

Loi fédérale sur l'assurance-maladie

Modification du 20 mars 1987

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,
vu le message du Conseil fédéral du 19 août 1981¹⁾,
arrête:

I

La loi fédérale du 13 juin 1911²⁾ sur l'assurance-maladie est modifiée comme il suit:

Titre

Loi fédérale sur l'assurance-maladie et maternité (LAMM)

Préambule

vu les articles 34^{bis} et 34^{quinquies}, 4^e alinéa, de la constitution;

Modifications rédactionnelles

La référence au titre premier est biffée dans les articles 27, 1^{er} alinéa, 2^e phrase, et 33, 1^{er} alinéa, 1^{re} phrase.

Dans les articles 23, 1^{er} alinéa, 24 et 25, 1^{er}, 2^e et 4^e alinéas, l'expression «personnel paramédical» est remplacée par l'expression «personnel paramédical et personnel prodiguant des soins hors de l'hôpital».

Titre de subdivision

Chapitre premier: Principes

Article premier

A. But et objet

¹ La Confédération encourage l'assurance-maladie avec la collaboration des cantons. Elle veille, notamment par l'allocation de subsides, à ce que la population puisse s'assurer à des

¹) FF 1981 II 1069

²) RS 832.10

conditions supportables et à ce que les charges soient réparties équitablement.

² L'assurance-maladie comprend également l'assurance-maternité.

³ L'assurance-maladie est facultative, sous réserve de l'article 2.

Art. 2, titre marginal et 4^e al.

B. Collabora-
tion des cantons

⁴ Les cantons prennent en charge une part des subsides fédéraux et versent eux-mêmes pour les assurés à ressources modestes des subsides destinés à réduire la charge financière qui résulte pour ceux-ci de l'assurance-maladie.

Titre de la subdivision

Chapitre 2: Assurance des soins médicaux et pharmaceutiques et assurance facultative d'une indemnité journalière

Art. 2^{bis}

A. Caisses-
maladie

¹ L'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques et l'assurance facultative d'une indemnité journalière prévues par la présente loi sont pratiquées par les caisses-maladie reconnues (caisses).

² Les caisses sont reconnues par le Conseil fédéral lorsqu'elles satisfont aux exigences de la présente loi. Elles reçoivent des subsides des pouvoirs publics. Pour le reste, elles s'organisent à leur gré.

Art. 3, al. 4^{bis}

^{4bis} Elles peuvent gérer des assurances complémentaires dans le domaine de la maladie et de la maternité; ces assurances doivent être financées indépendamment de l'assurance de base. Les caisses réglementent ces assurances et peuvent, ce faisant, déroger à la présente loi en ce qui concerne l'admission des assurés, le droit aux prestations et l'échelonnement des cotisations; sont réservés les cas où la loi prévoit expressément qu'une de ses dispositions s'applique aussi aux assurances complémentaires.

Art. 5, 1^{er} al.

¹ Toute personne résidant en Suisse, qui n'a pas atteint l'âge

donnant droit à une rente de l'AVS, a le droit de s'affilier à une caisse dont elle remplit les conditions statutaires d'admission.

Art. 11^{bis}

V. Information
par les caisses

Les caisses communiquent par écrit à leurs membres une fois par année:

- a. Quelles prestations médicales et pharmaceutiques correspondent au minimum légal;
- b. Quelles prestations de soins complémentaires sont incluses dans l'assurance de base;
- c. Quelles assurances complémentaires elles offrent et quels frais supplémentaires il en résulte pour l'assuré.

Art. 12

D. Prestations
assurées
I. Soins médi-
caux et pharma-
ceutiques.
Assurance de
base

¹ Au titre de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques les caisses doivent prendre en charge au moins:

1. En cas de soins ambulatoires:
 - a. Les examens et les traitements auxquels procède un médecin;
 - b. Les traitements et les soins administrés, sur prescription d'un médecin, par le personnel paramédical ou le personnel prodiguant des soins hors de l'hôpital;
 - c. Les examens et les traitements auxquels procède un chiropraticien au sens de l'article 21, 4^e alinéa;
 - d. Les médicaments et les analyses ordonnés par un médecin, ainsi que les moyens et appareils nécessaires au traitement de l'assuré.
2. En cas de soins hospitaliers, le forfait pour frais de traitement en division commune, et les taxes pour des prestations diagnostiques et thérapeutiques spéciales (art. 22^{quinquies}); l'article 22^{sexies}, 1^{er} alinéa, est réservé;
3. En cas de cure balnéaire ordonnée par le médecin pour le traitement d'une maladie ou consécutivement à celle-ci, une contribution aux frais de cure;
4. Certains examens destinés à détecter à temps les maladies ainsi que des mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés;
5. Des mesures de réadaptation médicale.

² Les prestations dues au titre de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques pour soins donnés par un dentiste comprennent les traitements, à désigner par le Conseil fédéral, d'affections non évitables du système de mastication et de leurs

suites ainsi que le traitement de lésions du système de mastication causées par un accident, lorsque ce traitement n'est pris en charge par aucune autre assurance. Le 1^{er} alinéa, chiffre 1^{er}, est applicable par analogie.

³ Les prestations pour soins médicaux et pharmaceutiques en cas de soins ambulatoires ou hospitaliers sont accordées sans limite de durée.

⁴ Le Conseil fédéral fixe les conditions déterminant le droit à la contribution aux frais de cure de même que le montant de celle-ci et la durée pour laquelle elle est versée.

⁵ Après avoir consulté les commissions de spécialistes nommées par lui, le Conseil fédéral fixe en détail les prestations couvertes par l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. Il exclut de ces prestations des méthodes d'examen ou de traitement nouvelles ou déjà appliquées, dont l'efficacité n'est pas prouvée par des méthodes scientifiques, qui ne sont pas appropriées à leur but ou pas économiques. Il exclut tout ou partie des prestations pour des examens ou des traitements qui ne portent qu'en partie ou plus du tout sur une maladie.

⁶ Après avoir consulté la Commission des médicaments nommée par lui, le Conseil fédéral établit une liste des médicaments, des analyses et des moyens et appareils que les caisses doivent prendre en charge (prestations obligatoires), ainsi qu'une liste des médicaments et préparations qu'elles ne sont pas autorisées à prendre en charge, même à titre facultatif. Les autres médicaments peuvent être pris en charge à titre facultatif, mais seulement jusqu'à concurrence de la moitié de leur prix. Ne peuvent être inscrits sur la liste des prestations obligatoires que les médicaments, les analyses et les moyens et appareils dont l'efficacité est prouvée par des méthodes scientifiques et qui sont appropriés à leur but et économiques.

Art. 12^{bis1)}

II. Indemnité journalière

¹ Les caisses allouent les prestations de l'assurance facultative d'une indemnité journalière lorsque l'assuré présente une incapacité de travail de la moitié au moins. Elles fixent l'indemnité journalière assurable. Celles-ci doivent être versées pour une ou plusieurs maladies durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours consécutifs. Lorsque, pour la naissance du droit à l'indemnité journalière, les parties conviennent d'un délai d'attente, durant lequel l'employeur est tenu de verser le

¹⁾ Les alinéas ^{1bis} et ^{2bis} introduits par la LACI du 25 juin 1982 deviennent les alinéas ^{2bis} et ^{2ter}.

salaire, ce délai peut être déduit de la durée minimale du versement de l'indemnité journalière. En cas de maternité, cette durée est celle que prévoit l'article 14, 6^e alinéa.

² Les personnes qui n'exercent pas d'activité lucrative peuvent aussi adhérer à l'assurance facultative d'une indemnité journalière, dans la mesure où cette assurance n'est pas de nature à leur procurer un gain.

³ Les enfants ne peuvent pas être assurés pour une indemnité journalière.

⁴ Si l'assuré a provoqué ou aggravé intentionnellement ou par une négligence coupable l'atteinte à sa santé ou si, malgré une mise en demeure, il ne s'est pas soumis aux prescriptions du médecin, la caisse peut réduire ou, dans les cas particulièrement graves, refuser l'indemnité journalière.

⁵ Si l'assuré doit pourvoir à l'entretien de proches, la réduction n'excédera pas la moitié du montant de l'indemnité journalière. Celle-ci ne peut être ni réduite, ni refusée pendant que l'assuré suit, sous contrôle médical, une cure de désintoxication.

Art. 12^{ter})

Abrogé

Art. 12^{quater}

III^{bis}. Séjour dans un établissement hospitalier. Assurance complémentaire

¹ Les caisses accordent aux membres assurés pour les soins médicaux et pharmaceutiques la faculté d'adhérer à une assurance complémentaire qui prend en charge le forfait pour frais de pension au sens de l'article 22^{sexies}, 1^{er} alinéa. Cette assurance complémentaire alloue ses prestations sans limite de durée.

² Les dispositions de la présente loi relatives à l'admission et aux cotisations sont applicables par analogie. Aucune nouvelle réserve ne peut être imposée en cas d'augmentation du forfait pour frais de pension.

³ Le forfait pour frais de pension est versé en cas de maladie et de maternité.

Art. 13, titre marginal, 2^e et 3^e al.

IV. Stage

² Au surplus, les soins médicaux et pharmaceutiques doivent

¹ L'article 12^{quater} du 9 octobre 1981 devient l'article 12^{ter} (Titre marginal: III. Prestations ...).

être assurés dès le début de la maladie lorsque celle-ci a été déclarée conformément aux statuts.

³ *Abrogé*

Art. 14, 2^e al., ch. 3, let. c et ch. 4, 4^e à 7^e al.

² Les prestations aux femmes assurées pour les soins médicaux et pharmaceutiques doivent comprendre en outre:

...
3. Une contribution fixée par le Conseil fédéral:

...
c. Aux frais occasionnés par les soins à domicile de la mère et de l'enfant pendant une période limitée après l'accouchement.

4. Au plus quatre examens de contrôle pendant la grossesse et un pendant les huit semaines qui suivent l'accouchement.

⁴ L'assurée qui cesse totalement ou partiellement d'exercer une activité lucrative moins de huit semaines avant l'accouchement ne peut subir de ce fait aucune réduction de l'indemnité journalière. Elle n'a toutefois droit à cette prestation que dans la mesure où elle ne se livre à aucune activité préjudiciable à sa santé.

⁵ La caisse verse une indemnité d'allaitement aux assurées qui allaitent entièrement ou partiellement leur enfant pendant dix semaines. Le Conseil fédéral en fixe le montant.

⁶ Les frais occasionnés par les examens de contrôle et les soins qui sont en rapport avec la maternité doivent être pris en charge dès le début de la grossesse et pendant les huit semaines qui suivent l'accouchement. L'indemnité journalière est versée pendant seize semaines, dont huit au moins après l'accouchement. Elle ne peut être imputée sur la durée des prestations en cas de maladie et l'indemnité doit être versée même après l'expiration de cette durée.

⁷ Les femmes qui ne sont pas assurées pour les soins médicaux et pharmaceutiques et dont le revenu et la fortune à prendre en compte n'atteignent pas un montant fixé par le Conseil fédéral ont droit à des prestations en cas de maternité si, lors de l'accouchement, elles sont domiciliées en Suisse depuis au moins 270 jours sans interruption. Ces prestations s'élèvent aux quatre cinquièmes de celles dues aux femmes assurées. Les intéressées peuvent exercer leur droit contre paiement d'une taxe appropriée, auprès de n'importe quelle caisse de leur lieu

de résidence. Les tarifs, les taux de prestations et les règles de procédure valables pour la caisse choisie sont applicables.

Art. 14^{bis}

VII. Participa-
tion aux frais

¹ Les caisses sont tenues d'imposer aux assurés, en cas de maladie, une participation aux frais sous forme d'un montant fixe par année (franchise annuelle) et d'une quote-part en pour-cent.

² Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise annuelle de même que le montant maximal de la quote-part. Il peut échelonner ces montants d'après la capacité financière des assurés et il les adapte périodiquement à l'évolution des salaires et des prix ainsi qu'à l'évolution des coûts de l'assurance-maladie.

³ Pour la participation aux frais, les règles suivantes sont notamment applicables:

- a. Elle est la même pour les deux sexes;
- b. La quote-part s'élève, jusqu'à concurrence du montant maximal par année, à 20 pour cent des frais médicaux et pharmaceutiques dépassant la franchise annuelle;
- c. Pour les enfants, le montant de la franchise annuelle et le montant maximal de la quote-part sont réduits de moitié;
- d. La participation totale aux frais ne saurait excéder, pour les enfants d'une famille assurés auprès de la même caisse, la participation maximale fixée par le Conseil fédéral pour les assurés adultes.

⁴ Aucune participation aux frais ne peut être exigée:

- a. Pour les examens préventifs et les mesures de contrôle;
- b. En cas de maternité.

⁵ Le Conseil fédéral peut prévoir une participation aux frais plus élevée pour des prestations déterminées. Il peut réduire ou supprimer la participation aux frais pour des traitements prolongés ainsi que pour le traitement de maladies graves et transmissibles. Il peut dispenser, entièrement ou partiellement, les caisses de percevoir la franchise et la quote-part en pour-cent, lorsqu'elles pratiquent des modèles d'assurance pour lesquels ces mesures se révèlent inapplicables.

⁶ Les caisses peuvent donner à leurs membres la possibilité de conclure une assurance avec une franchise annuelle à choix, qui inclut la quote-part et qui est plus élevée que la participation aux frais au sens du 1^{er} alinéa. Les caisses doivent indiquer séparément dans leurs comptes le coût de ce genre d'assurance. La cotisation doit être réduite de manière appropriée. Le Conseil fédéral fixe les montants de la franchise annuelle à

choix. Les caisses réglementent le passage d'un mode de participation aux frais à l'autre; elles peuvent imposer un délai de cinq ans au maximum pour le passage dans l'assurance avec une participation aux frais au sens du 1^{er} alinéa.

⁷ Les tarifs applicables aux prestations de l'assurance-maladie valent aussi pour les prestations à prendre en charge par les assurés, au titre de la participation aux frais.

Art. 16, 1^{er} al., 2^e phrase et 3^e al.

¹ . . . Les médecins qui pratiquent régulièrement, depuis un an au moins, dans le rayon d'activité de la caisse, peuvent adhérer à ces conventions.

³ Les caisses peuvent passer avec des médecins des conventions, qui excluent l'adhésion d'autres médecins, s'il existe au moins simultanément, dans le rayon d'activité de la caisse, un autre régime tarifaire, auquel les médecins peuvent adhérer au sens du 1^{er} alinéa.

Art. 18

II. Médecins-conseils

¹ Après avoir consulté les sociétés médicales cantonales, les caisses désignent des médecins, chargés notamment de vérifier si les traitements sont appropriés et économiques (médecins-conseils). Lorsqu'un médecin ou une organisation de médecins conteste le droit d'un médecin d'exercer la fonction de médecin-conseil d'une caisse, l'article 24 est applicable par analogie.

² Les médecins, les pharmaciens, les chiropraticiens, les sages-femmes, le personnel paramédical, le personnel prodiguant des soins hors de l'hôpital, les laboratoires et les établissements hospitaliers doivent donner aux médecins-conseils les renseignements nécessaires.

³ Les médecins-conseils transmettent aux services administratifs compétents de la caisse les indications dont celle-ci a besoin, notamment pour imposer une réserve, fixer ses prestations ou vérifier si le traitement est économique. En communiquant ces renseignements à la caisse, ils respectent les droits de la personnalité des assurés.

⁴ Les associations faîtières suisses de médecins et des caisses fixent les modalités concernant cette communication et règlent le statut des médecins-conseils. Si elles ne parviennent pas à s'entendre, le Conseil fédéral établit la réglementation nécessaire.

Art. 19^{bis}

IV. Choix de l'établissement hospitalier. Prise en charge des frais

¹ L'assuré a le libre choix entre les établissements hospitaliers suisses appropriés au traitement de sa maladie. Sont des établissements hospitaliers les établissements et les divisions de ceux-ci qui servent au traitement hospitalier de malades, garantissent une assistance médicale suffisante et disposent d'un personnel soignant approprié et spécialement formé ainsi que d'équipements médicaux adéquats. Ne sont pas des établissements hospitaliers les établissements dont l'activité consiste principalement à prodiguer des soins plutôt qu'à dispenser des traitements.

² Si l'assuré se rend à son lieu de résidence, aux environs de celui-ci ou, pour des raisons médicales, en un autre lieu, dans un établissement hospitalier où l'on soigne les membres des caisses selon la présente loi, la caisse prend en charge le forfait pour frais de traitement qui est applicable à l'assuré dans cet établissement.

³ Si l'assuré se rend dans un établissement hospitalier sans que les conditions posées au 2^e alinéa soient remplies, la caisse prend en charge le forfait pour frais de traitement applicable dans l'établissement hospitalier correspondant qui est le plus proche du lieu de résidence de l'assuré et qui soigne les membres des caisses selon la présente loi.

⁴ Lorsque le médecin a ordonné une cure balnéaire, l'assuré a le libre choix entre les établissements de cure. Le Conseil fédéral détermine les conditions que doivent remplir les établissements de cure en ce qui concerne la direction médicale, les traitements et les eaux thermales. Le Département fédéral de l'intérieur est compétent pour agréer les établissements de cure.

⁵ Les cantons dressent, après avoir consulté les intéressés, une liste des établissements hospitaliers situés sur leur territoire en les classant par catégories; les caisses doivent verser leurs prestations seulement si le séjour d'un assuré a eu lieu dans un établissement hospitalier qui figure sur cette liste.

⁶ Les cantons peuvent fixer, sur leur territoire, des planifications obligatoires:

- a. Garantissant que les besoins en soins hospitaliers sont couverts, les soins prodigués hors de l'hôpital ou dans des institutions ou homes étant dûment pris en compte;
- b. Régulant l'équipement en installations médico-techniques coûteuses dans le domaine hospitalier ou ambulatoire.

Ces planifications doivent tenir compte de manière appropriée

des cliniques privées. Les caisses ne doivent verser leurs prestations que dans la mesure où les fournisseurs de prestations médicales se conforment auxdites planifications.

⁷ Après avoir consulté les intéressés, le Conseil fédéral fixe le genre et le montant des prestations allouées par les caisses en cas de séjour partiel dans un établissement hospitalier. En cas de séjour dans des institutions et homes qui, sans être des établissements hospitaliers, prodiguent des soins médicaux à leurs pensionnaires, les caisses doivent allouer les mêmes prestations qu'en cas de traitement ambulatoire (art. 12, 1^{er} al., ch. 1^{er}). Les caisses peuvent convenir d'un remboursement forfaitaire avec l'institution ou le home.

Art. 21, 1^{er} al., 2^e phrase, 4^e al., 2^e phrase, 5^e al., 2^e phrase, 6^e et 7^e al.

¹ . . . Sous réserve de prescriptions spéciales, les dispositions de la présente loi valables pour les médecins sont applicables par analogie aux dentistes qui prodiguent des soins au sens de l'article 12, 2^e alinéa.

⁴ . . . Les articles 15, 1^{er} alinéa, 16, 1^{er} et 3^e alinéas, et 17, 1^{er} alinéa, sont applicables par analogie.

⁵ . . . Les articles 15, 1^{er} alinéa, 16, 1^{er} et 3^e alinéas, et 17, 1^{er} alinéa, sont applicables par analogie.

⁶ Après avoir consulté les cantons et les organisations intéressées, le Conseil fédéral édicte, pour le personnel paramédical exerçant son activité à titre dépendant ou indépendant, y compris le personnel prodiguant des soins hors de l'hôpital, et les laboratoires qui font des analyses sous la direction d'une personne ayant reçu une formation scientifique, des prescriptions sur l'autorisation de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie et sur leur rayon d'activité. Sont réservées les dispositions cantonales plus restrictives. Les articles 15, 1^{er} alinéa, 16, 1^{er} et 3^e alinéas, et 17, 1^{er} alinéa, sont applicables par analogie.

⁷ Le Conseil fédéral peut prévoir des contrôles scientifiques systématiques pour les analyses effectuées par les médecins, les laboratoires et les pharmaciens qui pratiquent pour le compte de l'assurance-maladie.

Art. 22, 3^e al., 3^e phrase

³ . . . Les conventions doivent être approuvées par le gouvernement cantonal, qui vérifie si les taxes et les autres clauses sont économiques et conformes à la loi et à l'équité.

Art. 22^{bis}, titre marginal et 7^e al., 2^e et 3^e phrases

2. Absence de disposition conventionnelle
a. En général

⁷ . . . Dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques et dans l'assurance d'une indemnité journalière, le médecin doit fournir au débiteur des honoraires toutes les indications qui sont nécessaires pour fixer les prestations et pour vérifier si le traitement est économique. Ces indications comprennent notamment celles qui concernent le diagnostic ainsi que les examens et les traitements, de même que les dates de ceux-ci. Le médecin est fondé, ou astreint si l'assuré le demande, à ne fournir les indications d'ordre médical qu'au médecin-conseil de la caisse.

Art. 22^{quater}

11. Autres tarifs pour traitements ambulatoires

¹ Après avoir consulté les intéressés, le Conseil fédéral fixe les rémunérations dues aux pharmaciens pour leurs prestations, les rémunérations pour les analyses faites par les laboratoires ainsi que les rémunérations pour les moyens et appareils à prendre en charge par les caisses. Les rémunérations pour prestations et analyses peuvent être augmentées ou réduites de dix pour cent au plus par convention ou, en l'absence de convention, par décision du gouvernement cantonal.

² Les tarifs pour les prestations des chiropraticiens, des sages-femmes, du personnel paramédical et du personnel prodiguant des soins hors de l'hôpital, ainsi que pour les traitements ambulatoires dispensés par les établissements hospitaliers sont fixés par conventions passées avec les caisses. En l'absence de convention, le gouvernement cantonal établit les tarifs, après avoir consulté les intéressés.

³ Les conventions que les caisses passent avec les pharmaciens, les chiropraticiens, les sages-femmes, le personnel paramédical et le personnel prodiguant des soins hors de l'hôpital, les laboratoires et les établissements hospitaliers doivent être approuvées par le gouvernement cantonal. Les conventions qui valent pour toute la Suisse doivent être approuvées par le Conseil fédéral. L'autorité compétente vérifie si les taxes et les autres clauses sont économiques et conformes à la loi et à l'équité.

⁴ L'article 22^{bis}, 7^e alinéa, est applicable par analogie. L'assuré peut demander que le pharmacien ne lui présente sa facture qu'après la fin du traitement, mais au plus tard trois mois après réception du premier médicament.

III. Indemnisation en cas de séjour dans un établissement hospitalier
1. Forfait pour frais de traitement

Art. 22^{quinquies}

¹ Le forfait pour frais de traitement (art. 12, 1^{er} al., ch. 2) couvre au plus 60 pour cent des frais d'exploitation de l'établissement hospitalier par patient dans la division commune.

² Dans le calcul des frais d'exploitation ne sont pas pris en compte:

- a. Les frais de formation et de recherche;
- b. En principe les frais d'investissement lorsque l'établissement est géré par une corporation de droit publique et qu'il est d'intérêt public.

³ Si l'établissement hospitalier présente une facture séparée pour des prestations spéciales, les frais correspondant à celles-ci ne peuvent pas être pris en considération lors de la fixation du forfait pour frais de traitement; pour ces prestations, 60 pour cent au plus des frais peuvent être mis à la charge des caisses.

⁴ Les caisses et les établissements hospitaliers fixent dans une convention le forfait pour frais de traitement et les taxes pour prestations spéciales. Cette convention doit être approuvée par le gouvernement cantonal. Celui-ci vérifie si elle est économique et conforme à la loi et à l'équité. Si aucune convention n'est conclue, le gouvernement cantonal fixe, après avoir consulté les intéressés, le forfait applicable aux établissements hospitaliers qui soignent les membres des caisses conformément à la présente loi. L'article 22^{bis}, 7^e alinéa, est applicable par analogie.

⁵ Les établissements hospitaliers calculent leurs frais et classent leurs prestations selon une méthode uniforme. Ils tiennent, à cet effet, une comptabilité analytique ainsi qu'une statistique de leurs prestations. Le gouvernement cantonal et les caisses peuvent consulter les comptes et autres pièces.

⁶ Un forfait pour frais de traitement plus élevé peut être appliqué aux assurés qui ne résident pas dans le canton où se trouve l'établissement hospitalier. Toutefois, ce forfait – qui inclut le forfait pour frais de pension – plus une facture séparée pour des prestations spéciales ne peuvent dépasser ensemble la totalité des frais d'exploitation par patient dans la division commune.

Art. 22^{sexies}

2. Forfait pour frais de pension

¹ Au titre du forfait pour frais de pension, l'assuré doit prendre à son compte une part du forfait pour frais de traitement, fixée

par le Conseil fédéral. Ce forfait pour frais de pension peut être couvert par une assurance complémentaire (art. 12^{quater}).

² En cas de séjour dans la division commune, toutes les prestations de l'établissement hospitalier sont satisfaites dès qu'il a reçu le forfait pour frais de traitement et le forfait pour frais de pension qui y est inclus; la facturation des prestations spéciales au sens de l'article 22^{quinquies}, 3^e alinéa, est réservée.

Art. 22^{septies}

IV. Harmonisation et coordination des tarifs

¹ Le Conseil fédéral peut établir des principes visant à ce que les tarifs pour traitements ambulatoires soient calculés d'après les règles d'une saine gestion d'entreprise et structurés de manière appropriée. Il veille à la coordination avec les régimes tarifaires d'autres branches des assurances sociales.

² Le Conseil fédéral peut en outre fixer des taux indicatifs pour des prestations ou des traitements déterminés, notamment pour des prestations à caractère technique requérant l'usage d'appareils. Pour les prestations de maternité, il peut fixer des taux maximaux et des taux indicatifs.

³ Il peut faire procéder à des comparaisons de frais d'exploitation entre établissements hospitaliers. Les cantons et lesdits établissements doivent fournir les pièces nécessaires.

⁴ Les 2^e et 3^e alinéas ne s'appliquent qu'à des cantons qui n'auraient pas adhéré à un concordat régional ou national destiné à régler ces questions.

Art. 22^{octies}

V. Droit de recours

¹ Les dispositions et les décisions des gouvernements cantonaux fondées sur les articles 22 à 22^{quinquies} peuvent faire l'objet d'un recours devant le Conseil fédéral.

² Les décisions des gouvernements cantonaux fondées sur l'article 19^{bis}, 5^e alinéa, peuvent faire l'objet d'un recours devant le Tribunal fédéral des assurances.

Art. 23, titre marginal et 1^{er} al., 2^e phrase, et 2^e al.

VI. Traitement économique

¹ . . . Les caisses peuvent exiger de ces personnes ou de ces institutions qu'elles restituent des sommes versées pour les prestations dépassant cette limite.

² Une facture détaillée sera remise à l'assuré à moins que les données nécessaires ne lui aient déjà été communiquées par

écrit, au moment où il a bénéficié de la prestation. Le Conseil fédéral fixe les indications qui doivent figurer sur les factures.

Art. 25, 3^e al., première phrase, et 4^{bis}

³ Le tribunal arbitral est également compétent lorsque les honoraires sont dus par l'assuré que la créance se fonde sur le droit public, le droit privé ou sur une convention tarifaire. En pareil cas . . .

^{4bis} Les cantons peuvent confier les tâches du tribunal arbitral au tribunal cantonal des assurances; dans ce cas, celui-ci sera complété par un représentant de chacune des parties.

Art. 26, al. 1^{er}, 3^e, 3^{bis} et 4^e

¹ L'assurance ne doit pas être une source de gain pour l'assuré. Le Conseil fédéral définit en détail les cas où il y a surassurance; pour les personnes tenant un ménage et les indépendants, en particulier, il tient aussi compte des dépenses occasionnées par l'engagement d'une personne les remplaçant.

³ Dans les cas où l'assuré a droit à des prestations d'autres assureurs ou de services de santé publique, les caisses ne lui accordent leurs prestations que dans la mesure où, compte tenu des autres prestations, il n'en retire pas un gain.

^{3bis} Si un assuré au bénéfice d'une rente AVS, de l'assurance-invalidité, de l'assurance-accidents obligatoire ou de l'assurance militaire, qui n'a ni ménage propre ni obligation d'entretien, séjourne pendant plus de six mois dans un établissement hospitalier, sans interruption notable, les prestations de la caisse au titre de forfait pour frais de pension et, le cas échéant, à celui de forfait pour frais de traitement peuvent être réduites. Cependant, dans tous les cas, il convient de laisser à l'assuré un montant convenable pour ses besoins personnels. Le Conseil fédéral fixe le minimum de ce montant.

⁴ Le Conseil fédéral règle les relations de l'assurance-maladie avec les autres assurances sociales, en particulier:

- a. L'obligation d'accorder des avances pour les frais médicaux et pharmaceutiques et pour l'indemnité journalière, ainsi que la prise en charge ultérieure des prestations allouées d'avance;
- b. L'obligation de s'aviser réciproquement de la fixation et de la modification des prestations;
- c. Le partage des prestations à prendre en charge en cas de concours entre un accident et une maladie;

d. Le droit de recours des caisses contre les décisions prises dans le domaine d'une autre assurance sociale.

Art. 30^{er}

3. Recours
devant le Tribunal
fédéral des
assurances

Les décisions des tribunaux arbitraux et des tribunaux des assurances cantonaux peuvent faire l'objet d'un recours de droit administratif, au sens de la loi d'organisation judiciaire¹⁾, devant le Tribunal fédéral des assurances.

Art. 32

VII. Recours
contre le tiers
responsable

Les caisses sont subrogées, jusqu'à concurrence de leurs prestations, dans les droits de l'assuré contre le tiers responsable. Les articles 41 à 44 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA)²⁾ sont applicables par analogie.

Art. 33, titre marginal et 1^{er} al.

VIII. Surveil-
lance. Mesures
d'ordre

¹ Le Conseil fédéral surveille l'exécution de la présente loi, et fait en sorte que celle-ci soit appliquée de manière uniforme. A cette fin, il donne aux caisses des instructions relatives en particulier à l'organisation et à la gestion, à la tenue des comptes, au placement de la fortune, à l'établissement des bilans, à l'organe de contrôle, ainsi qu'aux mesures à prendre pour assurer la sécurité financière et une séparation nette des différents genres d'assurance. En particulier, les coûts afférant à l'assurance de base des soins médico-pharmaceutiques doivent être mis en évidence.

Art. 34, titre marginal

IX. Renoncia-
tion à la recon-
naissance.
Nouvelle recon-
naissance

Art. 35

M. Subsidés des
pouvoirs publics
I. Subsidés
fédéraux
1. Compensa-
tion des charges

¹ Pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, la Confédération alloue aux caisses un subside annuel qui est destiné à faciliter une répartition équitable des charges entre les membres. Le subside versé à chaque caisse se détermine d'après le nombre de membres qui bénéficient d'une rente de l'AI ou d'une rente de vieillesse de l'AVS.

¹⁾ RS 173.110

²⁾ RS 832.20

² Le subside par assuré bénéficiant d'une rente de l'AI est le double de celui qui est prévu par assuré recevant une rente de vieillesse de l'AVS.

Art. 36

2. Subsidés
pour les femmes
a. Maternité

La Confédération rembourse aux caisses les prestations qu'elles allouent en cas de maternité conformément à l'article 14.

Art. 36^{bis}

b. Compensation
des frais

Pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, la Confédération alloue aux caisses un subside annuel qui est destiné à compenser partiellement les frais médicaux et pharmaceutiques plus élevés qu'occasionnent les femmes. Le subside versé à chaque caisse se détermine d'après le nombre de femmes assurées et compte tenu de la différence moyenne que présentent en Suisse les frais de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, selon qu'ils sont occasionnés par les hommes ou les femmes.

Art. 37

3. Subsidés
pour les enfants

¹ Pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, la Confédération alloue aux caisses un subside annuel qui est destiné à réduire les cotisations des enfants. Sont des enfants les assurés jusqu'à l'âge de seize ans révolus.

² En outre, la Confédération prend en charge, par famille, les cotisations de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques du troisième enfant et des suivants, y compris de ceux qui ont moins de 25 ans et qui parachèvent leur formation.

Art. 37^{bis}

4. Indemnités
annuelles

Dans les régions de montagne au sens de la loi du 28 juin 1974¹⁾ sur l'aide en matière d'investissements dans les régions de montagne, la Confédération prend en charge la moitié des indemnités annuelles versées aux médecins par les cantons, les communes ou les caisses.

Art. 38

II. Subsidés
cantonaux

¹ Les cantons allouent des subsides destinés à réduire les cotisations des assurés à ressources modestes. Ils définissent le cercle de ces assurés et le montant de la réduction.

² De plus, les cantons prennent en charge les cotisations pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques et la participation aux frais dont le paiement mettrait l'assuré ou celui à qui incombe l'obligation d'entretien dans une situation intolérable.

³ Dans les cantons à faible capacité financière qui comprennent d'importantes zones de montagne, la Confédération prend en charge une partie des subsides prévus au 1^{er} alinéa. Le Conseil fédéral désigne les cantons qui en bénéficient et le taux de sa participation applicable à chacun d'eux. Il peut subordonner l'octroi de celle-ci à la condition que le canton contribue par des subsides à réduire les cotisations dans une mesure minimum.

Art. 38^{bis}

III. Montant des subsides fédéraux

¹ Les dépenses de la Confédération prévues aux articles 36, 37, 2^e alinéa, et 37^{bis}, figurent dans le compte d'état à la fois sous la forme d'un montant total et par catégories. La Confédération rembourse les dépenses et les cotisations manquantes qui datent de l'année civile précédente.

² Le montant des autres subsides annuels de la Confédération et le crédit nécessaire à cet effet sont fixés par un arrêté fédéral simple, valable trois ans, compte tenu de l'évolution des coûts dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques.

Art. 38^{ter}

IV. Participation des cantons aux subsides fédéraux

¹ Les cantons prennent à leur charge la moitié des subsides fédéraux prévus à l'article 38^{bis}.

² La part à la charge de chaque canton est fixée notamment d'après:

- a. Les prestations légales pour soins médicaux et pharmaceutiques que les caisses allouent aux assurés dans le canton;
- b. La différence entre les prestations par assuré et la moyenne suisse;
- c. Les dépenses consenties par le canton pour les hôpitaux, pour les soins prodigués hors de l'hôpital et pour la réduction des cotisations des assurés à ressources modestes.

³ Le Conseil fédéral règle les détails, après avoir consulté les cantons.

Art. 39

N. Statistique

La Confédération et les cantons peuvent procéder, de façon coordonnée, avec le concours des organisations intéressées, à des enquêtes statistiques dans le domaine de l'assurance-maladie, en particulier auprès des caisses, des médecins et des établissements hospitaliers.

Art. 40, titre marginal

O. Obligation
de garder le
secret

Art. 41, titre marginal

P. Exécution

II

Modification d'autres lois

1. Le code des obligations¹⁾ est modifié comme il suit:

Art. 336e, 1^{er} al., let. c

¹ Après le temps d'essai, l'employeur ne peut pas résilier le contrat:

- c. Pendant la grossesse et les seize semaines qui suivent l'accouchement d'une travailleuse;

Art. 361, 1^{er} al.

¹ Il ne peut être dérogé aux dispositions ci-après par voie d'accord, contrat-type de travail ou convention collective, ni au détriment de l'employeur ni au détriment du travailleur:

...

article 336e, 1^{er} alinéa, lettres a, b et d, 2^e et 3^e alinéas, et 336f (résiliation en temps inopportun),

...

Art. 362, 1^{er} al.

¹ Il ne peut être dérogé aux dispositions ci-après par voie d'accord, contrat-type de travail ou convention collective, au détriment du travailleur:

...

¹⁾ RS 220

article 336e, 1^{er} alinéa, lettre c (résiliation en cas de grossesse et d'accouchement de la travailleuse);

2. La loi fédérale sur le régime des allocations pour perte de gain en faveur des personnes servant dans l'armée ou dans la protection civile (LAPG)¹⁾ est modifiée comme il suit:

Titre

Loi fédérale sur le régime des allocations pour perte de gain en faveur des personnes astreintes au service militaire ou à la protection civile *ainsi qu'en cas de maternité* (LAPG)

Préambule

vu les articles 22^{bis}, 6^e alinéa, 34^{ter}, 1^{er} alinéa, lettre d, 34^{quinquies}, 4^e et 5^e alinéas, 64 et 64^{bis} de la constitution,

III^{bis}. Allocation en cas de maternité

Art. 16b Droit à l'allocation

¹ Les femmes, qui lors de leur accouchement sont assurées dans l'AVS/AI, sont domiciliées et ont leur résidence habituelle en Suisse depuis neuf mois au moins, reçoivent l'allocation de ménage au sens des articles 9, 1^{er} et 3^e alinéas, et 16a. L'allocation est versée pendant le congé de maternité de seize semaines, dont huit au moins après l'accouchement.

² Le Conseil fédéral règle par voie d'ordonnance le droit aux prestations de certaines catégories de femmes qui ne l'auraient pas selon le 1^{er} alinéa.

³ En ce qui concerne les femmes qui exercent une activité lucrative, l'allocation se détermine en fonction du dernier revenu tiré de cette activité. Les femmes qui n'exercent pas d'activité lucrative reçoivent le montant minimal de l'allocation.

Art. 28a Financement de l'allocation en cas de maternité

¹ Le financement des allocations en cas de maternité a lieu sur la base des articles 26 à 28 indépendamment de celui des autres prestations versées en vertu de la présente loi. Il est créé un fonds indépendant dénommé «Fonds de compensation du régime de l'allocation en cas de maternité».

² Les cotisations perçues sur le revenu tiré d'une activité lucrative ne peuvent dépasser 0,4 pour cent. Le montant minimum exigible des personnes n'exerçant aucune activité lucrative ne peut être supérieur à 12 francs par année, le montant maximum à 400 francs par année. L'article 9^{bis} LAVS

¹⁾ RS 834.1

sur l'adaptation à l'évolution des salaires et des prix est applicable par analogie.

Art. 29a Dispositions applicables en cas de maternité

Les articles 2, 3, 17 à 22, 23, 1^{er} alinéa, 24, 25 et 29 s'appliquent par analogie à l'allocation en cas de maternité.

Art. 34, 4^e al.

⁴ Le Conseil fédéral peut au besoin édicter des dispositions spécialement applicables au régime de l'allocation en cas de maternité, qui dérogent aux autres dispositions d'exécution de la présente loi.

III

Dispositions transitoires

a. Adaptation des dispositions cantonales et des statuts des caisses au nouveau droit

¹ Le Conseil fédéral détermine la date à laquelle les cantons et les communes doivent avoir modifié leurs dispositions d'exécution et les avoir soumises, lorsque la loi le requiert, à son approbation.

² Lorsqu'il n'est pas possible d'édicter à temps les dispositions définitives, l'autorité cantonale ou communale d'exécution peut arrêter une réglementation provisoire.

³ Le Conseil fédéral détermine la date à laquelle les caisses et les fédérations de réassurance doivent avoir modifié leurs statuts et règlements. A partir de cette date, toutes les caisses allouent leurs prestations selon le nouveau droit et reprennent, à la demande de l'assuré, le versement de celles qui sont échues en vertu de l'ancien droit, mais continueraient d'être exigibles selon le nouveau. Les prestations dues au titre d'une ancienne assurance pour indemnité journalière, qui sont exigibles lors du passage aux nouveaux statuts et règlements continuent, pendant deux ans au plus, à être allouées selon les dispositions de l'ancien droit relatives à la durée des prestations.

b. Traitements dans un établissement hospitalier

A partir de la date fixée par le Conseil fédéral, les prestations pour séjour hospitalier devront être allouées selon le nouveau droit. Avant cette date, la réglementation des taxes valable jusqu'alors s'applique sans changement aux caisses et aux établissements hospitaliers. Si elle est modifiée dans l'intervalle, elle doit être adaptée au nouveau droit. Les établissements hospitaliers doivent introduire la comptabilité analytique et la statistique de leurs

prestations conformément à l'article 22^{quinquies}, 5^e alinéa, au plus tard lors de l'application de la nouvelle réglementation des taxes.

c. Assurances complémentaires pour frais hospitaliers

¹ Les assurés peuvent, dans l'année qui suit l'entrée en vigueur de la modification du 20 mars 1987 de la présente loi, adapter au nouveau droit leurs assurances complémentaires pour frais hospitaliers. Si cette adaptation n'étend pas la protection garantie par l'assurance existante, les caisses ne peuvent imposer de nouvelles réserves.

² Les caisses informent les assurés de ce droit dans les six mois qui suivent l'entrée en vigueur de la modification du 20 mars 1987 de la présente loi. Si une caisse omet de le faire, l'assuré peut réclamer, pendant deux ans, l'adaptation rétroactive de son assurance complémentaire au nouveau droit.

d. Subsides fédéraux alloués au cours des trois premières années qui suivent l'entrée en vigueur

¹ Les subsides fédéraux sont versés l'année qui suit celle de leur octroi.

² Dans l'année où la modification du 20 mars 1987 de la présente loi entre en vigueur, la Confédération verse intégralement aux caisses et aux fédérations de réassurance le solde du subside accordé selon l'ancien droit et dû pour l'année précédente. Elle leur alloue en outre un subside complémentaire de manière que la somme dépensée de la subvention atteigne au total 1006 millions de francs.

³ Le subside fédéral alloué en vertu de l'article 38^{bis}, 2^e alinéa, s'élève à 749 millions de francs pour 1989.

De ce montant sont versés:

	Millions de francs
En vertu de:	
l'article 35	150
l'article 36 ^{bis}	489
l'article 37, 1 ^{er} alinéa	90
l'article 38, 3 ^e alinéa	20

⁴ Le subside fédéral alloué en vertu de l'article 38^{bis}, 2^e alinéa, s'élève à 785 millions de francs pour 1990.

De ce montant sont versés:

	Millions de francs
En vertu de:	
l'article 35	150
l'article 36 ^{bis}	525
l'article 37, 1 ^{er} alinéa	90
l'article 38, 3 ^e alinéa	20

e. Entrée en vigueur de l'article 38^{ter}

Le Conseil fédéral mettra l'article 38^{ter} en vigueur dès que la mise en œuvre du premier train de mesures au titre de la nouvelle répartition des tâches

entre la Confédération et les cantons aura déchargé de manière appropriée les cantons dans d'autres domaines.

IV

Référendum et entrée en vigueur

¹ La présente loi est sujette au référendum facultatif.

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

Conseil national, 20 mars 1987

Le président: Cevey

Le secrétaire: Koehler

Conseil des Etats, 20 mars 1987

Le président: Dobler

La secrétaire: Huber

Date de publication: 31 mars 1987¹⁾

Délai d'opposition: 29 juin 1987

26862

Loi fédérale sur l'assurance-maladie Modification du 20 mars 1987

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1987
Année	
Anno	
Band	1
Volume	
Volume	
Heft	12
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	---
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	31.03.1987
Date	
Data	
Seite	971-992
Page	
Pagina	
Ref. No	10 105 044

Das Dokument wurde durch das Schweizerische Bundesarchiv digitalisiert.

Le document a été digitalisé par les Archives Fédérales Suisses.

Il documento è stato digitalizzato dell'Archivio federale svizzero.