurés qui ont une franchise à option peuvent choisir une franchise plus basse pour le 1<sup>er</sup> janvier 2001 ou s'affilier à l'assurance ordinaire, moyennant un préavis écrit donné à l'assureur d'ici au 30 novembre 2000 au plus tard.

<sup>3</sup> Si le changement selon l'al. 2 a pour conséquence, pour les assurés qui ont une franchise à option, qu'ils doivent s'acquitter en l'an 2001 d'une prime plus élevée qu'en l'an 2000, cette augmentation équivaut alors à une augmentation de prime au sens de l'art. 7, al. 2, de la loi, même lorsque l'assureur n'augmente pas les primes de l'assurance ordinaire au lieu de résidence des personnes concernées.

### **Disposition finale de la modification du 2 octobre 2000<sup>273</sup>**

L'OFSP peut, durant cinq ans au plus, renoncer à adapter les prix de certains groupes de médicaments à la structure des prix prévue à l'art. 67 ou prévoir une adaptation échelonnée.

### **Dispositions finales de la modification du 22 mai 2002<sup>274</sup>**

<sup>1</sup> Les assureurs qui, lors de l'entrée en vigueur de l'Accord sur la libre circulation des personnes<sup>275</sup> et de l'Accord AELE<sup>276</sup>, disposent déjà d'une autorisation de pratiquer d'après l'art. 13 de la loi, doivent offrir l'assurance-maladie sociale en faveur des personnes tenues de s'assurer résidant dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège.

<sup>2</sup> Les assureurs qui veulent, dès l'entrée en vigueur de l'Accord sur la libre circulation des personnes et de l'Accord AELE, être exemptés de l'obligation d'offrir des prestations d'assurance selon l'art. 15a, al. 1, doivent présenter la demande d'exemption à l'OFSP dans les deux mois qui suivent l'entrée en vigueur de

<sup>272</sup> RO 2000 889

<sup>273</sup> RO 2000 2835

<sup>274</sup> RO 2002 1633

<sup>275</sup> RS 0.142.112.681

<sup>276</sup> RS 0.632.31

l'Accord sur la libre circulation des personnes ou de l'Accord AELE. L'exemption prend effet dès l'entrée en vigueur desdits accords.

<sup>3</sup> En collaboration avec l'OFSP, avec les offices préposés au paiement des rentes et avec les représentations suisses à l'étranger compétentes, l'institution commune informe de l'obligation de s'assurer, dans les trois mois qui suivent l'entrée en vigueur de l'Accord sur la libre circulation des personnes, les rentiers qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne. De la même façon, elle informe jusqu'au plus tard trois mois après l'entrée en vigueur de l'Accord AELE les rentiers qui résident en Islande ou en Norvège. Ces informations valent d'office pour les membres de la famille résidant dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège. Les frais de l'institution commune et des offices préposés au paiement des rentes sont pris en charge par la Confédération.

<sup>4</sup> En collaboration avec l'OFSP et les employeurs compétents, les cantons informent sur l'obligation de s'assurer, d'ici trois mois au plus tard après l'entrée en vigueur de l'accord sur la libre circulation des personnes, les frontaliers qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne. Ces informations valent d'office pour les membres de la famille résidant dans un Etat membre de la Communauté européenne.

<sup>5</sup> Les assureurs qui ont soumis à l'approbation de l'OFSP leurs tarifs de primes de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance d'indemnités journalières valables pour les assurés qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège, peuvent les appliquer jusqu'à la fin de la première année civile qui suit l'entrée en vigueur de l'Accord sur la libre circulation des personnes ou de l'Accord AELE, même lorsque la décision de l'OFSP est encore en suspens. L'OFSP informe les assureurs des modalités à suivre.

### **Dispositions finales de la modification du 6 juin 2003<sup>277</sup>**

<sup>1</sup> Les assureurs comptant moins de 50 000 assurés qui n'ont pas encore conclu de contrat de réassurance sont tenus de se conformer à l'art. 78, al. 5, d'ici au 1<sup>er</sup> janvier 2006. Jusqu'à la conclusion du contrat d'assurance, ils restent soumis aux exigences en matière de réserves fixées à l'art. 78 dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2003.

<sup>2</sup> Les assureurs informent chaque assuré, au plus tard au moment de la communication des nouvelles primes pour l'année 2004 selon l'art. 7, al. 2, de la loi, sur les nouveaux taux maximaux applicables aux réductions des primes des assurances avec franchises à option ainsi que sur les modalités d'un changement de franchise.

<sup>277</sup> RO 2003 3249

**Dispositions finales de la modification du 26 mai 2004<sup>278</sup>**

<sup>1</sup> Les assureurs doivent informer par écrit chaque assuré, le 31 octobre 2004 au plus tard, des nouvelles franchises à option qu'ils offrent et des réductions de primes accordées pour chacune d'elles.

<sup>2</sup> Pour les assurés qui ont choisi une franchise à option, la franchise à option offerte par l'assureur qui lui correspond ou celle dont le montant est le plus proche s'applique à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2005. Si l'ancienne franchise se situe à égale distance des franchises supérieure et inférieure les plus proches, la franchise supérieure s'applique. Les assurés ayant une franchise à option peuvent cependant choisir une autre franchise ou s'affilier à l'assurance ordinaire, moyennant un préavis écrit donné à l'assureur le 30 novembre 2004 au plus tard.

**Dispositions finales de la modification du 3 décembre 2004<sup>279</sup>**

<sup>1</sup> Sont également reconnus comme diplômes au sens des art. 45, 47 à 49 et 50a les diplômes délivrés ou reconnus équivalents par l'organisme désigné en commun par les cantons ou par le département, avant l'entrée en vigueur de la présente modification.

<sup>2</sup> Pour les contrats d'assurance conclus avant l'entrée en vigueur de la présente modification de l'art. 103, al. 5, l'ancienne réglementation est applicable pour la durée prévue du contrat, mais au plus tard jusqu'au 31 décembre 2005.

<sup>278</sup> RO 2004 3437

<sup>279</sup> RO 2004 5075

## Abrogation et modification d'ordonnances fédérales

### 1. Sont abrogées:

- a. l'ordonnance I du 22 décembre 1964<sup>280</sup> sur l'assurance-maladie concernant la comptabilité et le contrôle des caisses-maladie et des fédérations de réassurance reconnues par la Confédération, ainsi que le calcul des subsides fédéraux;
- b. l'ordonnance II du 22 décembre 1964<sup>281</sup> sur l'assurance-maladie concernant l'assurance collective pratiquée par les caisses-maladie reconnues par la Confédération;
- c. l'ordonnance III du 15 janvier 1965<sup>282</sup> sur l'assurance-maladie concernant les prestations des caisses-maladie et fédérations de réassurance reconnues par la Confédération;
- d. l'ordonnance IV du 15 janvier 1965<sup>283</sup> sur l'assurance-maladie concernant la reconnaissance pour l'assurance-maladie des certificats cantonaux de capacité délivrés aux chiropraticiens;
- e. l'ordonnance V du 2 février 1965<sup>284</sup> sur l'assurance-maladie concernant la reconnaissance des caisses-maladie et des fédérations de réassurance, ainsi que leur sécurité financière;
- f. l'ordonnance VI du 11 mars 1966<sup>285</sup> sur l'assurance-maladie concernant l'autorisation donnée au personnel paramédical de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie;
- g. l'ordonnance VII du 29 mars 1966<sup>286</sup> sur l'assurance-maladie concernant l'autorisation donnée aux laboratoires d'exercer leur activité à la charge de l'assurance-maladie;
- h. l'ordonnance VIII du 30 octobre 1968<sup>287</sup> sur l'assurance-maladie concernant le choix des médicaments et des analyses;
- i. l'ordonnance du 22 novembre 1989<sup>288</sup> sur la pratique d'autres branches d'assurance par les caisses-maladie reconnues.

<sup>280</sup> [RO 1964 1296, 1974 978, 1986 685, 1990 1675, 1991 609 2547, 1992 1738 art. 18]

<sup>281</sup> [RO 1965 32, 1984 1481, 1990 1674, 1991 606 2546]

<sup>282</sup> [RO 1965 45, 1968 43 ch. V 1107, 1969 1147 ch. II, 1974 978 ch. II, 1983 38 art. 142, 1984 1485, 1986 85]

<sup>283</sup> [RO 1965 59]

<sup>284</sup> [RO 1965 94, 1969 81 ch. II let. b ch. 3 1237, 1970 1648, 1984 1479, 1986 80 1706, 1990 21 2039, 1991 370 annexe ch. 18]

<sup>285</sup> [RO 1966 519, 1971 1186]

<sup>286</sup> [RO 1966 590]

<sup>287</sup> [RO 1968 1366, 1982 2178, 1984 1486, 1986 89, 1988 1563]

<sup>288</sup> [RO 1989 2430]

**2. Le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité<sup>289</sup> est modifié comme il suit:**

*Art. 76, al. 1, let. h*

...

*Art. 88<sup>ter</sup>*

...

*Art. 88<sup>quater</sup>*

...

*Art. 88<sup>quinquies</sup>*

...

**3. L'ordonnance du 15 janvier 1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité<sup>290</sup> est modifiée comme il suit:**

*Art. 19*

...

**4. L'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents<sup>291</sup> est modifiée comme il suit:**

*Art. 18, al. 1*

...

*Art. 69*

...

<sup>289</sup> RS **831.201**. Les modifications mentionnées ci-dessous sont insérées dans ledit règlement.

<sup>290</sup> RS **831.301**. La modification mentionnée ci-dessous est insérée dans ladite ordonnance.

<sup>291</sup> RS **832.202**. Les modifications mentionnées ci-dessous sont insérées dans ladite ordonnance.

*Art. 71, al. 2*

...

*Art. 90, al. 2, let. c*

...

*Art. 104, al. 2, deuxième phrase*

*Abrogée*

*Art. 129*

...

*Art. 142*

*Abrogé*

**5. L'ordonnance du 10 novembre 1993 sur l'assurance militaire<sup>292</sup>  
est modifiée comme il suit:**

*Art. 12*

...

*Art. 14, al. 2*

...

**6. L'ordonnance du 8 septembre 1993 sur l'assurance dommages<sup>293</sup>  
est modifiée comme il suit:**

*Art. 26, al. 2, let. a*

...

<sup>292</sup> RS **833.11**. Les modifications mentionnées ci-dessous sont insérées dans ladite ordonnance.

<sup>293</sup> RS **961.711**. Les modifications mentionnées ci-dessous sont insérées dans ladite ordonnance.



**7. L'ordonnance du 11 septembre 1931 sur la surveillance<sup>294</sup>  
est modifiée comme il suit:**

*Art. 53, al 3*

...

*Art. 54, al. 2*

...

**8. Le règlement des fonctionnaires (1) du 10 novembre 1959<sup>295</sup>  
est modifié comme il suit:**

*Art. 63*

*Abrogé*

**9. Le règlement des fonctionnaires 2 du 15 mars 1993<sup>296</sup>  
est modifié comme il suit:**

*Art. 78*

*Abrogé*

<sup>294</sup> RS **961.05**. Les modifications mentionnées ci-dessous sont insérées dans ladite ordonnance.

<sup>295</sup> [RO **1959** 1141, **1962** 285 1271, **1964** 592, **1968** 111 1700, **1971** 74, **1973** 133 320, **1974** 1, **1976** 2699, **1977** 1413 ch. I et II 2155, **1979** 1287, **1982** 938, **1984** 394 1285, **1986** 193 2091, **1987** 941, **1988** 7, **1989** 8 1217, **1990** 102 1736, **1991** 1075 1078 1145 1380 1642, **1992** 3, **1993** 820 annexe ch. 1 1565 art. 13 al. 1 2812, **1994** 2 269 364, **1995** 3 3867 annexe ch. 8 5067, **1997** 230 299, **1998** 726, **2000** 419 annexe ch. 1 2953. RO **2001** 2197 annexe ch. I 2]

<sup>296</sup> [RO **1993** 1098, **1994** 273, **1995** 5 3867 annexe ch. 9 5079, **1997** 232 301, **1998** 728, **1999** 2, **2000** 947 2954, **2001** 917 art. 3 al. 2. RO **2001** 3292 art. 3]

**10. Le règlement des employés du 10 novembre 1959<sup>297</sup>  
est modifié comme il suit:**

*Titre précédant l'art. 72*

...

*Art. 72, al. 6*

*Abrogé*

<sup>297</sup> [RO 1959 1221, 1962 295 1276, 1968 133 1720, 1971 105, 1972 196, 1973 157, 1974 7, 1976 2713, 1977 1421, 1979 1290, 1982 49 945 1111, 1984 406 743, 1986 197 2097, 1987 974, 1988 31, 1989 30 1223 1498, 1990 105, 1991 1087 1090 1148 1397 1642, 1992 6, 1993 820 annexe ch. 2 1565 art. 13 al. 3 2819 2936, 1994 6 279 366, 1995 9 3867 annexe ch. 10 5099, 1997 237 305 804, 1998 732, 2000 457 annexe 2958. RO 2001 2197 annexe ch. I 4]