

Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)

du 27 juin 1995 (Etat le 1^{er} janvier 2009)

Le Conseil fédéral suisse,

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

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

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

¹ Les personnes domiciliées en Suisse au sens des art. 23 à 26 du code civil suisse⁵ (CC) sont tenues de s'assurer, conformément à l'art. 3 de la loi.

² Sont en outre tenus de s'assurer:

- a.⁶ 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)⁷ valable au moins trois mois;

RO 1995 3867

¹ RS 830.1

² RS 832.10

³ RS 812.21

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

⁵ RS 210

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

⁷ [RS 1 113; RO 1949 225, 1987 1665, 1988 332, 1990 1587 art. 3 al. 2, 1991 362 ch. II 11 1034 ch. III, 1995 146, 1999 1111 2253 2262 annexe ch. 1, 2000 1891 ch. IV 2, 2002 685 ch. I 1 701 ch. I 1 3988 annexe ch. 3, 2003 4557 annexe ch. II 2, 2004 1633 ch. I 1 4655 ch. I 1, 2005 5685 annexe ch. 2, 2006 979 art. 2 ch. I 1931 art. 18 ch. I 2197 annexe ch. 3 3459 annexe ch. I 4745 annexe ch. 1, 2007 359 annexe ch. 1. RO 2007 5437 annexe ch. I]. Voir actuellement la LF du 16 déc. 2005 sur les étrangers (RS 142.20).

- 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.⁸ 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'asile⁹ (loi sur l'asile), les personnes 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.¹⁰ 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)¹¹ et de son annexe II, mentionnés à l'art. 95a, let. a, de la loi;
- e.¹² 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)¹³, de son annexe K et de l'appendice 2 de l'annexe K, mentionnés à l'art. 95a, let. b, de la loi;
- f.¹⁴ 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.¹⁵ 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.

⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 août 1999, en vigueur depuis le 1^{er} oct. 1999 (RO **1999** 2403).

⁹ RS **142.31**

¹⁰ 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).

¹¹ RS **0.142.112.681**

¹² 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).

¹³ RS **0.632.31**

¹⁴ Introduite par le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO **2002** 1633).

¹⁵ Introduite par le ch. I de l'O du 3 déc. 2004 (RO **2004** 5075).

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

¹ Sont exceptés de l'obligation de s'assurer:

- a.¹⁶ 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)¹⁷;
- b. les personnes qui séjournent en Suisse dans le seul but de suivre un traitement médical ou une cure;
- c.¹⁸ les personnes qui, en vertu de l'Accord sur la libre circulation des personnes¹⁹ et de son annexe II, de l'Accord AELE²⁰, 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.²¹ 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.²² 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.²³ 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.²⁴ 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.

² 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

¹⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 sept. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2003 (RO **2002** 3908).

¹⁷ RS **833.1**

¹⁸ Introduite par le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO **2002** 1633).

¹⁹ RS **0.142.112.681**

²⁰ RS **0.632.31**

²¹ Introduite par le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO **2002** 1633).

²² Introduite par le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO **2002** 1633).

²³ 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^{er} janv. 2004 (RO **2003** 3249).

²⁴ Introduite par le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2004 (RO **2003** 3249).

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.²⁵

3 ...²⁶

⁴ 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 bénéficient d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse.²⁷ 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.²⁸

^{4bis} 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.²⁹ 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.³⁰

⁵ 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

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

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

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

²⁸ 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^{er} juin 2002 (RO 2002 915).

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

³⁰ Introduit par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2002 (RO 2002 915).

Suisse. L'intéressé ou son employeur ne peut revenir sur l'exception ou la renonciation à une exception.³¹

⁶ 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 des 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.³²

⁷ 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.³³

⁸ 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.³⁴

Art. 3 Frontaliers

¹ 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.³⁵

² 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.

³¹ Introduit par le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1997 (RO 1996 3139).

³² Introduit par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2002 (RO 2002 915).

³³ 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).

³⁴ Introduit par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2002 (RO 2002 915).

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

Art. 4 Travailleurs détachés

¹ 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.

² 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.

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

⁴ 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

¹ 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.

² 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.

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

Art. 6³⁶ Personnes jouissant de privilèges en vertu du droit international

¹ Les personnes bénéficiaires de privilèges, d'immunités et de facilités visées à l'art. 2, al. 2, let. a et c, de la loi du 22 juin 2007 sur l'Etat hôte³⁷, à l'exception des domestiques privés, ne sont pas tenues de s'assurer. Elles peuvent demander à être soumises à l'assurance suisse.

³⁶ Nouvelle teneur selon le ch. 15 de l'annexe à l'O du 7 décembre 2007 sur l'Etat hôte (RS 192.121).

³⁷ RS 192.12

² Les domestiques privés des personnes bénéficiaires mentionnées à l'al. 1 sont soumis à l'assurance obligatoire lorsqu'ils ne sont pas assurés dans l'Etat de l'employeur ou dans un Etat tiers. Le DFAE règle les modalités d'application de cette disposition.

³ Les personnes bénéficiaires de privilèges, d'immunités et de facilités qui ont cessé leurs fonctions auprès d'une organisation intergouvernementale, d'une institution internationale, d'un secrétariat ou autre organe créé par un traité international, d'une commission indépendante, d'un tribunal international, d'un tribunal arbitral ou d'un autre organisme international au sens de l'art. 2, al. 1, de la loi du 22 juin 2007 sur l'Etat hôte sont, à leur demande, exemptées de l'assurance obligatoire si elles bénéficient d'une couverture d'assurance analogue pour les traitements en Suisse auprès du système d'assurance-maladie de leur ancienne organisation. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme compétent de leur ancienne organisation donnant tous les renseignements nécessaires.

Section 2 Début et fin de l'assurance

Art. 6a³⁸ Données du formulaire d'affiliation

¹ Les assureurs ne peuvent demander dans le formulaire d'affiliation que les données nécessaires à l'admission dans l'assurance obligatoire des soins ou au changement d'assureur.

² Le formulaire d'affiliation ne doit contenir ni données, ni indications, ni renvois en rapport avec les assurances au sens de l'art. 12, al. 2, de la loi ou avec l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens des art. 67 à 77 de la loi.

³ Les assureurs ne peuvent traiter les données personnelles que pour accomplir les tâches prévues par la loi.

Art. 7 Cas particuliers³⁹

¹ 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.⁴⁰

² 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.

^{2bis} 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

³⁸ Introduit par le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717). Voir aussi les disp. fin. de cette modification, à la fin du présent texte.

³⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717).

⁴⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

plus tard, l'assurance doit également commencer à la date du début de leur activité lucrative en Suisse.⁴¹

³ 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.

^{3bis} Pour les personnes visées à l'al. 2^{bis}, 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.⁴²

⁴ 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.⁴³ 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.

⁵ 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 du 26 juin 1998 sur l'asile⁴⁴. 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 définitivement la Suisse ou à la mort de l'assuré.⁴⁵

⁶ Les personnes bénéficiaires de privilèges, d'immunités et de facilités 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 elles ont reçu une carte de légitimation du DFAE. L'assurance déploie ses effets à la date à laquelle elles 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.⁴⁶

⁷ 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.

⁴¹ Introduit par le ch. I de l'O du 3 déc. 2004 (RO 2004 5075).

⁴² Introduit par le ch. I de l'O du 3 déc. 2004 (RO 2004 5075).

⁴³ Nouvelle teneur des 3 premières phrases selon le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2002 (RO 2002 915).

⁴⁴ RS 142.31

⁴⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 27 juin 2007, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008 (RO 2007 3573).

⁴⁶ Nouvelle teneur selon le ch. 15 de l'annexe à l'O du 7 décembre 2007 sur l'Etat hôte (RS 192.121).

⁸ 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 personnes⁴⁷ et de son annexe II ou de l'Accord AELE⁴⁸, de son annexe K et de l'appendice 2 de l'annexe K.⁴⁹

Art. 7a⁵⁰ 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'assurance⁵¹.

Art. 7b⁵² 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

¹ 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.⁵³ 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.

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

⁴⁷ RS 0.142.112.681

⁴⁸ RS 0.632.31

⁴⁹ 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).

⁵⁰ Introduit par le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1996 (RO 1996 3139).

⁵¹ RS 221.229.1

⁵² Introduit par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2002 (RO 2002 915).

⁵³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 9 nov. 2005, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2006 (RO 2005 5639).

³ 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.⁵⁴

Art. 9⁵⁵ 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

¹ 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.

^{1bis} 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.⁵⁶

² L'autorité cantonale compétente statue sur les requêtes prévues aux art. 2, al. 2 à 5, et 6, al. 3.⁵⁷

³ 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.⁵⁸

⁵⁴ Introduit par le ch. I de l'O du 9 nov. 2005, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2006 (RO 2005 5639).

⁵⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 sept. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2003 (RO 2002 3908).

⁵⁶ 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).

⁵⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1997 (RO 1996 3139).

⁵⁸ Introduit par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2002 (RO 2002 915).

Chapitre 2

Suspension de l'obligation d'assurance et de la couverture des accidents⁵⁹

Art. 10^{a60} Suspension de l'obligation d'assurance

¹ 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 LAM⁶¹.

² L'assuré est exonéré du paiement des primes dès le début de son assujettissement à l'assurance militaire s'il en informe son assureur au moins huit semaines à l'avance. S'il ne respecte pas ce délai, l'assureur l'exonère dès le terme envisageable suivant, mais au plus tard huit semaines après l'annonce.

³ Après l'entrée en service, l'autorité militaire compétente veille à ce que l'assuré annonce à son assureur la durée probable de l'assujettissement à l'assurance militaire et, le cas échéant, la fin anticipée de celui-ci.

⁴ L'autorité compétente pour le service civil veille à ce que l'assuré annonce à son assureur toute modification ultérieure de la durée de l'assujettissement.

⁵ Si des primes sont payées malgré la suspension, l'assureur les déduit sur les primes ultérieures ou les restitue.

⁶ L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) peut adresser des instructions aux assureurs sur le calcul des primes.

⁷ L'assureur annonce aux autorités cantonales compétentes en matière de réduction des primes les personnes dont l'obligation d'assurance a été suspendue et les informe de la durée effective de la suspension.

Art. 11 Suspension de la couverture des accidents⁶²

¹ 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.

² 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 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.

⁵⁹ Anciennement avant l'art. 11. Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 déc. 2000 (RO 2001 138).

⁶⁰ Introduit par le ch. I de l'O du 11 déc. 2000 (RO 2001 138). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717). Voir aussi les disp. fin. de cette modification, à la fin du présent texte.

⁶¹ RS 833.1

⁶² Introduit par le ch. I de l'O du 11 déc. 2000 (RO 2001 138).

Titre 2 Organisation

Chapitre 1 Assureurs

Art. 12 Reconnaissance des caisses-maladie

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

- a. association (art. 60 CC⁶³), fondation (art. 80 CC), société coopérative (art. 828 du code des obligations⁶⁴, 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.

² 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'OFSP⁶⁵ 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'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA)⁶⁶.

³ 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.⁶⁷ Servent

⁶³ RS 210

⁶⁴ RS 220

⁶⁵ 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.

⁶⁶ 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.

⁶⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2004 (RO 2003 3249).

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.

⁴ 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.

⁵ 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

¹ 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 assurances⁶⁸ (LSA), ainsi que les pièces désignées à l'art. 12, al. 2, let. b à e.

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

⁶⁸ [RO 1978 1836, 1988 414, 1992 288 annexe ch. 66 733 disp. fin. art. 7 ch. 3 2363 annexe ch. 2, 1993 3204, 1995 1328 annexe ch. 2 3517 ch. 1 12 5679, 2000 2355 annexe ch. 28, 29, 2003 232, 2004 1677 annexe ch. 4 2617 annexe ch. 12. RO 2005 5269 annexe ch. 1 3]. Voir actuellement la loi du 17 déc. 2004 (RS 961.01).

Art. 15a⁶⁹ Exemption de l'obligation d'offrir des prestations d'assurance

¹ 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.⁷⁰

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

³ Le département décide de l'exemption.

Chapitre 2 Réassureurs**Art. 16** Autorisation de pratiquer

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

- a.⁷¹ les institutions qui réassurent les prestations de l'assurance-maladie au sens de la loi pour 250 000 personnes au moins;
- b.⁷² les caisses-maladie comptant au moins 250 000 assurés;
- c. les institutions d'assurance privées qui sont habilitées à pratiquer la réassurance en matière d'assurance-maladie.

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

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

Art. 17 Réserves

¹ L'OFSP établit des directives sur la constitution des réserves pour la réassurance.

² L'autorisation de pratiquer la réassurance est retirée si le nombre de personnes couvertes par un réassureur est inférieur pendant plus d'un an aux exigences de l'art. 16, al. 1.⁷³

⁶⁹ Introduit par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2002 (RO **2002** 915).

⁷⁰ 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.

⁷¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO **2006** 1717).

⁷² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO **2006** 1717).

⁷³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO **2006** 1717).

Art. 18 Réassurance

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

² 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. 19⁷⁴** Exécution des engagements internationaux

¹ 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.⁷⁵

² 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.⁷⁶ 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) 574/72⁷⁷ dans sa version adaptée⁷⁸ (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.⁷⁹ 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-

⁷⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2002 (RO 2002 915).

⁷⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2004 (RO 2003 3249).

⁷⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

⁷⁷ 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).

⁷⁸ RS 0.831.106.11, pas encore publié.

⁷⁹ 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.⁸⁰ 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.

³ 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.

⁴ 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. 19a⁸¹ 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. 19b⁸² Coûts afférents aux prestations légales

Les coûts afférents aux prestations légales au sens de l'art. 18, al. 2, de la loi comprennent:

- a. les coûts des prestations de l'assurance obligatoire des soins;
- b. les prestations de l'assurance facultative d'indemnités journalières;
- c. les redevances de risque dans la compensation des risques;
- d. les frais administratifs qui résultent de l'octroi des prestations visées aux let. a à c.

Art. 20 Organe de révision

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

⁸⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO **2002** 1633).

⁸¹ Introduit par le ch. I de l'O du 28 sept. 1998 (RO **1998** 2634).

⁸² Introduit par le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO **2006** 1717).

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.

Art. 22⁸³ Contentieux

¹ En cas de litige entre l'institution commune et un assureur, l'art. 87 de la loi est applicable. L'al. 3 et l'art. 15 de l'ordonnance du 12 avril 1995 sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie⁸⁴ sont réservés.⁸⁵

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

³ 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 administrative⁸⁶, en cas de litige qui l'oppose à un assureur concernant:

- a. la redistribution des réserves selon l'art. 19a;
- b. la perception de contributions au fonds couvrant les cas d'insolvabilité ou le paiement de prestations par ce fonds;
- c. le versement de l'excédent de recettes au sens de l'art. 67, al. 2^{ter}.⁸⁷

⁴ Les voies de droit sont régies par les dispositions générales de la procédure fédérale.⁸⁸

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

¹ 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.

² 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.

⁸³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 sept. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2003 (RO **2002** 3908).

⁸⁴ RS **832.112.1**

⁸⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO **2006** 1717).

⁸⁶ RS **172.021**

⁸⁷ Introduit par le ch. I de l'O du 3 déc. 2004 (RO **2004** 5075). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO **2006** 1717).

⁸⁸ Introduit par le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO **2006** 1717).

Chapitre 5 Surveillance

Section 1 Répartition des compétences

Art. 24 Surveillance de la pratique de l'assurance

¹ 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.

² La FINMA 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.

Art. 26⁸⁹ 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. 27⁹⁰

¹ Les jugements rendus par les tribunaux cantonaux des assurances (art. 57 LPGA et 87 LAMal), par les tribunaux arbitraux cantonaux (art. 89 LAMal) et par le Tribunal administratif fédéral en matière d'assurance-maladie sociale doivent être communiqués à l'OFSP.

² L'OFSP a qualité pour former un recours devant le Tribunal fédéral contre les jugements visés à l'al. 1.

⁸⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 juin 1998, en vigueur depuis le 1^{er} août 1998 (RO 1998 1818).

⁹⁰ Nouvelle teneur selon le ch. II 95 de l'O du 8 nov. 2006 portant adaptation d'ordonnances du Conseil fédéral à la révision totale de la procédure fédérale, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2007 (RO 2006 4705).

Section 3 Données nécessaires à la surveillance

Art. 28⁹¹ Données des assureurs

¹ Les données communiquées par les assureurs conformément à l'art. 21, al. 4, de la loi 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;
- 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.

² L'OFSP veille à ce que la fourniture des données requises occasionne aux assureurs aussi peu de travail que possible. Il met les résultats des relevés de données à la disposition des organes participant à l'application de la loi.

³ Les assureurs transmettent à l'OFSP, chaque année et par assuré, notamment les données suivantes:

- 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, les positions tarifaires et les coûts des prestations prévues par la loi et qui figurent sur les factures reçues par l'assureur durant une année entière;
- e. les fournisseurs de ces prestations;
- f. le montant de la participation aux coûts perçue.

⁴ Ils fournissent à l'OFSP les données mentionnées à l'al. 3 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.

⁹¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 oct. 2008, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2009 (RO 2008 5097).

⁵ Ils fournissent les données à leurs frais, de manière exacte et complète, dans les délais impartis, et de telle sorte que l'anonymat des assurés soit garanti.

⁶ Ils transmettent à l'OFSP, chaque année et à leurs frais, les données complètes du registre du code-créanciers.

⁷ L'OFSP émet, après avoir consulté les assureurs, des directives sur les mesures à prendre en vertu des al. 1 à 6.

Art. 28a⁹² Données des tiers mandatés par les assureurs

Sur demande de l'OFSP, les tiers mandatés par les assureurs communiquent les données selon l'art. 21, al. 4, de la loi et selon l'art. 28, dans la mesure où les données communiquées par les assureurs ne suffisent pas à exercer la surveillance de la mise en œuvre de l'assurance-maladie.

Art. 28b⁹³ Publication des données des assureurs

¹ L'OFSP publie les données mentionnées à l'art. 28 de façon à ce qu'apparaissent clairement, notamment, les informations sur les formes d'assurance, les prestations d'assurance et les coûts distingués selon l'âge, le sexe et la région ainsi que selon les catégories de fournisseurs de prestations, d'établissements et de soins.

² L'OFSP publie, par assureur, les chiffres suivants concernant l'assurance-maladie sociale:

- 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. bilan et compte d'exploitation.

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.

⁹² Introduit par le ch. I de l'O du 22 oct. 2008, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2009 (RO 2008 5097).

⁹³ Introduit par le ch. I de l'O du 22 oct. 2008, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2009 (RO 2008 5097).

Art. 30⁹⁴**Art. 31**⁹⁵ Publication des données des fournisseurs de prestations

L'OFSP publie la synthèse des données recueillies par l'Office fédéral de la statistique en vertu de l'art. 22a de la loi et par l'OFSP selon l'art. 51 de la loi fédérale du 26 juin 2006 sur les professions médicales universitaires⁹⁶, de façon à ce qu'apparaissent clairement, notamment, les informations ou les chiffres suivants de l'assurance-maladie sociale, par fournisseur de prestations ou par catégorie de fournisseurs de prestations:

- a. offre de prestations des fournisseurs de prestations;
- b. diplômes et titres postgrades des fournisseurs de prestations;
- c. indicateurs de qualité médicaux;
- d. étendue et genre des prestations fournies;
- e. évolution des coûts.

Art. 32 Analyse des effets

¹ 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.

² 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.

³ 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;

⁹⁴ Abrogé par le ch. I de l'O du 22 oct. 2008, avec effet au 1^{er} janv. 2009 (RO 2008 5097).

⁹⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 oct. 2008, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2009 (RO 2008 5097).

⁹⁶ RS 811.11

- 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;
- 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

¹ 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.

² 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.

³ 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.

⁴ 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.^{97 98}

⁵ Les dispositions sur l'entraide internationale en matière de prestations demeurent réservées.⁹⁹

Art. 36a¹⁰⁰ Projets pilotes pour la prise en charge de prestations à l'étranger

¹ Le département peut, en dérogation à l'art. 34 de la loi, autoriser des projets pilotes prévoyant la prise en charge par des assureurs de prestations fournies à l'étranger, dans des zones frontalières, à des personnes résidant en Suisse.

² La demande d'autorisation doit être déposée quatre mois avant le début envisagé de la mise en application du projet pilote.

³ Le projet pilote doit remplir les exigences suivantes:

- a. sa durée de validité s'étend jusqu'au 31 décembre 2009;
- b. il est présenté conjointement par un ou plusieurs cantons et un ou plusieurs assureurs;
- c. il est ouvert aux personnes qui sont assurées au titre de l'assurance obligatoire des soins auprès des assureurs participant au projet pilote et qui ont leur résidence habituelle dans un canton participant au projet pilote;

⁹⁷ 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).

⁹⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 juin 1998, en vigueur depuis le 1^{er} août 1998 (RO 1998 1818).

⁹⁹ Introduit par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2002 (RO 2002 915).

¹⁰⁰ Introduit par le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717).

- d. il circonscrit au moyen d'une liste les prestations fournies à l'étranger qui seront prises en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins parmi celles qui remplissent les conditions fixées par la loi;
- e. il contient la liste des fournisseurs de prestations étrangers qui sont admis à pratiquer dans le cadre du projet pilote et qui respectent les exigences similaires à celles de la loi;
- f. les tarifs ou les prix des prestations fournies à l'étranger:
 - 1. sont convenus entre les assureurs et les fournisseurs de prestations étrangers,
 - 2. se situent entre les tarifs usuellement applicables pour l'assurance-maladie sociale étrangère et les tarifs applicables en Suisse,
 - 3. remplissent les exigences similaires à celles fixées par les art. 43, 49 et 52 de la loi;
- g. les tarifs ou les prix convenus entre les assureurs et les fournisseurs de prestations étrangers doivent être respectés par les fournisseurs de prestations étrangers, qui ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour les prestations visées à la let. d);
- h. il contient un concept du suivi scientifique mené par un expert indépendant et règle la répartition des coûts entre les cantons et les assureurs pour ce suivi scientifique.

⁴ Les assureurs peuvent renoncer, pour les prestations fournies à l'étranger, en tout ou en partie au prélèvement de la quote-part, de la franchise (art. 103) et de la contribution aux frais de séjour hospitalier (art. 104).

⁵ Le rapport qui découle du suivi scientifique est porté à la connaissance du département.

Art. 37¹⁰¹ Prise en charge des coûts pour les personnes résidant à l'étranger

L'assureur prend en charge les forfaits selon l'art. 49, al. 1, de la loi, qui sont facturés pour le traitement hospitalier en Suisse des personnes suivantes:

- a. frontaliers et membres de leur famille assurés en Suisse;
- b. 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 sur la base de l'art. 95a de la loi;
- c. assurés qui résident en Allemagne, en Autriche, en Belgique, en France, en Hongrie ou aux Pays-Bas et qui peuvent choisir de suivre un traitement dans l'Etat de résidence ou en Suisse en vertu de l'art. 95a de la loi.

¹⁰¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 oct. 2008, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2009 (RO 2008 5097).

Chapitre 3¹⁰² Commissions

Art. 37a¹⁰³ Commissions consultatives

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

- a. la Commission fédérale des prestations générales et des principes (Commission des prestations et des principes);
- b. la Commission fédérale des analyses, moyens et appareils (Commission des analyses, moyens et appareils);
- c. la Commission fédérale des médicaments.

Art. 37b Dispositions générales

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

² 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.

³ 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.

⁴ 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.

¹⁰² Introduit par le ch. I de l'O du 25 juin 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1997 1639).

¹⁰³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 27 juin 2007, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008 (RO 2007 3573).

Art. 37c¹⁰⁴**Art. 37d**¹⁰⁵ Commission fédérale des prestations générales et des principes

¹ La Commission fédérale des prestations générales et des principes conseille le département pour la désignation des prestations visées à l'art. 33, pour l'élaboration des dispositions à édicter en application des art. 36, al. 1, 77, al. 4, et 105, al. 4, ainsi que pour l'évaluation de principes dans l'assurance-maladie en tenant compte des aspects éthiques lors de la désignation des prestations.

² Elle est chargée en particulier des tâches suivantes:

- a. définition de principes dans le domaine des prestations, examen et élaboration de propositions de dispositions d'ordonnance sur les principes à observer dans le domaine des prestations;
- b. établissement des principes visant à assurer la protection des données et préserver les intérêts des assurés lors de la désignation des prestations de l'assurance-maladie;
- c. élaboration de critères pour l'évaluation des prestations visées à l'art. 33, al. 3, de la loi et à l'art. 70.

³ Elle se compose de 20 membres, dont:

- a. six médecins;
- b. un représentant des hôpitaux;
- c. un pharmacien représentant la commission des médicaments;
- d. cinq représentants des assureurs-maladie et des assureurs-accidents selon la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA)¹⁰⁶, dont au moins deux médecins-conseil;
- e. deux représentants des assurés;
- f. un représentant des cantons;
- g. un représentant de la Commission des analyses, moyens et appareils;
- h. un enseignant en analyses de laboratoire (expert scientifique);
- i. deux représentants de l'éthique médicale.

Art. 37e Commission fédérale des médicaments

¹ 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.

¹⁰⁴ Abrogé par le ch. I de l'O du 27 juin 2007, avec effet au 1^{er} janv. 2008 (RO 2007 3573).

¹⁰⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 27 juin 2007, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008 (RO 2007 3573).

¹⁰⁶ RS 832.20

² Elle se compose de 20 membres, dont:

- a. quatre représentants des facultés de médecine et de pharmacie (experts scientifiques);
- b. trois médecins;
- c. trois pharmaciens;
- d. un représentant des hôpitaux;
- e. trois représentants des assureurs-maladie et des assureurs-accidents selon la LAA¹⁰⁷;
- f. deux représentants des assurés;
- g. deux représentants de l'industrie pharmaceutique;
- h. un représentant des cantons;
- i. un représentant de l'Institut suisse des produits thérapeutiques (Swissmedic).¹⁰⁸

Art. 37f Commission fédérale des analyses, moyens et appareils¹⁰⁹

¹ La Commission fédérale des analyses, moyens et appareils conseille le département pour l'établissement de la liste des analyses prévue par l'art. 34, dans l'évaluation et la fixation du montant du remboursement des moyens et appareils visés à 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, 75, 77, al. 4, et 105, al. 4.¹¹⁰

² Elle se compose de 19 membres, dont:¹¹¹

- 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.¹¹² quatre représentants des assureurs-maladie et des assureurs-accidents selon la LAA¹¹³;
- g. deux représentants des assurés;

¹⁰⁷ RS **832.20**

¹⁰⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 27 juin 2007, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008 (RO **2007** 3573).

¹⁰⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 27 juin 2007, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008 (RO **2007** 3573).

¹¹⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 27 juin 2007, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008 (RO **2007** 3573).

¹¹¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 déc. 2003 (RO **2003** 5279).

¹¹² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 27 juin 2007, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008 (RO **2007** 3573).

¹¹³ RS **832.20**

- h.¹¹⁴ un représentant de Swissmedic;
- i. un représentant de l'industrie des équipements et produits diagnostiques;
- k.¹¹⁵ un représentant des centres de remise des moyens et appareils;
- l.¹¹⁶ deux représentants des fabricants et distributeurs de moyens et appareils.

Art. 37^{g117}

Titre 4 Fournisseurs de prestations

Chapitre 1 Admission

Section 1¹¹⁸ **Médecins**

Art. 38 Formation postgrade

Les médecins doivent prouver qu'ils détiennent un titre postgrade au sens de l'art. 20 de la loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales (LPMéd)¹¹⁹.

Art. 39 Certificats scientifiques équivalents

¹ Les médecins titulaires d'un diplôme étranger reconnu au sens de l'art. 15 LPMéd¹²⁰, ont les mêmes droits que les médecins titulaires d'un diplôme fédéral correspondant.

² Les médecins titulaires d'un titre postgrade étranger reconnu au sens de l'art. 21 LPMéd ou d'une autorisation cantonale de pratiquer à titre indépendant conformément à l'art. 36, al. 3, LPMéd, ont les mêmes droits que les médecins titulaires d'un titre postgrade fédéral correspondant.

¹¹⁴ Nouvelle teneur selon le ch. II 13 de l'O du 17 oct. 2001, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2002 (RO **2001** 3294).

¹¹⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 27 juin 2007, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008 (RO **2007** 3573).

¹¹⁶ Introduite par le ch. I de l'O du 15 déc. 2003 (RO **2003** 5279). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 27 juin 2007, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008 (RO **2007** 3573).

¹¹⁷ Abrogé par le ch. I de l'O du 27 juin 2007, avec effet au 1^{er} janv. 2008 (RO **2007** 3573).

¹¹⁸ Nouvelle teneur selon l'art. 17 de l'O du 27 juin 2007 concernant les diplômes, la formation universitaire, la formation postgrade et l'exercice des professions médicales universitaires, en vigueur depuis le 1^{er} sept. 2007 (RS **811.112.0**).

¹¹⁹ RS **811.11**

¹²⁰ RS **811.11**

Section 2¹²¹ Pharmaciens

Art. 40 Formation postgrade

Les pharmaciens doivent prouver qu'ils ont suivi une formation pratique de deux ans dans une pharmacie.

Art. 41 Certificats scientifiques équivalents

Les pharmaciens titulaires d'un diplôme étranger reconnu au sens de l'art. 15 LPMéd¹²² ou d'une autorisation cantonale de pratiquer à titre indépendant conformément à l'art. 36, al. 3, LPMéd, ont les mêmes droits que les pharmaciens titulaires d'un diplôme fédéral correspondant.

Section 3¹²³ Dentistes

Art. 42 Admission

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

Art. 43 Certificats scientifiques équivalents

Les dentistes titulaires d'un diplôme étranger reconnu au sens de l'art. 15 LPMéd¹²⁴ ou d'une autorisation cantonale de pratiquer à titre indépendant conformément à l'art. 36, al. 3, LPMéd, ont les mêmes droits que les dentistes titulaires d'un diplôme fédéral correspondant.

Section 4 Chiropraticiens

Art. 44

¹ Les chiropraticiens doivent prouver:

- a. qu'ils ont suivi avec succès une formation au sens des art. 14 et 33 LPMéd¹²⁵; ou

¹²¹ Nouvelle teneur selon l'art. 17 de l'O du 27 juin 2007 concernant les diplômes, la formation universitaire, la formation postgrade et l'exercice des professions médicales universitaires, en vigueur depuis le 1^{er} sept. 2007 (RS **811.112.0**).

¹²² RS **811.11**

¹²³ Nouvelle teneur selon l'art. 17 de l'O du 27 juin 2007 concernant les diplômes, la formation universitaire, la formation postgrade et l'exercice des professions médicales universitaires, en vigueur depuis le 1^{er} sept. 2007 (RS **811.112.0**).

¹²⁴ RS **811.11**

¹²⁵ RS **811.11**

- b. qu'ils ont suivi avec succès une formation postgrade au sens des art. 17 à 19 LPMéd¹²⁶.

2 ...¹²⁷

³ 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 radioprotection¹²⁸.

Section 5 Sages-femmes

Art. 45¹²⁹

¹ Les sages-femmes doivent:

- a. ¹³⁰ 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 professionnelle¹³¹;
- 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.

2 ...¹³²

Section 6

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

Art. 46 En général

¹ 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;

¹²⁶ Nouvelle teneur selon l'art. 17 de l'O du 27 juin 2007 concernant les diplômes, la formation universitaire, la formation postgrade et l'exercice des professions médicales universitaires, en vigueur depuis le 1^{er} sept. 2007 (RS **811.112.0**).

¹²⁷ Abrogé par l'art. 17 de l'O du 27 juin 2007 concernant les diplômes, la formation universitaire, la formation postgrade et l'exercice des professions médicales universitaires, avec effet au 1^{er} sept. 2007 (RS **811.112.0**).

¹²⁸ RS **814.501**

¹²⁹ Voir aussi les disp. fin. mod. 3 déc. 2004, à la fin du présent texte.

¹³⁰ 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.

¹³¹ RS **412.10**

¹³² Abrogé par le ch. I de l'O du 3 déc. 2004 (RO **2004 5075**).

- b. ergothérapeutes;
- c. infirmières et infirmiers;
- d. logopédistes/orthophonistes;
- e.¹³³ diététiciens.

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

Art. 47¹³⁴ Physiothérapeutes

¹ Les physiothérapeutes doivent:

- a.¹³⁵ 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 professionnelle¹³⁶;
- 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.

² ...¹³⁷

Art. 48 Ergothérapeutes

¹ Les ergothérapeutes doivent:

- a.¹³⁸ 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 professionnelle¹³⁹;
- 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.

² ...¹⁴⁰

¹³³ Introduite par le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1997 (RO 1996 3139).

¹³⁴ Voir aussi les disp. fin. mod. 3 déc. 2004, à la fin du présent texte.

¹³⁵ 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.

¹³⁶ RS 412.10

¹³⁷ Abrogé par le ch. I de l'O du 3 déc. 2004 (RO 2004 5075).

¹³⁸ 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.

¹³⁹ RS 412.10

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

Art. 49¹⁴¹ 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 professionnelle¹⁴²;
- 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.¹⁴³ 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, pédo-psychiatre, 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, sous la direction de ce dernier et en compagnie d'un logopé-

¹⁴¹ 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.

¹⁴² RS 412.10

¹⁴³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1997 (RO 1996 3139).

diste/orthophoniste qui remplit les conditions d'admission de la présente ordonnance.

Art. 50^{a144} Diététiciens

¹ Les diététiciens doivent:

- a.¹⁴⁵ 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 professionnelle¹⁴⁶;
- 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 ...¹⁴⁷

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.¹⁴⁸ 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.¹⁴⁹ disposent du personnel spécialisé nécessaire ayant une formation qui correspond à leur champ d'activité;
- d.¹⁵⁰ disposent des équipements nécessaires en raison de leur champ d'activité;
- e.¹⁵¹ 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.

¹⁴⁴ Introduit par le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1997 (RO 1996 3139). Voir aussi les disp. fin. de cette modification, à la fin du présent texte.

¹⁴⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 déc. 2004 (RO 2004 5075).

¹⁴⁶ RS 412.10

¹⁴⁷ Abrogé par le ch. I de l'O du 3 déc. 2004 (RO 2004 5075).

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

¹⁴⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1997 2272).

¹⁵⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1997 2272).

¹⁵¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1^{er} 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.¹⁵² 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.¹⁵³ disposent du personnel spécialisé nécessaire ayant une formation qui correspond à leur champ d'activité;
- d.¹⁵⁴ disposent des équipements nécessaires en raison de leur champ d'activité;
- e.¹⁵⁵ 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;
- e^{bis}.¹⁵⁶ sont autorisés par l'OFSP, lorsqu'ils effectuent des analyses cytogénétiques ou moléculaires humaines;
- f. disposent d'installations adéquates et du personnel spécialisé nécessaire;
- g. remplissent les conditions d'admission fixées à l'art. 54.

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

¹⁵³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1997 2272).

¹⁵⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1997 2272).

¹⁵⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1997 2272).

¹⁵⁶ Introduite par l'art. 37 ch. 2 de l'O du 14 fév. 2007 sur l'analyse génétique humaine, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2007 (RS 810.122.1).

Art. 54 Conditions d'admission

¹ 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.¹⁵⁷

² 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.

³ 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 postgradué en analyse de laboratoire dont le contenu sera fixé par le département.

⁴ Le département peut prévoir pour l'exécution de certaines analyses des exigences supplémentaires quant aux installations, à la qualification et la formation postgradué 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.

⁵ Le département peut édicter des dispositions d'exécution pour l'al. 1, let. a.¹⁵⁸

¹⁵⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2004 (RO 2003 3249).

¹⁵⁸ Introduit par le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1^{er} 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 8a¹⁵⁹ Maisons de naissance

Art. 55a

Les maisons de naissance sont admises lorsqu'elles:

- a. répondent aux conditions fixées à l'art. 39, al. 1, let. b à e, de la loi;
- b. ont défini leur champ d'activité conformément à l'art. 29 de la loi;
- c. garantissent une assistance médicale suffisante par une sage-femme;
- d. ont pris des mesures pour faire face aux situations d'urgence médicale.

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

¹ 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.

² 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.

¹⁵⁹ Introduite par le ch. I de l'O du 22 oct. 2008, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2009 (RO 2008 5097).

Art. 58 Sources thermales

¹ 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.

² 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.

Section 11¹⁶⁰ Critères de planification**Art. 58a** Principe

¹ La planification en vue de couvrir les besoins en soins (art. 39, al. 1, let. d, LAMal) garantit aux habitants des cantons qui l'établissent le traitement hospitalier à l'hôpital ou dans une maison de naissance ainsi que le traitement dans un établissement médico-social.

² Les cantons réexaminent périodiquement leurs planifications.

Art. 58b Planification des besoins en soins

¹ Les cantons déterminent les besoins selon une démarche vérifiable. Ils se fondent notamment sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons.

² Ils déterminent l'offre utilisée dans des établissements qui ne figurent pas sur la liste qu'ils ont arrêtée.

³ Ils déterminent l'offre qui doit être garantie par l'inscription d'établissements cantonaux et extra-cantonaux sur la liste visée à l'art. 58e afin que la couverture des besoins soit assurée. Cette offre correspond aux besoins déterminés conformément à l'al. 1, déduction faite de l'offre déterminée conformément à l'al. 2.

⁴ Lors de l'évaluation et du choix de l'offre qui doit être garantie par la liste, les cantons prennent notamment en compte:

- a. le caractère économique et la qualité de la fourniture de prestations;
- b. l'accès des patients au traitement dans un délai utile;
- c. la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestation selon l'art. 58e.

¹⁶⁰ Introduite par le ch. I de l'O du 22 oct. 2008, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2009 (RO 2008 5097).

⁵ Lors de l'examen du caractère économique et de la qualité, les cantons prennent notamment en considération:

- a. l'efficacité de la fourniture de prestations;
- b. la justification de la qualité nécessaire;
- c. dans le domaine hospitalier, le nombre minimum de cas et l'exploitation des synergies.

Art. 58c Type de planification

La planification s'effectue de la manière suivante:

- a. pour la couverture des besoins en soins des assurés dans les hôpitaux pour le traitement des maladies somatiques aiguës, ainsi que dans les maisons de naissance, la planification est liée aux prestations;
- b. pour la couverture des besoins en soins des assurés pour la réadaptation ou le traitement psychiatrique à l'hôpital, la planification est liée aux prestations ou aux capacités;
- c. pour la couverture des besoins en soins des assurés dans les établissements médico-sociaux, la planification est liée aux capacités.

Art. 58d Coordination intercantonale des planifications

Dans le cadre de l'obligation de coordination intercantonale des planifications, visée à l'art. 39, al. 2, de la loi, les cantons doivent notamment:

- a. exploiter les informations pertinentes concernant les flux de patients et les échanger avec les cantons concernés;
- b. coordonner les mesures de planification avec les cantons concernés par celles-ci dans la couverture de leurs besoins.

Art. 58e Listes et mandats de prestations

¹ Les cantons inscrivent sur leur liste visée à l'art. 39, al. 1, let. e de la loi, les établissements cantonaux et extra-cantonaux nécessaires pour garantir l'offre déterminée conformément à l'art. 58b, al. 3.

² Les listes mentionnent pour chaque hôpital l'éventail de prestations correspondant au mandat de prestations.

³ Les cantons attribuent à chaque établissement sur leur liste un mandat de prestations au sens de l'art. 39, al. 1, let. e de la loi. Celui-ci peut contenir notamment l'obligation de disposer d'un service d'urgence.

Chapitre 2 Facturation

Art. 59

¹ 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.

^{1bis} Lors du traitement des données relatives au diagnostic, les assureurs leur appliquent les mesures techniques et organisationnelles propres à assurer la sécurité des données visées à l'art. 20 de l'ordonnance du 14 juin 1993 relative à la loi fédérale sur la protection des données^{161,162}

^{1ter} Pour la conservation des données relatives au diagnostic, l'identité de l'assuré est pseudonymisée. Seul le médecin-conseil de l'assureur peut décider de la levée de la pseudonymisation.¹⁶³

² 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.

³ Le fournisseur de prestations doit établir deux factures séparées, l'une pour les prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins et l'autre pour les autres prestations.¹⁶⁴

⁴ 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.¹⁶⁵

⁵ Si les assureurs et les fournisseurs de prestations ont convenu que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant), le fournisseur de prestations doit remettre à l'assuré la copie de la facture prévue à l'art. 42, al. 3, de la loi. Il peut convenir avec l'assureur que ce dernier transmettra la copie de la facture.¹⁶⁶

¹⁶¹ RS 235.11

¹⁶² Introduit par le ch. I de l'O du 22 oct. 2008, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2009 (RO 2008 5097).

¹⁶³ Introduit par le ch. I de l'O du 22 oct. 2008, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2009 (RO 2008 5097).

¹⁶⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 oct. 2008, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2009 (RO 2008 5097).

¹⁶⁵ Introduit par le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2004 (RO 2003 3249).

¹⁶⁶ Introduit par le ch. I de l'O du 27 juin 2007, en vigueur depuis le 1^{er} août. 2007 (RO 2007 3573).

Chapitre 3 Tarifs et prix¹⁶⁷

Section 1¹⁶⁸ Principes

Art. 59a Tarifs-cadre¹⁶⁹

¹ 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 soins¹⁷⁰, 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.

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

Art. 59b¹⁷¹ Comparaisons de prix

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

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

Art. 59c¹⁷² Tarification

¹ L'autorité d'approbation au sens de l'art. 46, al. 4, de la loi vérifie que la convention tarifaire respecte notamment les principes suivants:

- a. le tarif couvre au plus les coûts de la prestation justifiés de manière transparente;
- b. le tarif couvre au plus les coûts nécessaires à la fourniture efficiente des prestations;
- c. un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires.

² Les parties à une convention doivent régulièrement vérifier les tarifs et les adapter si le respect des principes énoncés à l'al. 1, let. a et b, n'est plus garanti. Les autorités compétentes doivent être informées des résultats de ces vérifications.

³ L'autorité compétente applique par analogie les al. 1 et 2 lors de la fixation des tarifs prévus aux art. 43, al. 5, 47, ou 48 de la loi.

¹⁶⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1997 2272).

¹⁶⁸ Introduit par le ch. I de l'O du 17 sept. 1997 (RO 1997 2272).

¹⁶⁹ Introduit par le ch. I 8 de l'O du 18 août 2004 (RO 2004 4037).

¹⁷⁰ RS 832.112.31

¹⁷¹ Introduit par le ch. I 8 de l'O du 18 août 2004 (RO 2004 4037).

¹⁷² Introduit par le ch. I de l'O du 27 juin 2007, en vigueur depuis le 1^{er} août. 2007 (RO 2007 3573).

Art. 59^d¹⁷³ Forfaits liés aux prestations

¹ Les partenaires tarifaires doivent soumettre la convention tarifaire au Conseil fédéral pour approbation conformément aux art. 46, al. 4, et 49, al. 2, de la loi. La convention tarifaire doit contenir la structure tarifaire uniforme et les modalités d'application du tarif. La demande d'approbation doit être accompagnée notamment des documents suivants:

- a. les bases et la méthode de calcul;
- b. les instruments et les mécanismes destinés à garantir la qualité des prestations dans le cadre de l'application du tarif;
- c. les estimations sur les effets de l'application du tarif sur le volume des prestations, ainsi que sur les coûts pour l'ensemble des domaines visés par l'art. 49, al. 1, de la loi, y compris les domaines concernés avant et après l'hospitalisation.

² Dans le cas d'un modèle de rémunération lié aux prestations basé sur un système de classification des patients de type DRG (*Diagnosis Related Groups*), la convention tarifaire comprend en outre le manuel de codage, ainsi qu'un concept pour la révision du codage. La demande d'approbation doit être accompagnée de documents supplémentaires sur les exigences à remplir par les hôpitaux pour pouvoir être retenus dans le cadre de l'élaboration de la structure tarifaire.

³ Les partenaires tarifaires soumettent pour approbation au Conseil fédéral les adaptations apportées à la convention tarifaire, notamment à la structure tarifaire ou aux modalités d'application du tarif.

⁴ Le lien à établir avec la prestation au sens de l'art. 49, al. 1, de la loi, doit permettre une différenciation du tarif selon la nature et l'intensité de la prestation.

Art. 59^e¹⁷⁴ Contribution par cas

¹ En cas de prélèvement d'une contribution par cas conformément à l'art. 49, al. 2, de la loi, les partenaires tarifaires doivent en soumettre le montant au Conseil fédéral pour approbation. La demande doit être accompagnée d'un rapport d'activité de l'organisation et d'un budget qui en justifient le montant.

² En cas d'augmentation de la contribution, les partenaires tarifaires la soumettent à nouveau au Conseil fédéral pour approbation.

³ L'art. 49a, al. 1 et 2, de la loi s'applique par analogie à la répartition du financement de la contribution par cas.

¹⁷³ Introduit par le ch. I de l'O du 22 oct. 2008, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2009 (RO 2008 5097). Voir aussi les disp. fin. de cette modification à la fin du présent texte.

¹⁷⁴ Introduit par le ch. I de l'O du 22 oct. 2008, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2009 (RO 2008 5097). Voir aussi les disp. fin. de cette modification à la fin du présent texte.

Section 2¹⁷⁵ Liste des analyses

Art. 60¹⁷⁶ 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

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

² 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.

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

Art. 62¹⁷⁷ Désignation séparée d'analyses

¹ 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.

² 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.

Section 3¹⁷⁸ Liste des médicaments avec tarif

Art. 63

¹ 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.

¹⁷⁵ Anciennement section 1.

¹⁷⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO 2002 2129).

¹⁷⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 23 fév. 2000, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2000 (RO 2000 889).

¹⁷⁸ Anciennement section 2.

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

Section 4¹⁷⁹ Liste des spécialités

Art. 64¹⁸⁰ 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. 64a¹⁸¹ Définitions

¹ Est réputé préparation originale tout médicament dont la substance active a été autorisée en premier par Swissmedic, l'Institut suisse des produits thérapeutiques (institut), y compris toute forme galénique autorisée au même moment ou ultérieurement.

² Est réputé générique tout médicament autorisé par l'institut, qui pour l'essentiel est semblable à une préparation originale et qui est interchangeable avec celle-ci parce qu'il possède une substance active, une forme galénique et un dosage identiques.

³ Est réputé médicament en co-marketing tout médicament autorisé par l'institut qui ne se différencie pas d'un autre médicament autorisé par l'institut (préparation de base) sauf par la dénomination et par l'emballage.

Art. 65¹⁸² Conditions d'admission

¹ Un médicament peut être admis dans la liste des spécialités s'il dispose d'une autorisation valable de l'institut.¹⁸³

^{1bis} L'OFSP peut assortir l'admission de conditions et de charges.¹⁸⁴

² Les médicaments prêts à l'emploi doivent être efficaces, appropriés et économiques.¹⁸⁵

³ 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.¹⁸⁶

^{3bis} 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

¹⁷⁹ Anciennement section 3.

¹⁸⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 2 oct. 2000, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2001 (RO 2000 2835).

¹⁸¹ Introduit par le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717).

¹⁸² Voir aussi les disp. fin. mod. 26 avril 2006, à la fin du présent texte..

¹⁸³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717).

¹⁸⁴ Introduit par le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717).

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

¹⁸⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO 2002 2129).

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.¹⁸⁷

⁴ 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. Il est tenu compte de ces coûts par une prime à l'innovation comprise dans le prix si le médicament représente un progrès pour le traitement médical.¹⁸⁸

⁵ Lors de l'évaluation du caractère économique de génériques, il est tenu compte du fait que les coûts de développement sont moins élevés que pour les préparations originales.¹⁸⁹

^{5bis} Les prix de fabrique des génériques doivent, au moment de leur admission dans la liste des spécialités, être inférieurs d'au moins 30 % aux prix de fabrique des préparations originales interchangeables.¹⁹⁰

⁶ Les médicaments prêts à l'emploi qui font l'objet d'une réclame publique ne sont pas admis dans la liste des spécialités.¹⁹¹

^{6bis} ...¹⁹²

⁷ Les titulaires de l'autorisation de mise sur le marché des préparations originales doivent remettre à l'OFSP, avec la demande d'admission dans la liste des spécialités, le numéro des brevets, celui des certificats complémentaires de protection et leur date d'expiration.¹⁹³

Art. 65a¹⁹⁴ Réexamen des conditions d'admission dans les 36 mois

L'OFSP réexamine le caractère économique des préparations originales admises dans la liste des spécialités dans les 36 mois suivant leur admission.

Art. 65b¹⁹⁵ Réexamen des conditions d'admission à l'expiration du brevet ou après 15 ans

Sitôt après l'expiration de la protection du brevet, mais au plus tard 15 ans après l'admission des préparations originales dans la liste des spécialités, l'OFSP réexamine si elles remplissent toujours les conditions d'admission. Les brevets de procédé ne sont pas pris en considération lors de ce réexamen.

¹⁸⁷ 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).

¹⁸⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717).

¹⁸⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717).

¹⁹⁰ Introduit par le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717).

¹⁹¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO 2002 2129).

¹⁹² Introduit par le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO 2002 2129). Abrogé par le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717).

¹⁹³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717).

¹⁹⁴ Introduit par le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 27 juin 2007, en vigueur depuis le 1^{er} août. 2007 (RO 2007 3573).

Voir aussi les disp. fin. de cette modification, à la fin du présent texte.

¹⁹⁵ Introduit par le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717). Voir aussi les disp. fin. de cette modification, à la fin du présent texte.

Art. 65c¹⁹⁶ Réexamen des conditions d'admission deux ans après l'expiration du brevet ou après 17 ans

¹ Deux ans après le réexamen selon l'art. 65b, l'OFSP réexamine les préparations originales pour déterminer si elles remplissent toujours les conditions d'admission.

² L'OFSP réexamine les génériques sous l'angle de leur caractère économique après avoir réexaminé les préparations originales correspondantes comme prévu à l'al. 1. Les prix de fabrique des génériques doivent être plus avantageux d'au moins 15 % que les prix de fabrique des préparations originales correspondantes.

Art. 66¹⁹⁷ Extension des indications

¹ Sept ans après l'admission des préparations originales admises sans limitation dans la liste des spécialités, l'OFSP les réexamine sous l'angle de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique à condition que de nouvelles indications aient été autorisées par l'institut.

² Les titulaires de l'autorisation de mise sur le marché de préparations originales doivent informer spontanément l'OFSP dès que l'institut leur a accordé, pour leur préparation originale, l'autorisation d'une nouvelle indication.

Art. 66a¹⁹⁸ Modification de la limitation

¹ Si le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament de la liste des spécialités demande la modification ou la suppression d'une limitation, l'OFSP réexamine l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique du médicament.

² Si, pendant les sept années qui suivent l'admission du médicament dans la liste des spécialités, le titulaire d'une autorisation soumet une demande de suppression de la limitation par suite d'une indication supplémentaire autorisée par l'institut et si, de ce fait, l'OFSP en réévalue l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique, l'art. 66 ne s'applique pas à cette indication.

Art. 66b¹⁹⁹ Médicaments en co-marketing

Si une préparation originale visée aux art. 65a à 66a est également la préparation de base d'un médicament en co-marketing, ce dernier est réexaminé en même temps que la préparation de base.

¹⁹⁶ Introduit par le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717). Voir aussi les disp. fin. de cette modification, à la fin du présent texte.

¹⁹⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717). Voir aussi les disp. fin. de la modification du 27 juin 2007, à la fin du présent texte.

¹⁹⁸ Introduit par le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717). Voir aussi les disp. fin. de cette modification, à la fin du présent texte.

¹⁹⁹ Introduit par le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717).

Art. 67²⁰⁰ Prix

¹ 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.²⁰¹

^{1bis} Le prix maximum se compose du prix de fabrique et de la part relative à la distribution.²⁰²

^{1ter} Le prix de fabrique rémunère les prestations, redevances comprises, du fabricant et du distributeur jusqu'à la sortie de l'entrepôt, en Suisse.²⁰³

^{1quater} 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.²⁰⁴

² 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.

^{2bis} Si l'examen du caractère économique prévu à l'art. 65a montre que le prix maximum décidé lors de l'admission est trop élevé, l'OFSP ordonne une baisse de prix appropriée.²⁰⁵

^{2ter} Si le prix de fabrique à la base du prix maximum fixé lors de l'admission d'un médicament dans la liste des spécialités 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 exiger du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché le remboursement de l'excédent de recettes perçu depuis l'admission à l'institution commune prévue à l'art. 18 de la loi.²⁰⁶

³ Après réexamen des préparations originales et des génériques interchangeables selon les art. 65b et 65c, l'OFSP peut décider d'une baisse de prix appropriée. Dans ce cas, la prime à l'innovation accordée pour les préparations originales est supprimée. L'OFSP convient des modalités de la baisse de prix d'entente avec les titulaires de l'autorisation de mise sur le marché des médicaments concernés ou avec leurs organisations professionnelles.²⁰⁷

²⁰⁰ Voir la disp. fin. mod. 2 oct. 2000, à la fin du présent texte.

²⁰¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 2 oct. 2000, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2001 (RO 2000 2835).

²⁰² Introduit par le ch. I de l'O du 2 oct. 2000, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2001 (RO 2000 2835).

²⁰³ Introduit par le ch. I de l'O du 2 oct. 2000, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2001 (RO 2000 2835).

²⁰⁴ Introduit par le ch. I de l'O du 2 oct. 2000, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2001 (RO 2000 2835).

²⁰⁵ Introduit par le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO 2002 2129). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717).

²⁰⁶ Introduit par le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO 2002 2129). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717).

²⁰⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717).

4 ...208

Art. 68 Radiation

¹ Un médicament de la liste des spécialités en est radié;²⁰⁹

- 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.²¹⁰ si le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la préparation originale ne respecte pas les conditions et les charges prononcées avec l'admission (art. 65, al. 1^{bis});
- d.²¹¹ si le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament fait, directement ou indirectement, de la réclame publique en faveur de ce dernier;
- e.²¹² si les émoluments ou les frais selon l'art. 71 ne sont pas payés à temps.

² 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. 69²¹³ Demandes

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

² Une nouvelle demande doit être déposée pour toute modification d'un médicament 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 l'institut doit être joint à la demande.²¹⁴

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

⁴ La demande d'admission dans la liste des spécialités peut être déposée lorsque les données en matière d'indications et de dosages confirmées par l'institut dans le cadre du préavis visé à l'art. 6 de l'ordonnance du 17 octobre 2001 sur les médicaments²¹⁵ sont disponibles. L'OFSP examine la demande dès que la documentation complète est en sa possession.²¹⁶

²⁰⁸ 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).

²⁰⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717).

²¹⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717).

²¹¹ Introduite par le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO 2002 2129). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717).

²¹² Introduite par le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO 2002 2129).

²¹³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO 2002 2129).

²¹⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717).

²¹⁵ RS 812.212.21

²¹⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717).

Art. 69a²¹⁷**Art. 70**²¹⁸ Inscription non demandée

L'OFSP peut inscrire ou maintenir dans la liste des spécialités un médicament qui a été autorisé par l'institut 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.

Art. 71 Emoluments et taxes

¹ Pour chaque demande, le requérant doit payer un émoulement.

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

³ 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.

⁴ 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**²¹⁹**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.²²⁰ 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.²²¹ les modifications de la liste des analyses qui prennent effet en dehors des parutions annuelles;
- e.²²² les modifications de la liste des moyens et appareils (art. 33, let. e) qui prennent effet en dehors des parutions annuelles.

²¹⁷ Introduit par le ch. I de l'O du 26 juin 2002 (RO **2002** 2129). Abrogé par le ch. I de l'O du 27 juin 2007, avec effet au 1^{er} août. 2007 (RO **2007** 3573).

²¹⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO **2006** 1717).

²¹⁹ Anciennement section 4. Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO **1997** 2272).

²²⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 2 oct. 2000, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2001 (RO **2000** 2835).

²²¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2004 (RO **2003** 3249).

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.

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

¹ 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.

²²² Introduite par le ch. I de l'O du 27 juin 2007, en vigueur depuis le 1^{er} août. 2007 (RO 2007 3573).

² 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.

³ 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.

⁴ 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

¹ 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.²²³

² et ³ ...²²⁴

⁴ Dans l'assurance obligatoire des soins, la réserve de sécurité de l'assureur doit atteindre, selon le nombre d'assurés et pour l'exercice annuel, au moins le pourcentage suivant des primes à recevoir:

Nombre d'assurés	Réserve minimale de sécurité en %
Jusqu'à 50 000	20
Entre 50 000 et 150 000	15
Plus de 150 000	10. ²²⁵

⁵ 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.²²⁶

Art. 79 Garantie de déficit

¹ 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,

²²³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2004 (RO 2003 3249).

²²⁴ Abrogés par le ch. I de l'O du 6 juin 2003 (RO 2003 3249).

²²⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717). Voir aussi les disp. fin. de cette modification, à la fin du présent texte.

²²⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2004 (RO 2003 3249). Voir aussi les disp. fin. de cette modification, à la fin de la présent texte.

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.

² 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.

Section 2 Placement des capitaux

Art. 80

¹ 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.²²⁷

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

³ Pour les caisses-maladie, les placements suivants sont admis en francs suisses, en euros, en livres sterling, en dollars américains ainsi qu'en yens:²²⁸

- 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'épargne²²⁹;
- b.²³⁰ 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.²³¹ 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 uti-

²²⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 23 fév. 2000, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2000 (RO 2000 889).

²²⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 23 fév. 2000, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2000 (RO 2000 889).

²²⁹ RS 952.0

²³⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 23 fév. 2000, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2000 (RO 2000 889).

²³¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 23 fév. 2000, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2000 (RO 2000 889).

lisés 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.

⁴ 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.

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

Section 3 Présentation des comptes

Art. 81 Principes

¹ 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.

² 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.

³ L'OFSP peut donner des instructions sur la tenue des comptes. En l'absence d'instructions, les art. 662a et 957 à 963 CO²³² 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

¹ 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.

² 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

¹ 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.

² Cette répartition s'opère d'après les charges réelles.

Art. 85 Communication à l'OFSP

¹ Les assureurs remettent à l'OFSP, jusqu'au 31 mars 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.²³³

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

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

Art. 85a²³⁴ Publication

¹ 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.

² 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.

³ Un compte de groupe est établi dans les cas prévus par les dispositions du CO²³⁵ relatives aux sociétés anonymes.

Section 4 Révision**Art. 86**²³⁶ Organe de révision

¹ Chaque assureur désigne un organe de révision externe.

²³³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 27 juin 2007, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008 (RO **2007** 3573).

²³⁴ 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^{er} janv. 2006 (RO **2005** 5639).

²³⁵ RS **220**

²³⁶ Nouvelle teneur selon le ch. II 8 de l'annexe à l'O du 22 août 2007 sur la surveillance de la révision, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008 (RS **221.302.3**).

² Les dispositions du CO²³⁷ relatives à l'organe de révision des sociétés anonymes s'appliquent lorsque les assureurs ne sont pas assujettis à des prescriptions particulières.

³ Peuvent assumer la fonction d'organe de révision:

- a. les personnes physiques et les entreprises agréées en qualité d'experts-réviseurs conformément à la loi du 16 décembre 2005 sur la surveillance de la révision²³⁸;
- b. pour les caisses-maladie de droit public: les autorités publiques de contrôle des finances, à condition qu'elles soient agréées au sens de la let. a.

⁴ La responsabilité de l'organe de révision est régie par le droit des sociétés anonymes (art. 755 ss CO).

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

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

⁷ L'OFSP peut adresser aux assureurs des instructions relatives au mandat à donner à l'organe de révision.

Art. 87 Tâches de l'organe de révision

¹ L'organe de révision procède chaque année à une révision ordinaire conformément aux dispositions du CO²³⁹ et de la présente ordonnance. 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. L'OFSP peut, au cas par cas, définir des éléments supplémentaires à vérifier.²⁴⁰

² 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

¹ L'organe de révision établit un rapport pour chaque révision annuelle conformément aux dispositions du CO^{241,242}

² Deux exemplaires originaux complets et identiques de chaque rapport doivent être remis l'un à l'organe compétent de l'assureur et l'autre à l'OFSP. Les rapports concernant la révision annuelle doivent être présentés jusqu'au 31 mai du mois de

²³⁷ RS 220

²³⁸ RS 221.302

²³⁹ RS 220

²⁴⁰ Nouvelle teneur selon le ch. II 8 de l'annexe à l'O du 22 août 2007 sur la surveillance de la révision, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008 (RS 221.302.3).

²⁴¹ RS 220

²⁴² Nouvelle teneur selon le ch. II 8 de l'annexe à l'O du 22 août 2007 sur la surveillance de la révision, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008 (RS 221.302.3).

l'année suivante, les rapports relatifs aux révisions intermédiaires dans un délai de trois mois après la réalisation des contrôles.²⁴³

³ 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.

⁴ 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.²⁴⁴ de l'assurance obligatoire des soins, la part de 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. 90²⁴⁵ Paiement des primes

Les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois.

Art. 90a²⁴⁶ Intérêts rémunérateurs

¹ 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.

² 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 sociales²⁴⁷ sont applicables par analogie.

²⁴³ Nouvelle teneur selon le ch. II 8 de l'annexe à l'O du 22 août 2007 sur la surveillance de la révision, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008 (RS **221.302.3**).

²⁴⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO **2006** 1717).

²⁴⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 27 juin 2007, en vigueur depuis le 1^{er} août. 2007 (RO **2007** 3573).

²⁴⁶ Introduit par le ch. I de l'O du 11 sept. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2003 (RO **2002** 3908).

²⁴⁷ RS **830.11**

Art. 90b²⁴⁸ Ordre des réductions de primes

Les réductions de primes doivent être appliquées dans l'ordre suivant:

- a. réductions liées aux régions de primes (art. 91, al. 1 et 2);
- b. réductions liées à l'âge (art. 91, al. 3);
- c. réductions liées aux franchises à option (art. 95);
- d. réductions liées au choix limité des fournisseurs de prestations (art. 101);
- e. réductions liées à la suspension de la couverture des accidents (art. 91a).

Art. 90c²⁴⁹ Prime minimale

¹ La prime des formes particulières d'assurance visées aux art. 93 à 101 s'élève à au moins 50 % de la prime de l'assurance ordinaire avec couverture des accidents de la région de prime et du groupe d'âge de l'assuré.

² Les réductions de primes pour les formes particulières d'assurance visées aux art. 93 à 101 doivent être fixées de sorte que la réduction liée à la suspension de la couverture des accidents puisse être accordée sans que la prime atteigne un niveau inférieur à la prime minimale fixée à l'al. 1.

Art. 91 Echelonnement des primes

¹ Si l'assureur échelonne les primes par régions en vertu de l'art. 61, al. 2, de la loi, la différence entre les primes de l'assurance ordinaire avec couverture des accidents à l'intérieur d'un même canton ne peut dépasser:

- a. 15 % entre la région 1 et la région 2;
- b. 10 % entre la région 2 et la région 3.²⁵⁰

² 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.

³ 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. 91a²⁵¹ Réduction de primes en cas d'assujettissement à une autre assurance

¹ ...²⁵²

² Les assureurs réduisent les primes de l'assurance obligatoire des soins des personnes qui ont conclu une assurance à titre obligatoire selon la LAA²⁵³, et ce, pendant la durée de la couverture des accidents.²⁵⁴

²⁴⁸ Introduit par le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717).

²⁴⁹ Introduit par le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717).

²⁵⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO 2006 1717).

²⁵¹ Introduit par le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1997 (RO 1996 3139).

²⁵² Abrogé par le ch. I de l'O du 11 déc. 2000 (RO 2001 138).

³ Les assureurs peuvent réduire les primes de l'assurance obligatoire des soins des personnes qui ont conclu une assurance à titre facultatif ou par convention selon la LAA, et ce, pendant la durée de la couverture des accidents.²⁵⁵

⁴ Les primes peuvent être réduites seulement à hauteur de la part qui correspond à la couverture des accidents, mais au plus de 7 %.²⁵⁶

Art. 92 Tarifs des primes

¹ 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.

² 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.

³ 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.

⁴ 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.

⁵ 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.

Section 1a²⁵⁷

Primes des assurés résidant dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège²⁵⁸

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.

²⁵³ RS **832.20**

²⁵⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO **2006** 1717).

²⁵⁵ Introduit par le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO **2006** 1717).

²⁵⁶ Introduit par le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO **2006** 1717).

²⁵⁷ Introduite par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2002 (RO **2002** 915).

²⁵⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO **2002** 1633).

Art. 92b Calcul des primes

¹ Pour les assurés résidant dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège, l'assureur calcule les primes par Etat.²⁵⁹

² 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.²⁶⁰

³ 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 574/72²⁶¹:
 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-maladie²⁶².

Art. 92c²⁶³ 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.

²⁵⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

²⁶⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

²⁶¹ 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)

²⁶² RS 832.112.1

²⁶³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

Section 2 Formes particulières d'assurance

Art. 93 Assurance avec franchise à option a. Franchises à option

¹ 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.²⁶⁴

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

³ 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

¹ 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.

² 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.²⁶⁵

³ 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.²⁶⁶

Art. 95 c. Primes

¹ 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.

²⁶⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 mai 2004, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2005 (RO 2004 3437).

²⁶⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1^{er} oct. 2003 (RO 2003 3249).

²⁶⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1^{er} oct. 2003 (RO 2003 3249).

^{1bis} Les assureurs fixent le montant dont ils réduisent la prime selon les exigences d'assurance. Ils respectent les réductions de primes maximales prescrites à l'al. 2^{bis} et à l'art. 90c.²⁶⁷

2 ...²⁶⁸

^{2bis} 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.²⁶⁹

3 ...²⁷⁰

Art. 96 Assurance avec bonus a. Principe

¹ 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.

² 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.

³ 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.

⁴ 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

¹ 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.

² 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.²⁷¹

³ 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

²⁶⁷ 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 avril 2006 (RO **2006** 1717).

²⁶⁸ Abrogé par le ch. I de l'O du 26 avril 2006 (RO **2006** 1717).

²⁶⁹ Introduit par le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2004 (RO **2003** 3249).

²⁷⁰ Abrogé par le ch. I de l'O du 23 fév. 2000 (RO **2000** 889).

²⁷¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1^{er} oct. 2003 (RO **2003** 3249).

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.²⁷²

³ 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

¹ 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.

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

³ 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

⁴ 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.

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

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

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

² 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.²⁷³

²⁷² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1^{er} oct. 2003 (RO 2003 3249).

Art. 100 b. Adhésion et sortie

¹ 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.

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

³ 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.²⁷⁴

⁴ 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.²⁷⁵

Art. 101 c. Primes

¹ 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.

² 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.

³ 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.

⁴ 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.

²⁷³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1997 2272).

²⁷⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1^{er} oct. 2003 (RO 2003 3249).

²⁷⁵ Introduit par le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1^{er} oct. 2003 (RO 2003 3249).

Art. 101a²⁷⁶ Formes particulières d'assurance pour les assurés résidant dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège

¹ 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.

² 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

¹ 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.

² 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

¹ La franchise prévue à l'art. 64, al. 2, let. a, de la loi s'élève à 300 francs par année civile.²⁷⁷

² 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.²⁷⁸

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

⁴ En cas de changement d'assureur au cours d'une année civile, le 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.

²⁷⁶ 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).

²⁷⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2004 (RO 2003 3249).

²⁷⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2004 (RO 2003 3249).

⁵ 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.²⁷⁹

⁶ 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.²⁸⁰

⁷ 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 Allemagne, en Autriche, en Belgique, en France, en Hongrie ou aux Pays-Bas 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.²⁸¹

Art. 104 Contribution aux frais de séjour hospitalier

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

² 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.²⁸² les assurés visés à l'art. 103, al. 6.

Art. 105 Participation augmentée, réduite ou supprimée

¹ 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:

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

^{1bis} 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.²⁸³

²⁷⁹ 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.

²⁸⁰ 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^{er} janv. 2004 (RO 2003 3249).

²⁸¹ 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 9 nov. 2005, en vigueur depuis le 1^{er} fév. 2006 (RO 2005 5639).

²⁸² Introduite par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2002 (RO 2002 915).

² 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.

³ 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.

^{3bis} Le département désigne les prestations pour lesquelles la franchise est supprimée selon l'art. 64, al. 6, let. d, de la loi.²⁸⁴

⁴ Avant d'édicter les dispositions visées aux al. 1, 3 et 3^{bis}, le département consulte la commission compétente.²⁸⁵

Section 3a²⁸⁶ Non-paiement des primes et des participations aux coûts

Art. 105a Intérêts moratoires

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

Art. 105b²⁸⁷ Procédure de sommation et de poursuite

¹ Les primes et les participations aux coûts de l'assurance obligatoire des soins échues et impayées doivent faire l'objet, dans les trois mois qui suivent leur exigibilité, d'une sommation écrite qui sera précédée d'au moins un rappel et qui sera distincte de celles portant sur d'autres retards de paiement éventuels. Avec la sommation, il doit impartir à l'assuré un délai de 30 jours pour remplir son obligation et attirer son attention sur les conséquences qu'il encourt s'il n'effectue pas le paiement.

² Si l'assuré ne s'exécute pas dans le délai impartit, l'assureur doit mettre la créance en poursuite dans les quatre mois qui suivent, de manière distincte des autres retards de paiement éventuels.

³ Lorsque 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 administratifs, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré.

²⁸³ Introduit par le ch. I de l'O du 9 nov. 2005, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2006 (RO 2005 5639).

²⁸⁴ Introduit par le ch. I de l'O du 11 déc. 2000 (RO 2001 138).

²⁸⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 déc. 2000 (RO 2001 138).

²⁸⁶ Introduite par le ch. I de l'O du 27 juin 2007, en vigueur depuis le 1^{er} août. 2007 (RO 2007 3573).

²⁸⁷ Voir aussi les disp. fin. de la modification du 27 juin 2007, à la fin du présent texte.

Art. 105c²⁸⁸ Suspension de la prise en charge des prestations

¹ Si l'assureur, dans le cadre de la procédure de poursuite, a requis la continuation de la poursuite, il doit suspendre le remboursement des coûts (système du tiers garant) ou la rémunération des prestations (système du tiers payant).

² La suspension prend effet le jour de sa communication. Elle s'applique à toutes les factures qui parviennent à l'assureur durant la période de suspension du remboursement des coûts ou de la rémunération des prestations.

³ La suspension prend fin dès que les primes et les participations aux coûts qui faisaient l'objet de la réquisition de continuer la poursuite, ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite échus, ont été payés.

⁴ L'assureur doit informer le service cantonal chargé de veiller au respect de l'obligation de s'assurer des actes de défaut de biens qu'il a reçus. Les dispositions cantonales qui prévoient une annonce à une autre autorité sont réservées.

⁵ Lors de la suspension de la prise en charge des prestations, les assureurs ne peuvent pas compenser les prestations avec des primes ou des participations aux coûts qui leur sont dues.

⁶ Lorsqu'un canton garantit le paiement ou le remboursement par forfait des primes, des participations aux coûts, des intérêts moratoires et des frais de poursuite ne pouvant être recouverts, il peut convenir avec un ou plusieurs assureurs des conditions auxquelles les assureurs renoncent à suspendre la prise en charge des prestations.

Art. 105d Changement d'assureur en cas de retard de paiement

¹ L'assuré est en retard de paiement au sens de l'art. 64a, al. 4, de la loi dès la notification de la sommation écrite visée à l'art.105b, al. 1.

² Si l'assuré en retard de paiement demande à changer d'assureur, l'assureur doit l'informer après réception de la demande que celle-ci ne déploiera aucun effet si les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires ayant fait l'objet d'un rappel jusqu'au mois précédant l'expiration du délai de changement ou si les frais de poursuite en cours jusqu'à ce moment ne sont pas intégralement payés avant l'expiration de ce délai.

³ Si le paiement n'est pas parvenu à l'assureur conformément à l'al. 2, celui-ci doit informer l'assuré qu'il continue à être assuré auprès de lui et qu'il ne pourra changer d'assureur qu'au prochain terme prévu à l'art. 7, al. 1 et 2, de la loi.

Art. 105e Assurés résidant dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège

¹ Si un assuré résidant dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège ne paie pas les primes et les participations aux coûts ayant fait l'objet d'une sommation dans le délai supplémentaire de 30 jours, l'assureur doit suspendre la prise en charge des prestations sans engager préalablement une procé-

²⁸⁸ Voir aussi les disp. fin. de la modification du 27 juin 2007, à la fin du présent texte.

dure de poursuite. Il doit simultanément informer l'assuré et l'institution d'entraide compétente au lieu de résidence de celui-ci de la suspension.

² La suspension prend fin dès que les primes et les participations aux coûts ayant fait l'objet d'une sommation, ainsi que les intérêts moratoires échus, ont été payés.

³ Lors de la suspension de la prise en charge des prestations, les assureurs peuvent compenser les prestations avec des primes ou des participations aux coûts qui leur sont dues.

Chapitre 4²⁸⁹ **Réduction des primes par les cantons**

Art. 106²⁹⁰ 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 Norvège²⁹¹

¹ 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;
- 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.

² 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.²⁹²

²⁸⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2002 (RO 2002 915).

²⁹⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

²⁹¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

²⁹² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO 2002 1633).

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. 108^a²⁹³ Paiement des primes, intérêts moratoires et intérêts rémunérateurs

Les art. 90, 90a, et 105a 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.

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. 110²⁹⁴ 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 LAA²⁹⁵, 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 gain²⁹⁶, 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-accidents²⁹⁷ est réservé.

²⁹³ Introduit par le ch. I de l'O du 11 sept. 2002 (RO 2002 3908). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 27 juin 2007, en vigueur depuis le 1^{er} août. 2007 (RO 2007 3573).

²⁹⁴ 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^{er} juillet 2005 (RS 834.11).

²⁹⁵ RS 832.20

²⁹⁶ RS 834.1

²⁹⁷ RS 832.202

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:²⁹⁸

- 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

¹ 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 LAA²⁹⁹ ou à l'assurance militaire, l'assureur-maladie peut avancer spontanément ses prestations, sous réserve de son plein droit à restitution.³⁰⁰

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

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. 114³⁰¹ 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.

²⁹⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 sept. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2003 (RO **2002** 3908).

²⁹⁹ RS **832.20**

³⁰⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 sept. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2003 (RO **2002** 3908).

³⁰¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 sept. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2003 (RO **2002** 3908).

Art. 115³⁰²**Art. 116** Tarifs différents

¹ 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.

² 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

¹ 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.

² 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.

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

Art. 118 Conséquences pour les assurés

¹ 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.

² 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

¹ 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.

² 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.

³⁰² Abrogé par le ch. I de l'O du 11 sept. 2002 (RO 2002 3908).

Section 4³⁰³ 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. 122³⁰⁴**

¹ 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.

² 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 indemnités journalières qu'il assure par rapport au total des indemnités journalières assurées.

...

Art. 123 à 126³⁰⁵

³⁰³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 sept. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2003 (RO **2002** 3908).

³⁰⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 sept. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2003 (RO **2002** 3908).

³⁰⁵ Abrogés par le ch. I de l'O du 11 sept. 2002 (RO **2002** 3908).

Partie 4**Décision, frais de communication et de publication des données³⁰⁶****Art. 127³⁰⁷**

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 129³⁰⁸

...³⁰⁹

Art. 130 Frais de communication et de publication de données³¹⁰

¹ Un émolument 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 émolument équivaut à ceux des art. 14 et 16 de l'ordonnance du 10 septembre 1969 sur les frais et indemnités en procédure administrative³¹¹.

² Un émolument couvrant les frais est perçu pour les publications au sens de l'art. 84a, al. 3, de la loi.

³ L'émolument peut être réduit ou remis si la personne assujettie est dans la gêne ou pour d'autres justes motifs.

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.

³⁰⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 sept. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2003 (RO **2002** 3908).

³⁰⁷ 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^{er} janv. 2003 (RO **2002** 3908).

³⁰⁸ Abrogés par le ch. I de l'O du 11 sept. 2002 (RO **2002** 3908).

³⁰⁹ Abrogé par le ch. I de l'O du 11 sept. 2002 (RO **2002** 3908).

³¹⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 sept. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2003 (RO **2002** 3908).

³¹¹ RS **172.041.0**

Art. 132 Rapports d'assurance existants

¹ 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.

² 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).

³ 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^{312,313}

⁴ Lorsqu'un traitement commencé avant le 1^{er} 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.³¹⁴

Art. 133³¹⁵**Art. 134** Fournisseurs de prestations

¹ 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.

² 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.³¹⁶

³¹² RS 221.229.1

³¹³ Introduit par le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1997 (RO 1996 3139).

³¹⁴ Introduit par le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1997 (RO 1996 3139).

³¹⁵ Abrogé par le ch. I de l'O du 25 juin 1997 (RO 1997 1639).

³¹⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1997 (RO 1996 3139).

³ Les laboratoires déjà admis en vertu des art. 53 et 54 comme fournisseurs de prestations pour la réalisation d'analyses génétiques peuvent continuer à effectuer de telles analyses jusqu'à la décision d'autorisation de l'OFSP:

- a. s'ils satisfont aux conditions d'admission prévues aux art. 53 et 54; et
- b. s'ils présentent leur demande d'autorisation dans les trois mois suivant l'entrée en vigueur de l'ordonnance du 14 février 2007 sur l'analyse génétique humaine^{317,318}

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^{er} janvier 1996.

Dispositions finales de la modification du 17 septembre 1997³¹⁹

Disposition d'introduction

¹ 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).

² Les assurés qui ont une franchise à option peuvent choisir une franchise plus basse pour le 1^{er} janvier 1998 moyennant un préavis écrit donné à l'assureur au plus tard à la fin du mois de novembre 1997.

³ Pour les assurés ayant auparavant une franchise à option de 300 francs, la franchise de 400 francs est valable dès le 1^{er} janvier 1998, pour autant qu'ils n'aient pas choisi une autre franchise.

³¹⁷ RS **810.122.1**; en vigueur depuis le 1^{er} avril 2007.

³¹⁸ Introduit par l'art. 37 ch. 2 de l'O du 14 fév. 2007 sur l'analyse génétique humaine, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2007 (RS **810.122.1**).

³¹⁹ RO **1997 2272**

Disposition transitoire

Les primes et les participations aux coûts échues avant le 1^{er} janvier 1996 et restées impayées au 31 décembre 1997 n'entraînent plus aucune suspension des prestations.

Dispositions finales de la modification du 23 février 2000³²⁰

¹ 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).

² Les assurés qui ont une franchise à option peuvent choisir une franchise plus basse pour le 1^{er} 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.

³ 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 2000³²¹

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 2002³²²

¹ Les assureurs qui, lors de l'entrée en vigueur de l'Accord sur la libre circulation des personnes³²³ et de l'Accord AELE³²⁴, 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.

² 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 l'Accord sur la libre circulation des personnes ou de l'Accord AELE. L'exemption prend effet dès l'entrée en vigueur desdits accords.

320 RO 2000 889

321 RO 2000 2835

322 RO 2002 1633

323 RS 0.142.112.681

324 RS 0.632.31

³ 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.

⁴ 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.

⁵ 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 2003³²⁵

¹ 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^{er} 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.

² 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.

Dispositions finales de la modification du 26 mai 2004³²⁶

¹ 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.

³²⁵ RO 2003 3249

³²⁶ RO 2004 3437

² 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^{er} 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 2004³²⁷

¹ Sont également reconnus comme diplômés au sens des art. 45, 47 à 49 et 50a les diplômés 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.

² 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.

Disposition finale de la modification du 9 novembre 2005³²⁸

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 les rentiers qui résident dans un des nouveaux Etats membres de la Communauté européenne de l'obligation de s'assurer, dans les trois mois au plus tard après l'entrée en vigueur du Protocole du 26 octobre 2004 à l'accord entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, concernant la participation, en tant que parties contractantes, de la République tchèque, de la République d'Estonie, de la République de Chypre, de la République de Lettonie, de la République de Lituanie, de la République de Hongrie, de la République de Malte, de la République de Pologne, de la République de Slovénie et de la République slovaque, à la suite de leur adhésion à l'Union européenne³²⁹. Ces informations valent d'office pour les membres de la famille résidant dans un des nouveaux Etats membres de la communauté européenne. Les frais de l'institution commune et des offices préposés au paiement des rentes sont pris en charge par la Confédération.

Dispositions finales de la modification du 26 avril 2006³³⁰

¹ Les assureurs doivent appliquer les prescriptions de l'art. 6a, d'ici au 1^{er} août 2006.

³²⁷ RO 2004 5075

³²⁸ RO 2005 5639

³²⁹ RS 0.142.112.681; FF 2004 5573

³³⁰ RO 2006 1717

² L'art. 10a s'applique dans son ancienne teneur³³¹ aux assurés dont l'obligation d'assurance a été suspendue avant le 1^{er} juillet 2006 pour cause de service militaire.

³ Les art. 65 à 65c ainsi que 66a s'appliquent aux médicaments qui ont été admis sur la liste des spécialités avant l'entrée en vigueur de la présente modification.

⁴ ...³³²

⁵ Durant les deux premières années civiles à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification, au lieu des pourcentages prévus à l'art. 78, la réserve de sécurité doit atteindre, pour l'exercice annuel, au moins le pourcentage suivant des primes à recevoir:

Nombre d'assurés	Réserve minimale de sécurité en %
Entre 50 000 et 150 000	18 pour l'année 2007
	16 pour l'année 2008
Entre 150 000 et 250 000	16 pour l'année 2007
	12 pour l'année 2008
Plus de 250 000	13 pour l'année 2007
	11 pour l'année 2008

Dispositions finales de la modification du 27 juin 2007³³³

¹ L'art. 65a s'applique dans sa teneur du 26 avril 2006³³⁴ aux préparations originales admises dans la liste des spécialités avant l'entrée en vigueur de la présente modification.

² Les préparations originales et les génériques qui ont été admis dans la liste des spécialités entre le 1^{er} janvier 1993 et le 31 décembre 2002 font l'objet d'un réexamen afin de contrôler jusqu'au 30 juin 2008 s'ils remplissent toujours les conditions d'admission. Le département définit la procédure applicable pour le réexamen.

³ L'art. 66 s'applique également aux médicaments qui ont été admis sur la liste des spécialités avant le 10 mai 2006.

⁴ L'art. 105b, al. 1 et 2, ne s'applique pas aux primes échues avant le 1^{er} août 2007, et aux participations aux coûts des prestations fournies avant le 1^{er} août 2007.

⁵ L'art. 105c, al. 2, ne s'applique pas aux suspensions de la prise en charge des prestations existant au 1^{er} août 2007.

⁶ Les primes et les participations aux coûts, ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite impayés qui étaient échus avant le 1^{er} janvier 2006 n'empêchent pas un changement d'assureur.

³³¹ RO 2001 138

³³² Abrogé par le ch. I de l'O du 27 juin 2007, avec effet au 1^{er} août. 2007 (RO 2007 3573).

³³³ RO 2007 3573

³³⁴ RO 2006 1717

Disposition transitoire de la modification du 22 août 2007³³⁵

Les dispositions de la présente ordonnance concernant l'organe de révision s'appliquent à l'exercice qui commence à la date de l'entrée en vigueur de la présente modification ou au premier exercice suivant cette date.

Dispositions finales de la modification du 22 octobre 2008³³⁶

¹ L'organisation prévue à l'art. 49, al. 2, de la loi, doit commencer son activité au plus tard le 31 janvier 2009. Les partenaires tarifaires et les cantons informent le Conseil fédéral de la date effective du début de l'activité de l'organisation et lui communiquent simultanément les statuts de celle-ci.

² La première demande d'approbation de la convention tarifaire visée à l'art. 59d doit être soumise au Conseil fédéral au plus tard le 30 juin 2009. La convention tarifaire comprend, outre la structure tarifaire uniforme et les modalités d'application du tarif, également une proposition commune des partenaires tarifaires sur les mesures d'accompagnement nécessaires lors de l'introduction des forfaits liés aux prestations. A ce titre, ils conviennent notamment des instruments destinés à la surveillance de l'évolution des coûts et du volume des prestations (monitoring), ainsi que des mesures de correction.

³ Les partenaires tarifaires soumettent au Conseil fédéral pour approbation le montant de la contribution par cas visée à l'art. 59e, au plus tard lors de la première demande d'approbation selon l'al. 2.

³³⁵ RO 2007 3989

³³⁶ RO 2008 5097

Abrogation et modification d'ordonnances fédérales

1. Sont abrogées:

- a. l'ordonnance I du 22 décembre 1964³³⁷ 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 1964³³⁸ sur l'assurance-maladie concernant l'assurance collective pratiquée par les caisses-maladie reconnues par la Confédération;
- c. l'ordonnance III du 15 janvier 1965³³⁹ 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 1965³⁴⁰ 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 1965³⁴¹ 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 1966³⁴² 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 1966³⁴³ 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 1968³⁴⁴ sur l'assurance-maladie concernant le choix des médicaments et des analyses;
- i. l'ordonnance du 22 novembre 1989³⁴⁵ sur la pratique d'autres branches d'assurance par les caisses-maladie reconnues.

³³⁷ [RO 1964 1296, 1974 978, 1986 685, 1990 1675, 1991 609 2547, 1992 1738 art. 18]

³³⁸ [RO 1965 32, 1984 1481, 1990 1674, 1991 606 2546]

³³⁹ [RO 1965 45, 1968 43 ch. V 1107, 1969 1147 ch. II, 1974 978 ch. II, 1983 38 art. 142, 1984 1485, 1986 85]

³⁴⁰ [RO 1965 59]

³⁴¹ [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]

³⁴² [RO 1966 519, 1971 1186]

³⁴³ [RO 1966 590]

³⁴⁴ [RO 1968 1366, 1982 2178, 1984 1486, 1986 89, 1988 1563]

³⁴⁵ [RO 1989 2430]

**2. Le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité³⁴⁶
est modifié comme il suit:**

Art. 76, al. 1, let. h

...

Art. 88^{ter}

...

Art. 88^{quater}

...

Art. 88^{quinquies}

...

**3. L'ordonnance du 15 janvier 1971 sur les prestations
complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité³⁴⁷
est modifiée comme il suit:**

Art. 19

...

**4. L'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents³⁴⁸
est modifiée comme il suit:**

Art. 18, al. 1

...

Art. 69

...

Art. 71, al. 2

...

³⁴⁶ RS **831.201**. Les modifications mentionnées ci-dessous sont insérées dans ledit règlement.

³⁴⁷ RS **831.301**. La modification mentionnée ci-dessous est insérée dans ladite ordonnance.

³⁴⁸ RS **832.202**. Les modifications mentionnées ci-dessous sont insérées dans ladite ordonnance.

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 militaire³⁴⁹
est modifiée comme il suit:**

Art. 12

...

Art. 14, al. 2

...

**6. L'ordonnance du 8 septembre 1993 sur l'assurance dommages³⁵⁰
est modifiée comme il suit:**

Art. 26, al. 2, let. a

...

³⁴⁹ RS 833.11. Les modifications mentionnées ci-dessous sont insérées dans ladite ordonnance.

³⁵⁰ [RO 1993 2620, 1995 5690, 1998 84 annexe ch. 3, 2001 1286 ch. II, 2003 4999, 2005 2389. RO 2005 5305 art. 217 ch. 10]

**7. L'ordonnance du 11 septembre 1931 sur la surveillance³⁵¹
est modifiée comme il suit:**

Art. 53, al 3

...

Art. 54, al. 2

...

**8. Le règlement des fonctionnaires (1) du 10 novembre 1959³⁵²
est modifié comme il suit:**

Art. 63

Abrogé

**9. Le règlement des fonctionnaires 2 du 15 mars 1993³⁵³
est modifié comme il suit:**

Art. 78

Abrogé

³⁵¹ [RS 10 301; RO 1979 1588, 1986 2529, 1988 116, 1990 787, 1992 2415, 1993 2614 3219, 1994 100, 1996 2243 ch. I 38, 1998 84 annexe ch. 1, 1999 3671, RO 2005 5305 art. 217 ch. 3]

³⁵² [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]

³⁵³ [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 1959³⁵⁴
est modifié comme il suit:**

Titre précédant l'art. 72

...

Art. 72, al. 6

Abrogé

³⁵⁴ [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]