

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

du 18 mars 1994

*L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,
vu l'article 34^{bis} de la constitution;
vu le message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991¹⁾,
arrête:*

Titre premier: Dispositions générales

Article premier Champ d'application

¹ La présente loi régit l'assurance-maladie sociale. Celle-ci comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières.

² L'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas:

- a. de maladie;
- b. d'accident, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge;
- c. de maternité.

Art. 2 Définitions

¹ Par maladie, on entend toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

² Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale.

³ La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui s'ensuit pour la mère.

¹⁾ FF 1992 I 77

Titre 2: Assurance obligatoire des soins

Chapitre premier: Obligation de s'assurer

Section 1: Dispositions générales

Art. 3 Personnes tenues de s'assurer

¹ Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse.

² Le Conseil fédéral peut excepter de l'assurance obligatoire certaines catégories de personnes, notamment les employés d'organisations internationales et d'Etats étrangers.

³ Il peut étendre l'obligation de s'assurer à des personnes qui n'ont pas de domicile en Suisse, en particulier celles qui:

- a. exercent une activité en Suisse ou y séjournent de façon prolongée;
- b. sont occupées à l'étranger par une entreprise ayant un siège en Suisse.

Art. 4 Choix de l'assureur

¹ Les personnes tenues de s'assurer choisissent librement parmi les assureurs désignés à l'article 11.

² Les assureurs doivent, dans les limites de leur rayon d'activité territorial, accepter toute personne tenue de s'assurer.

Art. 5 Début et fin de la couverture d'assurance

¹ Lorsque l'affiliation a lieu dans les délais prévus à l'article 3, 1^{er} alinéa, l'assurance déploie ses effets dès la naissance ou la prise de domicile en Suisse. Le Conseil fédéral fixe le début de la couverture d'assurance pour les personnes désignées à l'article 3, 3^e alinéa.

² En cas d'affiliation tardive, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation. L'assuré doit verser un supplément de prime si le retard n'est pas excusable. Le Conseil fédéral fixe, à cette fin, des taux indicatifs en tenant compte du niveau des primes au lieu de résidence de l'assuré et de la durée du retard. Si le paiement du supplément de prime met l'assuré dans la gêne, l'assureur réduit ce montant en tenant compte équitablement de la situation de l'assuré et des circonstances du retard.

³ La couverture d'assurance prend fin lorsque l'assuré cesse d'être soumis à l'obligation de s'assurer.

Art. 6 Contrôle et affiliation d'office

¹ Les cantons veillent au respect de l'obligation de s'assurer.

² L'autorité désignée par le canton affilié d'office toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile.

Art. 7 Changement d'assureur

¹ L'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile.

² En cas d'augmentation de la prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois dès la communication de l'augmentation. Les assureurs doivent annoncer les augmentations de primes au moins deux mois à l'avance et signaler le droit de changer d'assureur.

³ Si l'assuré doit changer d'assureur parce qu'il change de résidence ou d'emploi, l'affiliation prend fin au moment du changement de résidence ou de la prise d'emploi auprès d'un nouvel employeur.

⁴ L'affiliation prend fin avec le retrait de l'autorisation de pratiquer conformément à l'article 13, lorsque l'assureur cesse, volontairement ou par décision administrative, de pratiquer l'assurance-maladie sociale.

⁵ L'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. Si le nouvel assureur omet de faire cette communication, il doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime. Dès réception de la communication, l'ancien assureur informe l'intéressé de la date à partir de laquelle il ne l'assure plus.

Section 2: Suspension de la couverture des accidents

Art. 8 Principe

¹ La couverture des accidents peut être suspendue tant que l'assuré est entièrement couvert pour ce risque, à titre obligatoire, en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA)¹⁾. L'assureur procède à la suspension lorsque l'assuré lui en fait la demande et apporte la preuve qu'il est entièrement assuré conformément à la LAA. Il réduit la prime en conséquence.

² Les accidents sont couverts en vertu de la présente loi dès que la couverture au sens de la LAA cesse totalement ou en partie.

³ L'assurance-maladie sociale prend en charge les coûts des suites d'accidents qu'elle assurait avant la suspension de la couverture.

Art. 9 Information de l'assuré

Lors de l'affiliation à l'assurance-maladie sociale, l'assureur doit, par écrit, attirer l'attention de l'assuré sur la possibilité de présenter une demande au sens de l'article 8.

¹⁾ RS 832.20

Art. 10 Fin de la suspension; procédure

¹ L'employeur informe par écrit la personne qui quitte son emploi ou cesse d'être assurée contre les accidents non professionnels au sens de la LAA qu'elle doit le signaler à son assureur au sens de la présente loi. La même obligation incombe à l'assurance-chômage lorsque le droit aux prestations de cette institution expire sans que l'intéressé prenne un nouvel emploi.

² Si l'assuré n'a pas rempli son obligation conformément au 1^{er} alinéa, l'assureur peut exiger le paiement de la part de la prime correspondant à la couverture de l'accident, y compris les intérêts moratoires, pour la période allant de la fin de la couverture au sens de la LAA jusqu'au moment où il en a eu connaissance. Lorsque l'employeur ou l'assurance-chômage n'ont pas rempli leur obligation conformément à l'alinéa premier, l'assureur peut faire valoir les mêmes prétentions à leur égard.

Chapitre 2: Organisation

Section 1: Assureurs

Art. 11 Catégories d'assureurs

L'assurance obligatoire des soins est gérée par:

- a. les caisses-maladie au sens de l'article 12;
- b. les institutions d'assurance privées soumises à la loi du 23 juin 1978¹⁾ sur la surveillance des assurances (LSA) pratiquant l'assurance-maladie et bénéficiant de l'autorisation prévue à l'article 13.

Art. 12 Caisses-maladie

¹ Les caisses-maladie sont des personnes juridiques de droit privé ou public sans but lucratif qui gèrent principalement l'assurance-maladie sociale et qui sont reconnues par le Département fédéral de l'intérieur (département).

² Les caisses-maladie ont le droit de pratiquer, en plus de l'assurance-maladie sociale au sens de la présente loi, des assurances complémentaires; elles peuvent également pratiquer d'autres branches d'assurance, aux conditions et dans les limites fixées par le Conseil fédéral.

³ Les assurances désignées au 2^e alinéa sont régies par la loi sur le contrat d'assurance (LCA)²⁾.

⁴ Les caisses-maladie ayant un nombre minimal d'assurés fixé par le Conseil fédéral peuvent aussi pratiquer la réassurance au sens de l'article 14.

¹⁾ RS 961.01

²⁾ RS 221.229.1

Art. 13 Autorisation de pratiquer

¹ Le département autorise les institutions d'assurance qui satisfont aux exigences de la présente loi (assureurs) à pratiquer l'assurance-maladie sociale. L'Office fédéral des assurances sociales (office) publie la liste des assureurs.

² Les assureurs doivent remplir en particulier les conditions suivantes:

- a. pratiquer l'assurance-maladie sociale selon le principe de la mutualité, garantir l'égalité de traitement des assurés et n'affecter qu'à des buts d'assurance-maladie sociale les ressources provenant de celle-ci;
- b. disposer d'une organisation et pratiquer une gestion qui garantissent le respect des dispositions légales;
- c. être en mesure de remplir leurs obligations financières en tout temps;
- d. pratiquer également l'assurance individuelle d'indemnités journalières conformément à la présente loi;
- e. avoir un siège en Suisse.

³ Le département retire l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale si l'assureur en fait la demande ou s'il ne remplit plus les conditions légales. Ce faisant, il veille à ce que le retrait ne porte effet qu'au moment où tous les assurés auront été repris par d'autres assureurs.

Art. 14 Réassurance

¹ Les assureurs peuvent faire réassurer par contrat les prestations qu'ils allouent en vertu de la présente loi.

² Les réassureurs doivent bénéficier d'une autorisation du département. L'article 13 s'applique par analogie à l'octroi de cette autorisation.

³ Le Conseil fédéral fixe la part minimale des prestations que les assureurs doivent prendre eux-mêmes en charge.

Art. 15 Responsabilité

Les assurés ne répondent pas des obligations des assureurs.

Art. 16 Renseignements et conseils

Les assureurs sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations et de les conseiller.

Art. 17 Exonération d'impôts

¹ Les assureurs sont exonérés des impôts directs de la Confédération, des cantons et des communes, de même que des impôts cantonaux et communaux sur les successions et les donations, dans la mesure où leurs ressources et leur fortune servent exclusivement à l'application de l'assurance-maladie sociale ainsi qu'au versement de prestations ou à la garantie de celles-ci.

² Sont également exonérés des taxes et des émoluments de droit public, les documents concernant l'assurance-maladie sociale, utilisés dans les relations avec les assurés et les tiers ou avec d'autres organisations. La perception des primes de l'assurance-maladie sociale n'est pas soumise au droit fédéral de timbre sur les quittances de primes.

³ Le Tribunal fédéral statue sur les litiges relatifs à l'application de cet article.

Section 2: Institution commune

Art. 18

¹ Les assureurs créent une institution commune sous la forme d'une fondation. L'acte de fondation et les règlements de l'institution sont soumis à l'approbation du département. Le Conseil fédéral crée l'institution commune si les assureurs ne l'ont pas fait. Il édicte les prescriptions nécessaires si les assureurs ne peuvent s'entendre sur la gestion de l'institution.

² L'institution commune prend en charge les coûts afférents aux prestations légales en lieu et place des assureurs insolvables.

³ Le Conseil fédéral peut confier à l'institution d'autres tâches, notamment afin de remplir des engagements internationaux.

⁴ Les assureurs peuvent convenir de lui confier certaines tâches d'intérêt commun, notamment dans les domaines administratif et technique.

⁵ Pour financer les tâches de l'institution conformément aux 2^e et 4^e alinéas, les assureurs doivent lui verser des contributions à la charge de l'assurance-maladie sociale. Le montant de ces contributions est fixé par les règlements de l'institution.

⁶ Le Conseil fédéral règle le financement des tâches confiées à l'institution commune en application du 3^e alinéa.

⁷ L'institution commune tient des comptes distincts pour chacune de ses tâches. Elle bénéficie de la même exonération d'impôts que les assureurs (art. 17).

Section 3: Promotion de la santé

Art. 19 Promotion de la prévention des maladies

¹ Les assureurs encouragent la prévention des maladies.

² Ils gèrent en commun et avec les cantons une institution dont le but est de stimuler, coordonner et évaluer des mesures destinées à promouvoir la santé et à prévenir les maladies. Le Conseil fédéral crée l'institution si les assureurs et les cantons ne l'ont pas fait.

³ L'organe directeur de l'institution est composé de représentants des assureurs, des cantons, de la CNA, de la Confédération, des médecins, des milieux scientifiques ainsi que des organisations spécialisées dans le domaine de la prévention.

Art. 20 Financement, surveillance

¹ Une contribution annuelle pour la prévention générale des maladies est perçue de chaque assuré obligatoire au sens de la présente loi.

² Le Conseil fédéral fixe la contribution sur proposition de l'institution.

³ Le Conseil fédéral surveille l'activité de l'institution. Les budgets, les comptes et le rapport d'activité sont présentés pour approbation à l'office.

Section 4: Surveillance et statistiques

Art. 21 Surveillance

¹ Les assureurs et l'institution commune sont placés sous la surveillance du Conseil fédéral.

² Le Conseil fédéral veille à l'application uniforme de la présente loi et règle notamment la répartition des compétences.

³ La surveillance de la pratique des assurances désignées à l'article 12, 2^e alinéa, est de la compétence de l'Office fédéral des assurances privées conformément à la législation sur les institutions d'assurances privées.

⁴ L'Office fédéral des assurances sociales peut adresser aux assureurs des instructions pour l'application uniforme du droit fédéral, requérir tous les renseignements et les documents nécessaires et procéder à des inspections. Les assureurs doivent lui communiquer leurs rapports et leurs comptes annuels.

⁵ Si un assureur enfreint les prescriptions légales, l'Office fédéral des assurances sociales peut, selon la nature et la gravité des manquements:

- a. prendre, aux frais de l'assureur, les mesures propres à rétablir l'ordre légal;
- b. proposer au département de retirer l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale.

⁶ Les dispositions spéciales sur la surveillance des institutions d'assurance privées sont réservées.

Art. 22 Contrôle des frais d'administration

¹ Les assureurs doivent limiter les frais d'administration de l'assurance-maladie sociale aux exigences d'une gestion économique.

² Le Conseil fédéral peut édicter des dispositions pour limiter les frais administratifs. A cette fin, il se réfère, en particulier, à l'évolution générale des prix et des salaires.

Art. 23 Statistiques

¹ Le Conseil fédéral règle l'établissement, l'analyse et la publication des statistiques que requiert l'application de la présente loi, ainsi que l'accès aux données récoltées. Ce faisant, il veille au respect de la protection de la personnalité.

² Les assureurs, les autorités fédérales et les autorités cantonales participent à l'établissement des statistiques. Le Conseil fédéral peut étendre cette obligation à d'autres personnes ou organisations après les avoir consultées.

Chapitre 3: Prestations

Section 1: Catalogue

Art. 24 Principe

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux articles 25 à 31 en tenant compte des conditions des articles 32 à 34.

Art. 25 Prestations générales en cas de maladie

¹ L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.

² Ces prestations comprennent:

- a. les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par:
 1. des médecins,
 2. des chiropraticiens,
 3. des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical;
- b. les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien;
- c. une participation aux frais des cures balnéaires prescrites par un médecin;
- d. les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin;
- e. le séjour en division commune d'un hôpital;
- f. le séjour dans une institution prodiguant des soins semi-hospitaliers;
- g. une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage.

Art. 26 Mesures de prévention

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts de certains examens destinés à détecter à temps les maladies ainsi que des mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés. Ces examens ou mesures préventives sont effectués ou prescrits par un médecin.

Art. 27 Infirmité congénitale

En cas d'infirmité congénitale non couverte par l'assurance-invalidité, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie.

Art. 28 Accident

En cas d'accident au sens de l'article premier, 2^e alinéa, lettre b, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie.

Art. 29 Maternité

¹ L'assurance obligatoire des soins prend en charge, en plus des coûts des mêmes prestations que pour la maladie, ceux des prestations spécifiques de maternité.

² Ces prestations comprennent:

- a. les examens de contrôle, effectués par un médecin ou une sage-femme ou prescrits par un médecin, pendant et après la grossesse;
- b. l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une institution de soins semi-hospitaliers ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme;
- c. les conseils nécessaires en cas d'allaitement.

Art. 30 Interruption non punissable de la grossesse

En cas d'interruption non punissable de la grossesse au sens de l'article 120 du code pénal¹⁾, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations que pour la maladie.

Art. 31 Soins dentaires

¹ L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires:

- a. s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication, ou
- b. s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles, ou
- c. s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles.

² Elle prend aussi en charge les coûts du traitement de lésions du système de la mastication causées par un accident selon l'article 1^{er}, 2^e alinéa, lettre b.

Section 2: Conditions et étendue de la prise en charge des coûts

Art. 32 Conditions

¹ Les prestations mentionnées aux articles 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques.

² L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement.

Art. 33 Désignation des prestations

¹ Le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien, dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions.

² Il désigne en détail les autres prestations prévues à l'article 25, 2^e alinéa, qui ne sont pas fournies par un médecin ou un chiropraticien ainsi que les prestations prévues aux articles 26, 29, 2^e alinéa, lettres a et c, et 31, 1^{er} alinéa.

³ Il détermine dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'une prestation, nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation.

⁴ Il nomme des commissions qui le conseillent afin de désigner les prestations. Il veille à la coordination des travaux des commissions précitées.

⁵ Il peut déléguer au département ou à l'office les compétences énumérées aux 1^{er} à 3^e alinéas.

Art. 34 Etendue

¹ Au titre de l'assurance obligatoire des soins, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux articles 25 à 33.

² Le Conseil fédéral peut décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues aux articles 25, 2^e alinéa, ou 29 fournies à l'étranger pour des raisons médicales. Il peut désigner les cas où l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'accouchements à l'étranger pour des raisons autres que médicales. Il peut limiter la prise en charge des coûts des prestations fournies à l'étranger.

Chapitre 4: Fournisseurs de prestations

Section 1: Admission

Art. 35 Principe

¹ Sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins les fournisseurs de prestations qui remplissent les conditions des articles 36 à 40.

² Ces fournisseurs de prestations sont:

- a. les médecins;
- b. les pharmaciens;
- c. les chiropraticiens;
- d. les sages-femmes;
- e. les personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical ainsi que les organisations qui les emploient;
- f. les laboratoires;

- g. les centres de remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques;
- h. les hôpitaux;
- i. les institutions de soins semi-hospitaliers;
- k. les établissements médico-sociaux;
- l. les établissements de cure balnéaire.

Art. 36 Médecins

¹ Sont admis les médecins titulaires du diplôme fédéral et d'une formation postgraduée reconnue par le Conseil fédéral.

² Le Conseil fédéral règle l'admission des médecins titulaires d'un certificat scientifique équivalent.

³ Les dentistes sont assimilés aux médecins pour les prestations prévues à l'article 31.

Art. 37 Pharmaciens

¹ Sont admis les pharmaciens titulaires du diplôme fédéral et d'une formation postgraduée reconnue par le Conseil fédéral.

² Le Conseil fédéral règle l'admission des pharmaciens titulaires d'un certificat scientifique équivalent.

³ Les cantons fixent les conditions auxquelles les médecins autorisés à tenir une pharmacie sont assimilés aux pharmaciens. Ils tiennent compte en particulier des possibilités d'accès des patients à une pharmacie.

Art. 38 Autres fournisseurs de prestations

Le Conseil fédéral règle l'admission des fournisseurs de prestations énumérés à l'article 35, 2^e alinéa, lettres c à g. Il consulte au préalable les cantons et les organisations intéressées.

Art. 39 Hôpitaux et autres institutions

¹ Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils:

- a. garantissent une assistance médicale suffisante;
- b. disposent du personnel qualifié nécessaire;
- c. disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments;
- d. correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate;

e. figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats.

² Les conditions fixées au 1^{er} alinéa, lettres a à c, s'appliquent par analogie aux établissements, aux institutions et à leurs divisions qui prodiguent des soins semi-hospitaliers.

³ Les conditions fixées au 1^{er} alinéa s'appliquent par analogie aux établissements, aux institutions et à leurs divisions qui prodiguent des soins, une assistance médicale ainsi que des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médico-sociaux).

Art. 40 Etablissements de cure balnéaire

¹ Les établissements de cure balnéaire sont admis s'ils sont reconnus par le département.

² Le Conseil fédéral fixe les conditions que ces établissements doivent remplir en ce qui concerne la direction médicale, la dotation en personnel soignant qualifié, les traitements et les sources thermales.

Section 2:

Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des coûts

Art. 41

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

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

- a. au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs, s'il s'agit d'un traitement ambulatoire;
- b. dans le canton où réside l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier ou semi-hospitalier, ou dans un hôpital en dehors de ce canton qui figure sur la liste dressée, par le canton où réside l'assuré, en application de l'article 39, 1^{er} alinéa, lettre e.

³ Si, pour des raisons médicales, l'assuré recourt aux services d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics situé hors de son canton de résidence, ce canton prend en charge la différence entre les coûts facturés et les tarifs que l'hôpital applique aux résidents du canton. Dans ce cas, l'article 79 est applicable

par analogie et confère un droit de recours au canton de résidence de l'assuré. Le Conseil fédéral règle les détails.

⁴ L'assuré peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses (art. 62, 1^{er} et 3^e al.). L'assureur ne prend en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs; le 2^e alinéa est applicable par analogie. Les prestations que la loi rend obligatoires sont en tout cas garanties.

Section 3: Débiteur de la rémunération; facturation

Art. 42

¹ Sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré a, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant).

² Assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant).

³ Le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires pour qu'il puisse vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Dans le système du tiers payant, l'assuré reçoit une copie de la facture qui a été adressée à l'assureur. Le Conseil fédéral règle les détails.

⁴ L'assureur peut exiger un diagnostic précis ou des renseignements supplémentaires d'ordre médical.

⁵ Le fournisseur de prestations est fondé lorsque les circonstances l'exigent, ou astreint dans tous les cas, si l'assuré le demande, à ne fournir les indications d'ordre médical qu'au médecin-conseil de l'assureur, conformément à l'article 57.

Section 4: Tarifs et prix

Art. 43 Principe

¹ Les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix.

² Le tarif est une base de calcul de la rémunération; il peut notamment:

- a. se fonder sur le temps consacré à la prestation (tarif au temps consacré);
- b. attribuer des points à chacune des prestations et fixer la valeur du point (tarif à la prestation);
- c. prévoir un mode de rémunération forfaitaire (tarif forfaitaire);
- d. soumettre, à titre exceptionnel, en vue de garantir leur qualité, la rémunération de certaines prestations à des conditions supérieures à celles prévues par

les articles 36 à 40, notamment à celles qui prévoient que les fournisseurs disposent de l'infrastructure, de la formation de base, de la formation postgraduée ou de la formation continue nécessaires (exclusion tarifaire).

³ Le tarif forfaitaire peut se rapporter au traitement par patient (forfait par patient) ou aux soins par groupe d'assurés (forfait par groupe d'assurés). Les forfaits par groupe d'assurés peuvent être fixés, de manière prospective, sur la base des prestations fournies dans le passé et des besoins futurs (budget global prospectif).

⁴ Les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente. Ceux-ci veillent à ce que les conventions tarifaires soient fixées d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurées de manière appropriée. Lorsqu'il s'agit de conventions conclues entre des fédérations, les organisations qui représentent les intérêts des assurés sur le plan cantonal ou fédéral sont entendues avant la conclusion.

⁵ Les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. Si les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une structure tarifaire uniforme, le Conseil fédéral la fixe.

⁶ Les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible.

⁷ Le Conseil fédéral peut établir des principes visant à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et structurés de manière appropriée; il peut aussi établir des principes relatifs à leur adaptation. Il veille à la coordination de ces tarifs avec les régimes tarifaires des autres assurances sociales.

Art. 44 Protection tarifaire

¹ Les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente; ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la présente loi (protection tarifaire). La disposition sur la rémunération des moyens et des appareils diagnostiques ou thérapeutiques (art. 52, 1^{er} al., let. a, ch. 3) est réservée.

² Le fournisseur de prestations qui refuse de fournir des prestations conformément à la présente loi (récusation) doit l'annoncer à l'organisme désigné par le gouvernement cantonal. Il n'a aucun droit à la rémunération au sens de la présente loi. Si un assuré s'adresse à un tel fournisseur de prestations, celui-ci doit d'abord l'en informer.

Art. 45 Garantie du traitement

Si, du fait de la récusation de fournisseurs de prestations, le traitement des assurés n'est pas garanti conformément à la présente loi, le gouvernement cantonal veille

à ce qu'il le soit. Une protection tarifaire est aussi applicable dans ce cas. Le Conseil fédéral peut édicter les dispositions nécessaires.

Art. 46 Convention tarifaire

¹ Les parties à une convention tarifaire sont un ou plusieurs fournisseurs de prestations, ou fédérations de fournisseurs de prestations, d'une part, et un ou plusieurs assureurs ou fédérations d'assureurs, d'autre part.

² Si la partie à une convention est une fédération, la convention ne lie les membres de ladite fédération que s'ils ont adhéré à la convention. Les non-membres qui exercent leur activité dans le rayon conventionnel peuvent également adhérer à la convention. Celle-ci peut prévoir qu'ils doivent verser une contribution équitable aux frais causés par sa conclusion et son exécution. Elle règle les modalités des déclarations d'adhésion ou de retrait, et leur publication.

³ Ne sont pas admises et donc nulles en particulier les mesures suivantes, qu'elles soient contenues dans une convention tarifaire, dans un contrat séparé ou dans un accord, lorsqu'elles prévoient:

- a. l'interdiction faite aux membres de groupements de conclure des contrats séparés;
- b. l'obligation faite aux membres de groupements d'adhérer aux accords existants;
- c. l'interdiction de concurrence entre les membres;
- d. des clauses d'exclusivité et celles qui interdisent tout traitement de faveur.

⁴ La convention tarifaire doit être approuvée par le gouvernement cantonal compétent ou, si sa validité s'étend à toute la Suisse, par le Conseil fédéral. L'autorité d'approbation vérifie que la convention est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie.

⁵ Le délai de dénonciation ou de retrait d'une convention tarifaire selon le 2^e alinéa est d'au moins six mois.

Art. 47 Absence de convention tarifaire

¹ Si aucune convention tarifaire ne peut être conclue entre les fournisseurs de prestations et les assureurs, le gouvernement cantonal fixe le tarif, après avoir consulté les intéressés.

² S'il n'existe aucune convention tarifaire pour le traitement ambulatoire d'un assuré hors de son lieu de résidence, de son lieu de travail ou des environs, ou encore pour le traitement hospitalier ou semi-hospitalier d'un assuré hors de son canton de résidence, le gouvernement du canton où le fournisseur de prestations est installé à titre permanent fixe le tarif.

³ Lorsque les fournisseurs de prestations et les assureurs ne parviennent pas à s'entendre sur le renouvellement d'une convention tarifaire, le gouvernement cantonal peut la prolonger d'une année. Si aucune convention n'est conclue dans ce délai, il fixe le tarif après avoir consulté les intéressés.

Art. 48 Conventions tarifaires avec les associations de médecins

¹ Lors de l'approbation d'une convention tarifaire avec une ou plusieurs associations de médecins, l'autorité d'approbation (art. 46, 4^e al.) fixe, après avoir consulté les parties à la convention, un tarif-cadre dont les taxes minimales sont inférieures et les taxes maximales supérieures à celles du tarif conventionnel approuvé.

² Le tarif-cadre entre en vigueur à l'expiration de la convention tarifaire. Une année après l'expiration de la convention, l'autorité d'approbation peut fixer un nouveau tarif-cadre sans tenir compte du tarif conventionnel antérieur.

³ Lorsque d'emblée aucune convention tarifaire ne peut être conclue avec une association de médecins, l'autorité d'approbation peut, à la demande des parties, fixer un tarif-cadre.

⁴ Le tarif-cadre est abrogé pour les parties qui ont conclu une nouvelle convention tarifaire dès l'approbation de celle-ci.

Art. 49 Conventions tarifaires avec les hôpitaux

¹ Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital (art. 39, 1^{er} al.), les parties à une convention conviennent de forfaits. Pour les habitants du canton, ces forfaits couvrent au maximum, par patient ou par groupe d'assurés, 50 pour cent des coûts imputables dans la division commune d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Les coûts imputables sont établis lors de la conclusion de la convention. La part des frais d'exploitation résultant d'une surcapacité, les frais d'investissement et les frais de formation et de recherche ne sont pas pris en compte.

² Les parties à une convention peuvent prévoir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne soient pas comprises dans le forfait, mais facturées séparément. Pour ces prestations, elles peuvent prendre en compte, pour les habitants du canton, les coûts imputables à raison d'au maximum 50 pour cent, s'agissant d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics.

³ En cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital en vertu des 1^{er} et 2^e alinéas, tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier. Si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'article 50 est applicable.

⁴ La rémunération au sens des 1^{er} à 3^e alinéas épuise toutes les prétentions de l'hôpital pour la division commune.

⁵ Les partenaires tarifaires conviennent de la rémunération du traitement ambulatoire et du séjour semi-hospitalier à l'hôpital.

⁶ Les hôpitaux calculent leurs coûts et classent leurs prestations selon une méthode uniforme; ils tiennent, à cet effet, une comptabilité analytique ainsi qu'une statistique de leurs prestations. Les gouvernements cantonaux et les

partenaires tarifaires peuvent consulter les pièces. Le Conseil fédéral édicte les dispositions d'exécution à cet effet.

⁷ Les gouvernements cantonaux et, au besoin, le Conseil fédéral font procéder à la comparaison des frais d'exploitation entre hôpitaux. Les cantons et les hôpitaux doivent fournir les pièces nécessaires à cet effet. Si la comparaison montre que les coûts d'un hôpital se situent nettement au-dessus des coûts d'hôpitaux comparables ou si les pièces présentées par un hôpital sont insuffisantes, les assureurs peuvent dénoncer la convention prévue au 5^e alinéa de l'article 46 et demander à l'autorité qui approuve (art. 46, 4^e al.) de réduire les tarifs dans une juste mesure.

Art. 50 Conventions tarifaires avec les établissements médico-sociaux

En cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 39, 3^e al.), l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire et pour les soins à domicile. Il peut toutefois convenir, avec l'établissement médico-social, d'un mode de rémunération forfaitaire. Les 6^e et 7^e alinéas de l'article 49 sont applicables par analogie.

Art. 51 Budget global des hôpitaux et établissements médico-sociaux

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

² Le canton consulte au préalable les fournisseurs de prestations et les assureurs.

Art. 52 Analyses et médicaments; moyens et appareils

¹ Après avoir consulté les commissions compétentes et conformément aux principes des articles 32, 1^{er} alinéa, et 43, 6^e alinéa:

- a. le département édicte:
 1. une liste des analyses avec tarif;
 2. une liste avec tarif des produits et des substances actives et auxiliaires employés pour la prescription magistrale; le tarif comprend aussi les prestations du pharmacien;
 3. des dispositions sur l'obligation de prise en charge et l'étendue de la rémunération des moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques;
- b. l'office établit une liste, avec prix, des préparations pharmaceutiques et des médicaments confectionnés (liste des spécialités). Celle-ci doit également comprendre les génériques meilleur marché qui sont interchangeables avec les préparations originales.

² En matière d'infirmités congénitales, les mesures thérapeutiques du catalogue des prestations de l'assurance invalidité sont reprises dans les dispositions et listes établies en vertu de l'alinéa premier.

³ Les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques peuvent être facturés au plus d'après les tarifs, prix et taux de rémunération au sens du 1^{er} alinéa. Le Conseil fédéral désigne les analyses effectuées au cabinet du médecin pour lesquelles le tarif peut être fixé d'après les articles 46 et 48.

Art. 53 Recours au Conseil fédéral

¹ Les décisions des gouvernements cantonaux au sens des articles 39, 45, 46, 4^e alinéa, 47, 48, 1^{er} à 3^e alinéas, 49, 7^e alinéa, 51, 54 et 55 peuvent faire l'objet d'un recours au Conseil fédéral.

² La procédure de recours est régie par la loi fédérale sur la procédure administrative¹⁾.

³ Le Conseil fédéral statue sur les recours dans un délai de quatre mois au plus. Ce délai peut être dépassé, pour des motifs impératifs, de quatre mois au plus.

Section 5: Mesures extraordinaires de maîtrise des coûts

Art. 54 Etablissement d'un budget global par les autorités d'approbation

¹ Les assureurs peuvent demander au canton, en tant que mesure extraordinaire et temporaire pour limiter une augmentation des coûts au-dessus de la moyenne, de fixer un montant global (budget global) pour le financement des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux.

² Le canton doit se prononcer sur l'entrée en matière dans un délai de trois mois à partir du dépôt de la requête. Il consulte au préalable les institutions et les assureurs.

Art. 55 Etablissement des tarifs par les autorités d'approbation

¹ Lorsque, pour les traitements ambulatoires ou hospitaliers, les frais moyens par assuré et par année dans l'assurance de soins obligatoire augmentent au moins deux fois plus que la moyenne de l'évolution générale des prix et des salaires, l'autorité compétente peut ordonner que les tarifs ou les prix de l'ensemble ou d'une partie des prestations ne doivent plus être augmentés, aussi longtemps que la différence relative du taux annuel de croissance est de plus de 50 pour cent comparée à l'évolution générale des prix et des salaires.

² Ces autorités sont:

- a. le Conseil fédéral s'agissant de conventions tarifaires approuvées par lui en vertu de l'article 46, 4^e alinéa;
- b. le département s'agissant de tarifs ou de prix d'après l'article 52, 1^{er} alinéa, lettre a, chiffres 1 et 2, ainsi que lettre b;
- c. le gouvernement cantonal s'agissant de conventions tarifaires approuvées par lui en vertu de l'article 46, 4^e alinéa.

¹⁾ RS 172.021

Section 6:

Contrôle du caractère économique et de la qualité des prestations

Art. 56 Caractère économique des prestations

¹ Le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement.

² La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée. Le fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes reçues à tort au sens de la présente loi. Ont qualité pour demander la restitution:

- a. l'assuré ou, conformément à l'article 89, 3^e alinéa, l'assureur dans le système du tiers garant (art. 42, 1^{er} al.);
- b. l'assureur dans le système du tiers payant (art. 42, 2^e al.).

³ Le fournisseur de prestations doit répercuter sur le débiteur de la rémunération les avantages directs ou indirects qu'il perçoit:

- a. d'un autre fournisseur de prestations agissant sur son mandat;
- b. de personnes ou d'institutions qui fournissent des médicaments ou des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques.

⁴ Si le fournisseur de prestations ne répercute pas cet avantage, l'assuré ou l'assureur peut en exiger la restitution.

⁵ Les fournisseurs de prestations et les assureurs prévoient dans les conventions tarifaires des mesures destinées à garantir le caractère économique des prestations. Ils veillent en particulier à éviter une répétition inutile d'actes diagnostiques lorsqu'un assuré consulte plusieurs fournisseurs de prestations.

Art. 57 Médecins-conseils

¹ Après avoir consulté les sociétés médicales cantonales, les assureurs ou leurs fédérations désignent des médecins-conseils. Ceux-ci doivent satisfaire aux conditions d'admission prévues à l'article 36 et avoir pratiqué dans un cabinet médical ou exercé une fonction dirigeante dans un hôpital pendant cinq ans au moins.

² Les médecins-conseils appelés à exercer dans toute la Suisse doivent être désignés avec l'accord de la société médicale du canton dans lequel l'assureur a son siège principal ou dans lequel la fédération d'assureurs a son siège.

³ Une société médicale cantonale peut récuser un médecin-conseil pour de justes motifs; dans ce cas, le tribunal arbitral au sens de l'article 89 statue.

⁴ Le médecin-conseil donne son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs. Il examine en particulier si les conditions de prise en charge d'une prestation sont remplies.

⁵ Le médecin-conseil évalue les cas en toute indépendance. Ni l'assureur ni le fournisseur de prestations ni leurs fédérations ne peuvent lui donner de directives.

⁶ Les fournisseurs de prestations doivent donner aux médecins-conseils les indications dont ils ont besoin pour remplir leurs tâches selon le 4^e alinéa. S'il n'est pas possible d'obtenir ces informations par un autre moyen, le médecin-conseil peut examiner lui-même l'assuré; il doit en informer préalablement le médecin traitant et lui communiquer le résultat de l'examen. Si les circonstances le justifient, l'assuré peut toutefois exiger que l'examen soit effectué par un médecin autre que le médecin-conseil. Lorsque l'assuré et l'assureur ne peuvent s'entendre, le tribunal arbitral au sens de l'article 89 tranche.

⁷ Les médecins-conseils ne transmettent aux organes compétents des assureurs que les indications dont ceux-ci ont besoin pour décider de la prise en charge d'une prestation, pour fixer la rémunération ou motiver une décision. Ce faisant, ils respectent les droits de la personnalité des assurés.

⁸ Les associations faîtières suisses de médecins et d'assureurs règlent la transmission des indications au sens du 7^e alinéa, la formation continue et le statut des médecins-conseils. Si elles ne peuvent s'entendre, le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires.

Art. 58 Garantie de la qualité

¹ Après avoir consulté les organisations intéressées, le Conseil fédéral peut prévoir des contrôles scientifiques et systématiques pour garantir la qualité ou l'adéquation des prestations que l'assurance obligatoire des soins prend en charge.

² Il peut en confier l'exécution aux associations professionnelles ou à d'autres institutions.

³ Il détermine les mesures servant à garantir ou à rétablir la qualité ou l'adéquation des prestations. Il peut en particulier prévoir que:

- a. l'accord du médecin-conseil est nécessaire avant l'exécution de certaines mesures diagnostiques ou thérapeutiques, notamment celles qui sont particulièrement coûteuses;
- b. des mesures diagnostiques ou thérapeutiques particulièrement coûteuses ou difficiles ne seront prises en charge par l'assurance obligatoire des soins que lorsqu'elles sont pratiquées par des fournisseurs de prestations qualifiés en la matière. Il peut désigner ces fournisseurs de prestations.

Art. 59 Exclusion de fournisseurs de prestations

Si, pour des raisons graves, notamment en cas de manquements aux exigences des articles 56 et 58, un assureur refuse à un fournisseur de prestations d'exercer ou de poursuivre son activité conformément à la présente loi, le tribunal arbitral au sens de l'article 89 doit en décider.

Chapitre 5: Financement

Section 1: Système financier et présentation des comptes

Art. 60

¹ L'assurance obligatoire des soins est financée d'après le système de la répartition des dépenses. Les assureurs constituent des réserves suffisantes afin de supporter les coûts afférents aux maladies déjà survenues et de garantir leur solvabilité à long terme.

² Le financement doit être autonome. Les assureurs présentent séparément au bilan les provisions et les réserves destinées à l'assurance obligatoire des soins.

³ Les assureurs tiennent un compte d'exploitation distinct pour l'assurance obligatoire des soins. L'exercice comptable correspond à l'année civile. Les montants des primes et des prestations relatives aux cas de maladie et d'accidents sont indiqués séparément.

⁴ Le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires, notamment sur la tenue de la comptabilité, la présentation et le contrôle des comptes, la constitution des réserves et les placements des capitaux.

Section 2: Primes des assurés

Art. 61 Principes

¹ L'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés. Sauf disposition contraire de la présente loi, l'assureur prélève des primes égales auprès de ses assurés.

² L'assureur peut échelonner les montants des primes s'il est prouvé que les coûts diffèrent selon les cantons et les régions. Le lieu de résidence de l'assuré est déterminant. Il ne peut y avoir plus de trois échelonnements par canton.

³ Pour les assurés de moins de 18 ans révolus (enfants), l'assureur doit fixer une prime plus basse que celle des assurés plus âgés (adultes). Il est autorisé à le faire pour les assurés de moins de 25 ans révolus et qui fréquentent une école ou poursuivent des études ou un apprentissage.

⁴ Les tarifs des primes de l'assurance de soins obligatoire doivent être approuvés par le Conseil fédéral.

Art. 62 Formes particulières d'assurance

¹ L'assureur peut réduire les primes des assurances impliquant un choix limité du fournisseur de prestations d'après l'article 41, 4^e alinéa.

² Le Conseil fédéral peut autoriser la pratique d'autres formes d'assurance, notamment celles dans lesquelles:

- a. l'assuré qui consent à une participation aux coûts plus élevée que celle qui est prévue à l'article 64 bénéficie en contrepartie d'une réduction de prime;

b. le montant de la prime de l'assuré dépend de la question de savoir si, pendant une certaine période, il a bénéficié ou non de prestations.

³ Le Conseil fédéral règle en détail les formes particulières d'assurance. Il fixe, notamment en se fondant sur les besoins de l'assurance, les limites maximales des réductions de primes et les limites minimales des suppléments de primes. La compensation des risques selon l'article 105 reste dans tous les cas réservée.

Art. 63 Indemnisation de tiers

¹ Si un employeur, une association d'employeurs, une association de travailleurs ou une autorité d'assistance se charge de tâches d'exécution de l'assurance-maladie, l'assureur les indemnise de façon appropriée.

² Le Conseil fédéral fixe les limites maximales des indemnités.

Section 3: Participation aux coûts

Art. 64

¹ Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient.

² Leur participation comprend:

- a. un montant fixe par année (franchise) et
- b. 10 pour cent des coûts qui dépassent la franchise (quote-part).

³ Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise et le montant maximal annuel de la quote-part.

⁴ Pour les enfants, aucune franchise n'est exigée et le montant maximum de la quote-part est réduit de moitié. Plusieurs enfants d'une même famille, assurés par le même assureur, payent ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dus par un adulte.

⁵ En cas d'hospitalisation, les assurés versent, en outre, une contribution aux frais de séjour, échelonnée en fonction des charges de famille. Le Conseil fédéral fixe le montant de cette contribution.

⁶ Le Conseil fédéral peut:

- a. prévoir une participation aux coûts plus élevée pour certaines prestations;
- b. réduire ou supprimer la participation aux coûts des traitements de longue durée et du traitement de maladies graves;
- c. supprimer la participation aux coûts pour une assurance impliquant un choix limité d'après l'article 41, 4^e alinéa, lorsque cette participation se révèle inappropriée.

⁷ L'assureur ne peut exiger aucune participation s'il s'agit de prestations en cas de maternité.

Section 4: Réduction des primes par les subsides des pouvoirs publics

Art. 65 Réduction des primes par les cantons

¹ Les cantons accordent des réductions de primes aux assurés de condition économique modeste.

² Les réductions sont fixées de telle manière que les subsides annuels de la Confédération et des cantons au sens de l'article 66 soient en principe versés intégralement.

³ Les cantons ne peuvent contraindre les assureurs à une collaboration qui s'étende au-delà de la disposition prévue à l'article 82, 3^e alinéa.

Art. 66 Subsides de la Confédération et des cantons

¹ La Confédération accorde aux cantons des subsides annuels destinés à réduire les primes au sens de l'article 65.

² Ces subsides sont fixés par arrêté fédéral simple valable quatre ans, compte tenu de l'évolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins et de la situation financière de la Confédération.

³ Le Conseil fédéral fixe la part qui revient à chaque canton d'après sa population résidente et sa capacité financière. Il peut aussi prendre en considération la prime moyenne pour l'assurance obligatoire des soins de chaque canton.

⁴ Le Conseil fédéral fixe, selon leur capacité financière, le complément minimum que les cantons doivent apporter. L'apport global des cantons correspond, au minimum, à la moitié des subsides fédéraux.

⁵ Un canton peut diminuer de 50 pour cent au maximum la contribution à laquelle il est tenu selon le 4^e alinéa, lorsque la réduction des primes des assurés de condition économique modeste est garantie. Le subside fédéral alloué à ce canton est alors réduit dans la même mesure. Le Conseil fédéral peut édicter des dispositions à ce sujet.

Titre 3: Assurance facultative d'indemnités journalières

Art. 67 Adhésion

¹ Toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de quinze ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur au sens de l'article 68.

² Elle peut, à cet effet, choisir un autre assureur que celui de l'assurance obligatoire des soins.

³ L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective. Les assurances collectives peuvent être conclues par des:
a. employeurs, pour leurs travailleurs ou pour eux-mêmes;

- b. organisations d'employeurs ou des associations professionnelles, pour leurs membres et les travailleurs de leurs membres;
- c. organisations de travailleurs, pour leurs membres.

Art. 68 Assureurs

¹ Les assureurs au sens de l'article 11 doivent admettre, dans les limites de leur rayon d'activité territorial, toute personne en droit de s'assurer.

² Le département reconnaît aussi les caisses-maladie qui limitent leur activité à l'assurance d'indemnités journalières en faveur des membres d'une entreprise ou d'une association professionnelle, pour autant qu'elles remplissent les conditions des articles 12 et 13 qui les concernent.

³ Les articles 11 à 17 sont applicables par analogie.

Art. 69 Réserve d'assurance

¹ Les assureurs peuvent exclure de l'assurance, par une clause de réserve, les maladies existant au moment de l'admission. Il en va de même pour les maladies antérieures si, selon l'expérience, une rechute est possible.

² Les réserves sont caduques au plus tard après cinq ans. Avant l'échéance de ce délai, l'assuré peut fournir la preuve que la réserve n'est plus justifiée.

³ La réserve n'est valable que si elle est communiquée par écrit à l'assuré et qu'elle précise le début et la fin de sa validité ainsi que le type de maladie qu'elle concerne.

⁴ Les 1^{er} à 3^e alinéas sont applicables par analogie en cas d'augmentation du montant des indemnités journalières et de réduction du délai d'attente.

Art. 70 Changement d'assureur

¹ Le nouvel assureur n'a pas le droit d'instituer de nouvelles réserves si l'assuré a changé d'assureur parce que:

- a. ses rapports de travail ou la fin de ceux-ci l'exigent ou
- b. qu'il sort du rayon d'activité de son assureur antérieur ou
- c. que son assureur ne pratique plus l'assurance-maladie sociale.

² Le nouvel assureur peut maintenir en vigueur, jusqu'à l'échéance du délai initial, des réserves instaurées par l'ancien assureur.

³ L'ancien assureur doit faire en sorte que l'assuré soit renseigné par écrit sur son droit de libre passage. S'il omet de le faire, la couverture d'assurance auprès de lui subsiste. L'assuré doit faire valoir son droit au libre passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication.

⁴ Le nouvel assureur doit, sur demande de l'assuré, continuer d'assurer les indemnités journalières pour le même montant que précédemment. Il peut, à cet effet, imputer les indemnités journalières touchées auprès de l'ancien assureur sur la durée du droit aux prestations au sens de l'article 72.

Art. 71 Sortie de l'assurance collective

¹ Lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur. Si, dans l'assurance individuelle, l'assuré ne s'assure pas pour des prestations plus élevées, de nouvelles réserves ne peuvent être instituées; l'âge d'entrée déterminant dans le contrat collectif est maintenu.

² L'assureur doit faire en sorte que l'assuré soit renseigné par écrit sur son droit de passage dans l'assurance individuelle. S'il omet de le faire, l'assuré reste dans l'assurance collective. L'assuré doit faire valoir son droit de passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication.

Art. 72 Prestations

¹ L'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées. Ils peuvent limiter la couverture aux risques de la maladie et de la maternité.

² Le droit à l'indemnité journalière prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié. A défaut d'accord contraire, le droit prend naissance le troisième jour qui suit le début de la maladie. Le versement des prestations peut être différé moyennant une réduction correspondante du montant de la prime. Lorsque la naissance du droit à l'indemnité journalière est subordonnée à un délai d'attente convenu entre les parties, durant lequel l'employeur est tenu de verser le salaire, ce délai peut être déduit de la durée minimale du versement de l'indemnité journalière.

³ Les indemnités journalières doivent être versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours.

⁴ En cas d'incapacité partielle de travail, une indemnité journalière réduite en conséquence est versée pendant la durée prévue au troisième alinéa. La couverture d'assurance est maintenue pour la capacité de travail résiduelle.

⁵ Lorsque l'indemnité journalière est réduite par suite d'une surindemnisation selon l'article 78, 2^e alinéa, la personne atteinte d'une incapacité de travail a droit à l'équivalent de 720 indemnités journalières complètes. Les délais relatifs à l'octroi des indemnités journalières sont prolongés en fonction de la réduction.

Art. 73 Coordination avec l'assurance-chômage

¹ Les chômeurs atteints d'une incapacité de travail supérieure à 50 pour cent reçoivent des indemnités journalières entières et ceux qui sont atteints d'une incapacité de travail de plus de 25 pour cent, mais de 50 pour cent au maximum, des demi-indemnités journalières lorsqu'en vertu de leurs conditions d'assurance ou d'arrangements contractuels les assureurs versent, en principe, des prestations pour un même degré d'incapacité de travail.

² Les chômeurs assurés peuvent prétendre, moyennant une adaptation équitable des primes, à la transformation de leur ancienne assurance en une assurance dont les prestations sont versées dès le 31^e jour, sous garantie du montant des anciennes indemnités journalières et sans prendre en considération l'état de santé au moment de la transformation.

Art. 74 Indemnités journalières en cas de maternité

¹ En cas de grossesse et d'accouchement, les assureurs doivent verser les indemnités journalières assurées si, lors de l'accouchement, l'assurée était au bénéfice d'une assurance depuis au moins 270 jours sans interruption de plus de trois mois.

² Les indemnités journalières doivent être versées pendant 16 semaines, dont au moins 8 après l'accouchement. Elles ne peuvent être imputées sur la durée prévue à l'article 72, 3^e alinéa, et doivent être allouées même si cette durée est expirée.

Art. 75 Système financier et présentation des comptes

¹ L'assurance d'indemnités journalières est financée d'après le système de la répartition des dépenses. Les assureurs constituent des réserves suffisantes afin de supporter les coûts afférents aux maladies déjà survenues et de garantir leur solvabilité à long terme. Au surplus, les 2^e à 4^e alinéas de l'article 60 sont applicables par analogie.

² Si l'assureur applique dans l'assurance collective un tarif des primes qui diffère de celui de l'assurance individuelle, il doit tenir des comptes distincts pour l'assurance individuelle et l'assurance collective.

Art. 76 Primes des assurés

¹ L'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés. Il perçoit des primes égales s'il s'agit de prestations assurées égales.

² Si un délai d'attente est applicable au versement de l'indemnité journalière, l'assureur doit réduire les primes de manière correspondante.

³ L'assureur peut échelonner les primes d'après l'âge d'entrée et selon les régions.

⁴ L'article 61, 2^e et 4^e alinéas, est applicable par analogie.

⁵ Le Conseil fédéral peut édicter des dispositions plus détaillées sur la réduction des primes au sens du 2^e alinéa et leur échelonnement au sens du 3^e alinéa.

Art. 77 Primes de l'assurance collective

Dans l'assurance collective, les assureurs peuvent prévoir des primes qui diffèrent de celles de l'assurance individuelle. Leurs montants doivent être fixés de manière à ce que l'assurance collective soit au moins autonome.

Titre 4: Règles de coordination

Chapitre premier: Coordination des prestations

Art. 78

¹ Le Conseil fédéral règle les relations de l'assurance-maladie sociale avec les autres assurances sociales, en ce qui concerne en particulier:

- a. l'obligation d'avancer les prestations et la prise en charge subséquente des prestations avancées;
- b. l'obligation réciproque de donner des indications sur la fixation et la modification des prestations;
- c. la détermination des obligations de chaque assurance en cas de maladie et d'accident concomitants;
- d. le droit des assureurs d'attaquer des décisions touchant à l'obligation d'une autre assurance sociale de fournir des prestations.

² Il veille à ce que les prestations de l'assurance-maladie sociale ou leur concours avec celles d'autres assurances sociales ne conduisent pas à la surindemnisation des assurés ou des fournisseurs de prestations, notamment en cas d'hospitalisation.

Chapitre 2: Subrogation

Art. 79

¹ Dès la survenance de l'éventualité assurée, l'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations légales, aux droits de l'assuré contre tout tiers responsable.

² L'assureur n'a un droit de recours contre le conjoint de l'assuré, ses parents en ligne ascendante ou descendante ou les personnes qui font ménage commun avec lui uniquement s'ils ont provoqué le cas assuré intentionnellement ou par négligence grave.

³ Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur l'exercice du droit de subrogation.

Titre 5: Procédure, voies de droit, dispositions pénales

Chapitre premier: Procédure

Art. 80 Décision

¹ Lorsque l'assuré n'accepte pas une décision de l'assureur, celui-ci doit la confirmer par écrit, dans les 30 jours à compter de la demande expresse de l'assuré.

² L'assureur doit motiver la décision et indiquer les voies de recours; la notification irrégulière d'une décision ne peut entraîner aucun préjudice pour l'assuré.

³ Il ne peut subordonner la communication de sa décision à l'obligation d'épuiser la voie interne de recours qu'il a prévue.

Art. 81 Consultation du dossier

Les intéressés ont le droit de consulter le dossier. Les intérêts privés de l'assuré et de ses proches, lorsqu'ils sont dignes d'être protégés, ainsi que les intérêts publics prépondérants, doivent être sauvegardés. Le Conseil fédéral définit le cercle des intéressés et règle la procédure.

Art. 82 Entraide et assistance administrative

¹ Les autorités administratives et judiciaires de la Confédération, des cantons, des districts, des arrondissements et des communes fournissent gratuitement aux organes compétents de l'assurance-maladie sociale, à leur demande, les renseignements et documents nécessaires, pour fixer, modifier ou restituer des prestations ainsi que pour prévenir des versements indus, fixer et percevoir les primes ou exercer une action récursoire contre le tiers responsable.

² Les assureurs au sens de l'article 11 et les autres assureurs sociaux se prêtent mutuellement assistance dans les cas particuliers prévus au 1^{er} alinéa.

³ Les assureurs fournissent gratuitement à la demande des autorités cantonales compétentes les renseignements et les documents nécessaires à:

- a. l'exercice de l'action récursoire prévue à l'article 41, 3^e alinéa;
- b. la fixation de la réduction des primes prévue à l'article 65.

Art. 83 Obligation de garder le secret

Les personnes chargées de gérer, de contrôler ou de surveiller la pratique de l'assurance-maladie sociale doivent garder le secret à l'égard des tiers sur leurs constatations et observations. Lorsque aucun intérêt privé digne d'être protégé ne s'y oppose, le Conseil fédéral peut prévoir des exceptions à l'obligation de garder le secret.

Art. 84 Protection des données

La protection des données est régie par la loi fédérale du 19 juin 1992¹⁾ sur la protection des données, à l'exception des articles 12 à 15.

¹⁾ RS 235.1

Chapitre 2: Voies de droit

Art. 85 Opposition

¹ Toute décision peut être attaquée, dans les trente jours, par voie d'opposition auprès de l'assureur qui l'a notifiée.

² Les décisions rendues sur opposition doivent être motivées et indiquer les voies de recours.

³ La procédure d'opposition est gratuite; il ne peut être alloué de dépens.

⁴ L'assureur ne peut subordonner la communication de sa décision sur opposition à l'obligation d'épuiser la voie interne de recours qu'il a prévue.

Art. 86 Tribunal cantonal des assurances

¹ Les décisions rendues sur opposition peuvent être attaquées par la voie du recours de droit administratif. Le recours doit être déposé dans les trente jours à partir de la notification de la décision rendue sur opposition devant le tribunal des assurances désigné par chaque canton pour connaître des litiges opposant un assureur à un autre assureur, à un assuré ou à un tiers.

² Le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur n'a pas rendu de décision ni de décision sur opposition, en dépit de la demande de l'assuré.

³ Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou du tiers au moment du dépôt du recours, ou du canton du siège de l'assureur intimé. Si l'assuré ou le tiers est domicilié à l'étranger, est compétent le tribunal des assurances du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances du canton du siège de l'assureur est compétent. En cas de litige entre les assureurs, le tribunal des assurances du canton du siège de l'assureur défendeur est compétent.

⁴ L'assureur ne peut subordonner le droit de l'assuré de s'adresser au tribunal cantonal des assurances à l'obligation d'épuiser la voie interne de recours qu'il a prévue.

Art. 87 Règles de procédure

Les cantons règlent la procédure qui doit satisfaire aux exigences suivantes:

- a. elle doit être simple, rapide et gratuite pour les parties. Des émoluments de justice et les frais de procédure peuvent toutefois être mis à la charge de la partie qui agit avec témérité ou légèreté;
- b. l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et motifs invoqués, ainsi que les conclusions. Si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable à son auteur pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera déclaré irrecevable;

- c. le tribunal établit, avec la collaboration des parties, les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement;
- d. le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties. Il peut réformer au détriment du recourant la décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer;
- e. si les circonstances le justifient, les parties sont convoquées aux débats;
- f. le droit de se faire assister par un conseil doit être garanti. Lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite sera accordée au recourant;
- g. le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal. Le montant est déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige;
- h. les jugements contiennent les motifs retenus, l'indication des voies de recours et les noms des membres du tribunal; ils sont communiqués par écrit;
- i. les jugements doivent être révisés si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement.

Art. 88 Exécution

¹ Les décisions et décisions sur opposition rendues en vertu de la présente loi sont exécutoires lorsque:

- a. elles ne peuvent plus être attaquées par une voie de recours;
- b. la voie de recours n'a pas d'effet suspensif;
- c. l'effet suspensif attribué a été retiré.

² Les décisions et décisions sur opposition exécutoires qui portent condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés sont assimilées aux jugements exécutoires au sens de l'article 80 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite¹⁾.

Art. 89 Tribunal arbitral cantonal

¹ Les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations sont jugés par un tribunal arbitral.

² Le tribunal arbitral compétent est celui du canton dont le tarif est appliqué ou du canton dans lequel le fournisseur de prestations est installé à titre permanent.

³ Le tribunal arbitral est aussi compétent, si le débiteur de la rémunération est l'assuré (système du tiers garant, art. 42, 1^{er} al.); en pareil cas, l'assureur représente, à ses frais, l'assuré au procès.

¹⁾ RS 281.1

⁴ Les cantons désignent le tribunal arbitral. Il se compose d'un président neutre et de représentants en nombre égal des assureurs d'une part, et des fournisseurs de prestations concernés, d'autre part. Les cantons peuvent confier les tâches du tribunal arbitral au tribunal cantonal des assurances complété, dans ce cas, par un représentant de chacune des parties.

⁵ Les cantons fixent la procédure qui doit être simple et rapide. Le tribunal arbitral établi avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement.

⁶ Les jugements contiennent les motifs retenus, l'indication des voies de recours et les noms des membres du tribunal; ils sont communiqués par écrit.

Art. 90 Commission fédérale de recours en matière de liste des spécialités

¹ Les décisions concernant l'admission sur la liste des spécialités (art. 52, 1^{er} al., let. b) peuvent faire l'objet d'un recours devant la commission fédérale de recours en matière de liste des spécialités.

² La procédure de recours est régie par la loi fédérale d'organisation judiciaire¹⁾.

Art. 91 Tribunal fédéral des assurances

Les jugements rendus par un tribunal cantonal des assurances ou par un tribunal arbitral ou par la commission fédérale de recours en matière de liste des spécialités peuvent être attaqués devant le Tribunal fédéral des assurances, conformément à la loi fédérale d'organisation judiciaire¹⁾.

Chapitre 3: Dispositions pénales

Art. 92 Délits

Sera puni de l'emprisonnement pour six mois au plus ou d'une amende, à moins qu'il ne s'agisse d'un crime ou d'un délit passible d'une peine plus lourde prévue par le code pénal²⁾, quiconque:

- a. se sera dérobé, partiellement ou totalement, à l'obligation de s'assurer, par des indications fausses ou incomplètes ou de toute autre manière;
- b. aura obtenu pour lui-même ou pour autrui, sur la base de la présente loi, une prestation qui ne lui revient pas, par des indications fausses ou incomplètes ou de toute autre manière;
- c. aura, en sa qualité d'organe d'exécution au sens de la présente loi, violé ses obligations, notamment celle de garder le secret, ou aura abusé de sa fonction au détriment d'un tiers, pour se procurer un avantage ou pour procurer à un tiers un avantage illicite.

¹⁾ RS 173.110

²⁾ RS 311.0

Art. 93 Contraventions

Sera puni des arrêts ou de l'amende, quiconque, intentionnellement:

- a. aura fourni, en violation de son obligation de renseigner, des renseignements inexacts ou refusé de fournir des renseignements;
- b. se sera soustrait au devoir d'entraide et d'assistance administrative au sens de l'article 82;
- c. se sera opposé à un contrôle ordonné par l'autorité de surveillance ou l'aura rendu impossible de toute autre manière.

Art. 94 Infractions commises dans la gestion d'une entreprise

Les articles 6 et 7 de la loi fédérale sur le droit pénal administratif¹⁾ sont applicables.

Art. 95 Poursuite pénale

La poursuite pénale incombe aux cantons.

Titre 6: Dispositions finales

Chapitre premier: Exécution

Art. 96

Le Conseil fédéral est chargé de l'exécution de la présente loi. Il édicte des dispositions à cet effet.

Chapitre 2: Dispositions transitoires

Art. 97 Dispositions cantonales

¹ Les cantons édicte les dispositions d'exécution de l'article 65 avant l'entrée en vigueur de la présente loi. Le Conseil fédéral fixe la date à laquelle ils doivent avoir édicté les autres dispositions d'exécution.

² Lorsqu'il ne peut édicte à temps les dispositions définitives, pour l'article 65, le gouvernement cantonal peut arrêter une réglementation provisoire.

Art. 98 Poursuite de la pratique de l'assurance par les caisses-maladie reconnues

¹ Les caisses-maladie reconnues selon la loi fédérale du 13 juin 1911 et qui veulent continuer de pratiquer l'assurance-maladie conformément à la présente loi doivent le communiquer à l'office au plus tard six mois avant l'entrée en vigueur

¹⁾ RS 313.0

de la loi. Elles doivent simultanément lui soumettre les tarifs des primes de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières pour approbation, conformément aux articles 61, 4^e alinéa, et 76, 4^e alinéa, de la loi.

² Les caisses dont le domaine d'activité se limitait d'après l'ancien droit à une entreprise ou à une association professionnelle peuvent continuer de pratiquer l'assurance d'indemnités journalières dans le cadre restreint précité. Elles doivent l'indiquer dans leur communication au sens du 1^{er} alinéa.

³ Le Conseil fédéral édicte des dispositions sur la répartition de la fortune existante des caisses-maladie entre les branches d'assurance qu'elles continuent à pratiquer sur la base du nouveau droit.

Art. 99 Renonciation à la pratique de l'assurance-maladie sociale

¹ Les caisses-maladie qui renoncent à pratiquer l'assurance-maladie conformément à la présente loi cessent d'être reconnues dès son entrée en vigueur. Elles doivent en informer par écrit leurs membres et l'office au plus tard six mois avant l'entrée en vigueur de la présente loi.

² Lesdites caisses doivent se dissoudre si elles n'ont pas obtenu, lors de l'entrée en vigueur de la présente loi, l'agrément de pratiquer des assurances au sens de la loi du 23 juin 1978¹⁾ sur la surveillance des assurances (LSA). La pratique de l'assurance d'indemnités journalières limitée à une entreprise ou à une association professionnelle est réservée. Après avoir consulté l'Office fédéral des assurances privées, l'office décide de la part de la fortune de ces caisses à utiliser conformément au 3^e alinéa.

³ Si la fortune d'une caisse dissoute n'est pas transférée, lors d'une fusion, à un autre assureur au sens de l'article 11, un excédent de fortune éventuel constaté dans les caisses organisées selon le droit privé revient au fonds couvrant les cas d'insolvabilité de l'institution commune (art. 18).

Art. 100 Autres assureurs

Les assureurs au sens de l'article 11, lettre b, qui veulent pratiquer l'assurance-maladie sociale lors de l'entrée en vigueur de la loi, doivent envoyer leur demande d'autorisation, accompagnée des pièces nécessaires, à l'office au plus tard six mois avant l'entrée en vigueur de la présente loi.

Art. 101 Fournisseurs de prestations et médecins-conseils

¹ Les médecins, pharmaciens, chiropraticiens, sages-femmes, le personnel paramédical et les laboratoires qui, d'après l'ancien droit, étaient autorisés à exercer

¹⁾ RS 961.01

leur activité à la charge de l'assurance-maladie sont également admis comme fournisseurs de prestations selon le nouveau droit.

² Les établissements ou leurs divisions qui étaient réputés établissements hospitaliers d'après l'ancien droit sont également admis comme fournisseurs de prestations conformément au nouveau droit, tant que le canton n'a pas élaboré la liste des hôpitaux et des établissements médico-sociaux prévue à l'article 39, 1^{er} alinéa, lettre e. L'obligation des assureurs d'allouer des prestations et le montant de la rémunération découlent, jusqu'à une date que le Conseil fédéral fixera, des conventions ou tarifs en vigueur jusqu'alors.

³ Les médecins-conseils qui, sous l'ancien droit, exerçaient pour un assureur (art. 11 à 13) peuvent, sous le nouveau droit, être chargés par les assureurs ou leurs fédérations des tâches définies à l'article 57. Les 3^e à 8^e alinéas de l'article 57 sont aussi applicables dans ces cas.

Art. 102 Rapports d'assurance existants

¹ Si des caisses reconnues continuent de pratiquer, d'après le nouveau droit, des assurances de soins et d'indemnités journalières qu'elles avaient pratiqué selon l'ancien droit, le nouveau droit s'applique à ces assurances dès l'entrée en vigueur de la présente loi.

² Les dispositions des caisses relatives aux prestations pour soins excédant le catalogue selon l'article 34, 1^{er} alinéa, (prestations statutaires, assurances complémentaires) doivent être adaptées au nouveau droit dans le délai d'une année dès l'entrée en vigueur de la loi. Les droits et les obligations des assurés sont régis par l'ancien droit tant que l'adaptation n'est pas effectuée. La caisse doit offrir à ses assurés des contrats qui prévoient une couverture d'assurance ayant au moins la même étendue que celle dont ils bénéficiaient jusqu'alors. Les périodes d'assurance accomplies sous l'ancien droit sont prises en compte lors de la fixation des primes.

³ Les rapports d'assurance existant, selon l'ancien droit, avec des caisses qui perdent leur reconnaissance et qui continuent de pratiquer l'assurance en tant qu'institution d'assurance au sens de la loi du 23 juin 1978¹⁾ sur la surveillance des assurances (art. 99), sont caducs dès l'entrée en vigueur de la présente loi. L'assuré peut toutefois demander le maintien de ses rapports d'assurance pour autant que l'institution d'assurance offre une assurance correspondante.

⁴ Les contrats existant, selon l'ancien droit, avec d'autres assureurs que les caisses-maladie reconnues pour des risques couverts par l'assurance obligatoire des soins selon la présente loi sont caducs dès l'entrée en vigueur de celle-ci. Les primes payées pour la période postérieure à l'entrée en vigueur de la loi seront

¹⁾ RS 961.01

restituées. Les prestations d'assurance dues pour des accidents survenus avant l'entrée en vigueur de la loi sont allouées d'après les anciens contrats.

⁵ Les contrats existant, selon l'ancien droit, avec d'autres assureurs que les caisses reconnues pour des risques couverts par l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la présente loi peuvent, dans le délai d'une année dès l'entrée en vigueur de celle-ci, être adaptés au nouveau droit si le preneur d'assurance le demande et si l'assureur pratique l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la présente loi.

Art. 103 Prestations d'assurance

¹ Les prestations d'assurance pour les traitements effectués avant l'entrée en vigueur de la présente loi sont allouées d'après l'ancien droit.

² Les indemnités journalières dont le versement est en cours lors de l'entrée en vigueur de la présente loi et qui résultent de l'assurance d'indemnités journalières auprès de caisses reconnues devront encore être allouées pendant deux ans au plus, conformément aux dispositions de l'ancien droit sur la durée des prestations.

Art. 104 Conventions tarifaires

¹ L'entrée en vigueur de la présente loi ne rend pas caduques les conventions tarifaires existantes. Le Conseil fédéral fixe la date jusqu'à laquelle celles-ci doivent être adaptées au nouveau droit.

² Les assureurs qui commencent de pratiquer l'assurance-maladie sociale sous le nouveau droit ont le droit d'adhérer aux conventions tarifaires passées sous l'ancien droit par des fédérations de caisses (art. 46, 2^e al.).

³ Le Conseil fédéral fixe la date à partir de laquelle les hôpitaux et les établissements médico-sociaux doivent satisfaire à l'article 49, 6^e et 7^e alinéas.

Art. 105 Compensation des risques

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

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

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

⁴ La compensation des risques est limitée à une durée de dix ans dès l'entrée en vigueur de la présente loi. Le Conseil fédéral édicte les dispositions relatives à la

compensation des risques de telle sorte que les assureurs soient incités à gérer l'assurance de façon économique.

Art. 106 Subsidés fédéraux

¹ Pour les quatre premières années qui suivent l'entrée en vigueur de la présente loi, mais tout au plus jusqu'en 1999, les subsides fédéraux selon l'article 66 s'élèvent à:

- a. pour la première année: 1830 millions de francs
- b. pour la deuxième année: 1940 millions de francs
- c. pour la troisième année: 2050 millions de francs
- d. pour la quatrième année: 2180 millions de francs.

² Pour les quatre premières années qui suivent l'entrée en vigueur de la présente loi, mais au plus tard jusqu'en 1999, le montant global que les cantons devront ajouter à leur part du subside fédéral représentera:

- a. pour la première année: 35 pour cent
- b. pour la deuxième année: 40 pour cent
- c. pour la troisième année: 45 pour cent
- d. pour la quatrième année: 50 pour cent.

Chapitre 3: Référendum et entrée en vigueur

Art. 107

¹ La présente loi est sujette au référendum facultatif.

² Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur. Il peut raccourcir les délais prévus aux articles 98, 1^{er} al., 99, 1^{er} al., et 100.

Conseil des Etats, 18 mars 1994

Le président: Jagmetti

Le secrétaire: Lanz

Conseil national, 18 mars 1994

La présidente: Gret Haller

Le secrétaire: Anliker

Date de publication: 5 avril 1994¹⁾

Délai référendaire: 4 juillet 1994

¹⁾ FF 1994 II 239

Abrogation et modification de lois fédérales

1. La loi fédérale du 13 juin 1911¹⁾ sur l'assurance-maladie est abrogée.
2. La loi fédérale du 23 juin 1978²⁾ sur la surveillance des institutions d'assurance privées est modifiée comme suit:

Art. 4, 1^{er} al., let. f et g

¹ Sont exceptées de la surveillance:

- f. Les caisses-maladie au sens de l'article 12 de la loi du 18 mars 1994³⁾ sur l'assurance-maladie (LAMal);
- g. Les réassureurs assimilés à des caisses-maladie en application de l'article 14, 2^e alinéa, LAMal.

Art. 5

Abrogé

Art. 47, 2^e à 4^e al.

² Pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi du 18 mars 1994³⁾ sur l'assurance-maladie, les cantons prévoient une procédure simple et rapide et dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves.

³ Dans les contestations au sens de l'article 2, les parties ne supportent aucun frais de procédure; toutefois, le juge peut mettre à la charge de la partie téméraire tout ou partie de ces frais.

⁴ (actuel 2^e alinéa)

3. La loi fédérale sur le contrat d'assurance⁴⁾ est modifiée comme suit:

Art. 100, 2^e al.

² Pour les preneurs d'assurance et les assurés qui, en vertu de l'article 10 de la loi du 25 juin 1982⁵⁾ sur l'assurance-chômage, sont réputés chômeurs, les articles 71, 1^{er} alinéa, et 73 de la loi du 18 mars 1994³⁾ sur l'assurance-maladie sont en outre applicables par analogie.

¹⁾ RS 8 281; RO 1959 858, 1964 965, 1968 64, 1971 1465, 1977 2249, 1978 1836, 1982 196 1676 2184, 1990 1091

²⁾ RS 961.01

³⁾ RO ...

⁴⁾ RS 221.229.1

⁵⁾ RS 837.0

Art. 101, 1^{er} al., ch. 2

¹ La présente loi n'est pas applicable:

2. Aux rapports de droit privé entre les institutions d'assurance qui sont exceptées de la surveillance en vertu de l'article 4, lettres a à e et g, de la loi du 23 juin 1978¹⁾ sur la surveillance des assurances (LSA), ou qui sont soumises à la surveillance simplifiée (art. 53, 3^e al., LSA), et leurs assurés.

4. La loi fédérale sur l'assurance-accidents²⁾ est modifiée comme suit:

Art. 68, 1^{er} al., let. c

¹ Les personnes que la CNA n'a pas la compétence d'assurer doivent, conformément à la présente loi, être assurées contre les accidents par une des entreprises désignées ci-après:

c. Caisses-maladie au sens de la loi du 18 mars 1994³⁾ sur l'assurance-maladie;

5. La loi fédérale du 19 mars 1965⁴⁾ sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité est modifiée comme suit:

Art. 3, 4^e al., let. d, et al. 4^{bis}

⁴ Sont déduites du revenu:

- d. Les primes d'assurance sur la vie, contre les accidents et l'invalidité jusqu'à concurrence d'un montant annuel de 300 francs pour les personnes seules et de 500 francs pour les couples et les personnes qui ont des enfants ayant ou donnant droit à une rente, ainsi que les cotisations aux assurances sociales de la Confédération, à l'exclusion de l'assurance-maladie.

^{4bis} Le Conseil fédéral précise quels sont les frais de home, de médecin, de dentiste, de pharmacie, de soins et de moyens auxiliaires ainsi que les frais supplémentaires résultant de l'invalidité qui peuvent être déduits.

Disposition transitoire

¹ En compensation de la suppression des déductions pour primes d'assurance-maladie, les limites de revenu fixées à l'article 2, 1^{er} alinéa, pour les personnes seules et les couples subissent une augmentation unique, dont le montant est déterminé par le Conseil fédéral. Les cantons doivent augmenter dans la même mesure le montant laissé à la disposition des pensionnaires pour leurs dépenses personnelles conformément à l'article 2, alinéa 1^{bis}.

² Cette augmentation prend effet au début de l'année.

1) RS 961.01

2) RS 832.20

3) RO ...

4) RS 831.30

6. La loi fédérale du 24 juin 1977¹⁾ sur la compétence en matière d'assistance des personnes dans le besoin (LAS) est modifiée comme suit:

Art. 3, 2^e al., let. b

² Ne sont pas considérées comme des prestations d'assistance:

- a. . . .
- b. Les cotisations minimales d'assurances obligatoires qu'une collectivité assume en lieu et place des assurés;

N34840

¹⁾ RS 851.1

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1994
Année	
Anno	
Band	2
Volume	
Volume	
Heft	13
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	---
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	05.04.1994
Date	
Data	
Seite	239-277
Page	
Pagina	
Ref. No	10 107 717

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.