



Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2^e volet)

Modification du [date]

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,
vu le message du Conseil fédéral du [date]¹,
arrête:

I

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie² est modifiée comme suit:

Remplacement d'expressions

¹ À l'art. 7, al. 2, «Office fédéral de la santé publique (office)» est remplacé par «Office fédéral de la santé publique (OFSP)».

² À l'art. 18, al. 1, «département» est remplacé par «Département fédéral de l'intérieur (DFI)».

³ Aux art. 20, al. 2, 33, al. 5, 40, al. 1, 52, al. 1, let. a, et 61, al. 2^{bis}, «département» est remplacé par «DFI».

⁴ Aux art. 20, al. 3, 33, al. 5, 98, al. 1, 99, al. 1 et 2, et 105a, al. 3, «office» est remplacé par «OFSP».

⁵ À l'art. 59a, al. 3, «Office fédéral de la santé publique» est remplacé par «OFSP».

Art. 18, al. 2^{septies}

^{2septies} Elle gère les fonds suivants:

- a. le fonds chargé du suivi des donneurs vivants visé à l'art. 15b de la loi du 8 octobre 2004 sur la transplantation³;
- b. un fonds pour les restitutions visées à l'art. 52b.

1 FF 20XX ...

2 RS 832.10

3 RS 810.21

Titre précédant l'art. 21

Section 4 Transmission de données et statistiques

Art. 21 Données des assureurs

¹ Les assureurs sont tenus de transmettre régulièrement à l'OFSP les données dont celui-ci a besoin pour accomplir les tâches que la présente loi lui assigne.

² Les données doivent être transmises sous une forme agrégée. Celle-ci doit permettre de répartir les coûts entre les différents fournisseurs de prestations et, pour chacun de ces fournisseurs de prestations, par canton de résidence des assurés traités. Le Conseil fédéral peut prévoir que les données sont au surplus transmises par assuré si des données agrégées ne sont pas suffisantes pour accomplir les tâches ci-après et que les données par assuré ne peuvent pas être obtenues autrement:

- a. surveiller l'évolution des coûts par type de prestations et par fournisseur de prestations et élaborer les bases de décision pour les mesures visant à maîtriser l'évolution des coûts;
- b. effectuer une analyse des effets de la loi et de ses dispositions d'exécution, et préparer les bases de décision en vue d'une modification de la loi et de ses dispositions d'exécution;
- c. évaluer la compensation des risques;
- d. évaluer et contrôler le caractère économique et la qualité des prestations dans le domaine des médicaments et dans celui des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques.

³ L'OFSP est responsable de garantir l'anonymat des assurés dans le cadre de l'exploitation des données.

Art. 23, titre

Statistiques

Art. 25, al. 2, let. h et i

² Ces prestations comprennent:

- h. les prestations suivantes des pharmaciens:
 1. les prestations fournies lors de la remise de médicaments prescrits conformément à la let. b;
 2. les prestations fournies dans le cadre des programmes visés à la let. i.
- i. les prestations fournies dans le cadre de programmes structurés placés sous la direction d'un médecin.

Art. 32, al. 3

³ Le Conseil fédéral règle les modalités du réexamen périodique de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique des prestations, en particulier sa fréquence et son étendue.

Art. 33, al. 3^{bis}

^{3bis} Il désigne les prestations qui peuvent être fournies dans le cadre de programmes structurés, placés sous la direction d'un médecin, visés à l'art. 25, al. 2, let. i. Il fixe les conditions que ces programmes doivent remplir. Les programmes sont soumis à l'approbation du DFI.

Art. 35, al. 2, let. o

² Ces fournisseurs de prestations sont:

- o. les réseaux de soins coordonnés.

Art. 36b Réseaux de soins coordonnés

¹ Les réseaux de soins coordonnés sont des institutions:

- a. qui fournissent sous forme ambulatoire et de façon coordonnée des prestations visées aux art. 25 à 31, et
- b. qui assurent la coordination avec d'autres fournisseurs de prestations sur l'ensemble de la chaîne de soins.

² Le Conseil fédéral règle les conditions d'admission des réseaux de soins coordonnés. Ces conditions doivent permettre de garantir que les prestations soient appropriées et de haute qualité.

³ Les conditions d'admission portent sur:

- a. les exigences à l'égard du médecin qui dirige le réseau;
- b. le personnel spécialisé dont le réseau doit disposer;
- c. les prestations que le réseau doit fournir;
- d. la coordination des prestations sur l'ensemble de la chaîne de soins;
- e. les instruments de gestion, qui doivent fournir toutes les données nécessaires pour juger du caractère économique des prestations et pour établir la tarification;
- f. la gestion sous forme électronique du dossier médical du patient;
- g. l'affiliation à une communauté ou à une communauté de référence certifiée au sens de l'art. 11, let. a, de la loi fédérale du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient⁴.

⁴ RS 816.1

Insérer après le titre de la section 2

Art. 40a Premier point de contact

¹ Chaque assuré doit choisir un fournisseur de prestations qui assume à son égard le rôle de premier point de contact.

² Le premier point de contact a les fonctions suivantes:

- a. conseiller l'assuré en matière de santé;
- b. évaluer la nécessité d'un examen ou d'un traitement;
- c. évaluer la nécessité d'adresser l'assuré à un autre fournisseur de prestations.

³ Peut assumer le rôle de premier point de contact:

- a. un médecin disposant de l'un des titres postgrades suivants:
 1. médecine générale interne,
 2. pédiatrie,
 3. médecin praticien;
- b. une institution de soins ambulatoires dispensés par des médecins qui remplissent la condition fixée à la let. a;
- c. un réseau de soins coordonnés.

⁴ Les cantons tiennent une liste des fournisseurs de prestations qui exercent leurs activités sur leur territoire et qui sont disposés à assumer le rôle de premier point de contact (liste cantonale des premiers points de contact). Ils publient la liste de manière à ce que les assurés puissent en prendre connaissance en tout temps.

⁵ Les fournisseurs de prestations peuvent demander au canton dans lequel ils exercent leur activité de les inscrire sur la liste cantonale des premiers points de contact. Le canton statue sur la demande; si les conditions fixées à l'al. 3 sont remplies, il inscrit le fournisseur de prestations sur la liste.

⁶ L'assuré choisit librement son premier point de contact parmi les fournisseurs de prestations inscrits sur une liste cantonale. Si le fournisseur de prestations est disposé à assumer ce rôle à l'égard de l'assuré, il le lui confirme. L'assuré transmet cette attestation à son assureur.

⁷ Le Conseil fédéral règle les conditions auxquelles:

- a. l'assuré peut changer de premier point de contact;
- b. l'assureur peut désigner le premier point de contact lorsque l'assuré n'en a pas.

Art. 40b Principe applicable à la prise en charge des coûts

¹ L'assurance obligatoire des soins ne prend en charge les coûts des prestations visées aux art. 25 à 31 que si les prestations sont fournies:

- a. par le premier point de contact, ou

- b. sur délégation du premier point de contact à un autre fournisseur de prestations.

² En cas d'urgence, aucune délégation n'est nécessaire.

³ Les assurés qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège ont besoin d'une délégation de leur premier point de contact pour les examens et les traitements en Suisse.

⁴ Le Conseil fédéral règle les modalités de la délégation et les autres exceptions à l'exigence d'une délégation.

Art. 40c Rémunération du premier point de contact

¹ L'assureur verse aux fournisseurs de prestations un forfait annuel par assuré pour lequel ils assument le rôle de premier point de contact.

² Le fournisseur de prestations a droit au forfait même si l'assuré ne recourt pas à ses prestations.

³ Le Conseil fédéral fixe le montant du forfait après consultation des partenaires tarifaires.

⁴ Il désigne les prestations réputées couvertes par le forfait.

Art. 40d Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des coûts en cas d'examen ou de traitement ambulatoire

¹ Si le premier point de contact adresse l'assuré à un autre fournisseur de prestations pour un examen ou un traitement ambulatoire, l'assuré peut choisir librement entre les fournisseurs de prestations admis aptes à examiner et traiter sa maladie. Le fournisseur de prestations choisi par l'assuré peut à son tour l'adresser à un autre fournisseur de prestations. L'assureur prend en charge les coûts selon le tarif applicable au fournisseur de prestations choisi.

² L'al. 1 s'applique par analogie en cas d'exception à l'exigence d'une délégation pour un examen ou un traitement ambulatoire.

Art. 41, titre et al. 1 à 2, 3^{bis}, phrase introductive, et 4

Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des coûts en cas d'examen ou de traitement hospitalier

¹ Si le premier point de contact adresse l'assuré à un hôpital pour un examen ou un traitement hospitalier, l'assuré peut choisir librement entre les hôpitaux figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). Les gouvernements cantonaux fixent un tarif de référence pour les traitements hospitaliers dans un établissement hors canton choisi par l'assuré. L'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part de rémunération (art. 49a) selon le tarif de référence, mais jusqu'à concurrence du tarif de l'hôpital traitant. Le tarif de référence se fonde sur la rémunération applicable à un traitement comparable dans un hôpital répertorié du canton de résidence qui fournit ce traitement de façon efficiente et avantageuse avec la qualité requise.

^{1bis} L'al. 1 s'applique par analogie:

- a lorsque le fournisseur de prestations qui a adressé l'assuré à l'hôpital pour un examen ou un traitement hospitalier a agi sur délégation;
- b en cas d'exception à l'exigence d'une délégation pour un examen ou un traitement hospitalier.

^{1ter} Les al. 1 et 1^{bis} s'appliquent par analogie aux maisons de naissance.

² Si des assurés qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège sont adressés à un hôpital pour une prestation hospitalière, ils peuvent choisir librement entre les hôpitaux répertoriés en Suisse.

^{3bis} Sont réputés raisons médicales au sens de l'al. 3 le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent pas être fournies:

⁴ *Abrogé*

Art. 41a Limitation du choix des fournisseurs de prestations

¹ En accord avec l'assureur, l'assuré peut limiter son choix aux fournisseurs de prestations, y compris le premier point de contact, que l'assureur désigne en raison de leurs prestations plus avantageuses (art. 62, al. 1 et 3).

² Les prestations que la loi rend obligatoires sont garanties dans tous les cas.

³ L'assureur n'est tenu de prendre en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par des fournisseurs de prestations auxquels l'assuré a limité son choix.

⁴ Il n'est pas tenu de prendre en charge les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par d'autres fournisseurs de prestations, sauf s'il a donné au préalable une garantie particulière de prise en charge ou que l'assuré a eu besoin d'urgence de l'examen ou du traitement. L'assureur donne la garantie de prise en charge si les fournisseurs de prestations qu'il a désignés ne prodiguent pas la prestation en question.

Art. 41b

Ex-art. 41a

Art. 42, al. 2, 2^e phrase, et 3^{ter}

² ... En dérogation à l'al. 1, l'assureur est le débiteur :

- a. de sa part de rémunération en cas de traitement hospitalier;
- b. de la rémunération des prestations pour lesquelles l'OFSP ou le DFI ont prévu une restitution au sens de l'art. 52b, al. 1 ou 2.

^{3ter} Le fournisseur de prestations remet sa facture au débiteur de la rémunération sous forme électronique. À la demande de l'assuré, il la lui remet gratuitement sur papier. Les fournisseurs de prestations et les assureurs ou leurs fédérations respectives conviennent d'un standard unique pour la transmission électronique des factures dans toute la Suisse. S'ils ne parviennent pas à s'entendre, le Conseil fédéral définit le standard.

Art. 42a, al. 2 à 3

² La carte d'assuré est utilisée pour la facturation des prestations prévues par la présente loi.

^{2bis} Elle peut être utilisée:

- a. comme moyen d'identification au sens de l'art. 7, al. 2, de la loi fédérale du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient⁵;
- b. comme moyen d'identification dans les relations avec les assureurs.

^{2ter} Elle ne peut être utilisée en dehors du champ d'application de la présente loi que si une base légale formelle le prévoit et que le but de l'utilisation et les utilisateurs autorisés sont définis.

³ Le Conseil fédéral règle le format de la carte d'assuré. Il peut prévoir que la carte est aussi établie sous forme électronique à la demande de l'assuré. Il règle, après consultation des milieux intéressés, les modalités de remise de la carte par les assureurs, ainsi que les standards techniques et organisationnels qui doivent être appliqués.

Art. 48a Conventions tarifaires avec les réseaux de soins coordonnés

¹ Les partenaires tarifaires conviennent de forfaits au sens de l'art. 43, al. 3, pour rémunérer:

- a. les prestations que proposent les réseaux de soins coordonnés;
- b. la coordination des prestations par les réseaux de soins coordonnés.

² La rémunération au sens de l'al. 1 couvre toutes les prétentions du réseau de soins coordonnés pour les prestations prévues par la présente loi.

Art. 52, al. 1, phrase introductive

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

Art. 52b Restitutions

¹ Lorsqu'il fixe le prix des médicaments conformément à l'art. 52, al. 1, let. b, l'OFSP peut prévoir, pour autant que le respect des principes de l'art. 32 le requiert, l'obligation pour le titulaire de l'autorisation de restituer une partie du prix des médicaments:

- a. à l'assureur, à sa demande, ou
- b. au fonds pour les restitutions, à la demande de l'OFSP.

² Le Conseil fédéral peut habiliter le DFI à prévoir des restitutions au sens de l'al. 1 dans les listes visées à l'art. 52, al. 1, let. a.

³ Il règle:

⁵ RS 816.1

- a. les conditions auxquelles des restitutions au sens de l'al. 1 peuvent être prévues;
- b. le calcul et les modalités de la restitution;
- c. la répartition entre les assureurs des sommes versées au fonds pour les restitutions;
- d. les frais d'administration du fonds pour les restitutions.

Art. 52c Exception au droit d'accès aux documents officiels

L'accès aux documents officiels au sens de l'art. 5 de la loi du 17 décembre 2004 sur la transparence⁶ est refusé dans la mesure où ils concernent le montant, le calcul ou les modalités des restitutions au sens de l'art. 52b.

Art. 53, al. 1

¹ Les décisions des gouvernements cantonaux visées aux art. 39, 41, al. 1, 45, 46, al. 4, 47, 48, al. 1 à 3, 51, 54d, al. 2, et 55a peuvent faire l'objet d'un recours au Tribunal administratif fédéral.

Titre précédant l'art. 54

Section 5 Mesures visant à maîtriser les coûts

Art. 54 Objectifs en matière de coûts

¹ Le Conseil fédéral fixe le pourcentage que l'augmentation des coûts des prestations au sens de la présente loi ne doit pas dépasser par rapport à l'année précédente (objectifs en matière de coûts):

- a. pour l'ensemble des prestations dans toute la Suisse;
- b. pour les différentes catégories de coûts (art. 54a) dans toute la Suisse.

² Il fixe sur cette base:

- a. l'objectif en matière de coûts assigné à chaque canton pour l'ensemble des prestations;
- b. une marge de tolérance, identique pour tous les cantons, par rapport à l'objectif de la let. a.

³ Lorsqu'il fixe les objectifs en matière de coûts et la marge de tolérance, le Conseil fédéral tient compte notamment des éléments suivants:

- a. l'évolution économique et l'évolution générale des salaires et des prix;
- b. la démographie et le taux de morbidité de la population résidente;
- c. les progrès médico-techniques.

⁶ RS 152.3

⁴ Le droit des assurés à la prise en charge des coûts des prestations assurées est garanti dans tous les cas.

⁵ Les effets des objectifs en matière de coûts sur l'évolution des coûts et de la qualité sont régulièrement contrôlés.

Art. 54a Catégories de coûts

¹ Le Conseil fédéral attribue les différents domaines de prestations à des catégories de coûts.

² Les cantons peuvent subdiviser en sous-catégories les catégories de coûts fixées par le Conseil fédéral.

³ Les analyses, les médicaments, les moyens et appareils diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les prestations pour lesquelles les partenaires tarifaires ont conclu des conventions tarifaires au sens de l'art. 46, al. 4, qui fixent un tarif uniforme pour l'ensemble de la Suisse forment des catégories de coûts distinctes.

⁴ Le Conseil fédéral peut exclure de l'attribution à une catégorie de coûts des domaines de prestations dont l'influence sur l'évolution globale des coûts est minime.

Art. 54b Objectifs des cantons en matière de coûts

¹ Chaque canton fixe, en tenant compte des critères visés à l'art. 54, al. 3, ses objectifs en matière de coûts:

- a. pour l'ensemble des prestations;
- b. pour les différentes catégories de coûts.

² Les cantons peuvent s'écarter des objectifs fixés par le Conseil fédéral pour les catégories de coûts (art. 54, al. 1, let. b) pour autant qu'ils respectent l'objectif global cantonal (art. 54, al. 2, let. a) que le Conseil fédéral a prescrit, compte tenu de la marge de tolérance.

³ Ils consultent les fournisseurs de prestations et les assureurs avant de fixer les objectifs en matière de coûts et les catégories de coûts.

⁴ Ils communiquent à l'OFSP les objectifs en matière de coûts qu'ils ont fixés. Celui-ci vérifie la réalisation des objectifs et en communique le résultat aux cantons. L'OFSP publie le résultat sous une forme appropriée.

Art. 54c Délais et conséquences en cas de non-respect

¹ Le Conseil fédéral fixe les objectifs en matière de coûts au plus tard 12 mois avant le début de l'année civile à laquelle ils doivent s'appliquer.

² Pour les catégories de coûts visées à l'art. 54a, al. 3, il fixe les objectifs en matière de coûts au plus tard 6 mois avant le début de l'année civile à laquelle ils doivent s'appliquer.

³ Chaque canton fixe ses objectifs en matière de coûts 6 mois au plus tard avant le début de l'année civile à laquelle ils doivent s'appliquer.

⁴ Si un canton ne fixe pas ses objectifs en matière de coûts dans les délais, les objectifs fixés par le Conseil fédéral s'appliquent sans marge de tolérance.

Art. 54d Mesures en cas de dépassement des objectifs en matière de coûts

¹ Si les augmentations effectives des coûts sur une année dépassent les objectifs en matière de coûts fixés par le canton, les conventions tarifaires doivent être adaptées par les partenaires tarifaires de telle sorte qu'elles prévoient des mesures suffisantes pour réduire les coûts. L'approbation de la convention adaptée est régie par l'art. 46, al. 4.

² Si les partenaires tarifaires ne parviennent pas à s'entendre sur les mesures de réduction des coûts ou s'ils conviennent de mesures insuffisantes pour respecter les objectifs en matière de coûts, le gouvernement cantonal peut prendre les mesures suivantes pour en assurer le respect:

- a. fixer des tarifs plus bas;
- b. fixer des baisses de tarif en fonction du volume de prestations;
- c. fixer, pour les prestations médicales ambulatoires fournies en dehors d'un hôpital, des tarifs échelonnés en fonction de la spécialité et du type de fournisseur de prestations.

³ Si les augmentations effectives des coûts des prestations visées à l'art. 52 dépassent sur une année les objectifs en matière de coûts fixés par le Conseil fédéral, le DFI peut réduire les tarifs et les prix comme suit, afin de garantir le respect des objectifs en matière de coûts:

- a. de manière globale;
- b. en fonction du volume des prestations dans un ou plusieurs domaines de prestations;
- c. en fonction du volume de prestations dans un ou plusieurs groupes thérapeutiques.

⁴ Si les augmentations effectives des coûts des prestations qui font l'objet de conventions tarifaires approuvées par le Conseil fédéral conformément à l'art. 46, al. 4, et convenant de tarifs uniformes pour toute la Suisse dépassent sur une année les objectifs en matière de coûts fixés par le Conseil fédéral, les partenaires tarifaires sont tenus d'adapter les conventions pour y inscrire des mesures suffisantes de réduction des coûts. L'approbation de la convention adaptée est régie par l'art. 46, al. 4. Si les partenaires tarifaires ne parviennent pas à s'entendre sur des mesures de réduction des coûts ou si l'approbation est refusée au motif que les mesures sont insuffisantes pour respecter les objectifs en matière de coûts, le DFI peut décider des mesures visées à l'al. 2.

⁵ Lorsqu'elles décident de telles mesures, les autorités compétentes tiennent notamment compte de l'évolution des coûts et des résultats des mesures prises les années précédentes, ainsi que d'événements extraordinaires tels que des épidémies.

⁶ Les cantons communiquent à l'OFSP les mesures prises. Ce dernier les publie.

Variante ad art. 54d: disposition contraignante au lieu d'une disposition potestative

² [...], le gouvernement cantonal décide des mesures suivantes afin de garantir le respect des objectifs en matière de coûts: [...]

³ [...], le DFI abaisse les tarifs et les prix comme suit, afin de garantir le respect des objectifs en matière de coûts:

⁴ [...] le DFI décide de mesures visées à l'al. 2.

⁵ Lorsqu'elles décident de mesures, les autorités compétentes tiennent notamment compte de l'évolution des coûts et des résultats des mesures prises les années précédentes, ainsi que d'événements extraordinaires tels que des épidémies. En cas d'événement extraordinaire tel qu'une épidémie, elles peuvent renoncer à prendre de telles mesures.

Art. 54e Commission fédérale des objectifs en matière de coûts

¹ Le Conseil fédéral institue une Commission fédérale des objectifs en matière de coûts.

² La commission conseille le Conseil fédéral lorsqu'il fixe les objectifs en matière de coûts, la marge de tolérance et les catégories de coûts.

³ Le Conseil fédéral nomme les membres de la commission. Il veille à une représentation appropriée des cantons, des fournisseurs de prestations, des assureurs, des assurés et des spécialistes.

Art. 55

Abrogé

Art. 64, al. 7, let. b et c

⁷ L'assureur ne peut prélever aucune participation aux coûts des prestations suivantes:

- b. prestations visées aux art. 25, 25a, 27, 28 et 30 qui sont fournies à partir de la 13^e semaine de grossesse, pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement;
- c. prestations du premier point de contact réputées couvertes par le forfait visé à l'art. 40c.

II

La modification d'autres actes est réglée en annexe.

III

Dispositions transitoires de la modification du ...

¹ Tant qu'une fédération des réseaux de soins coordonnés ne s'est pas constituée, les réseaux de soins coordonnés concluent avec les fédérations des assureurs des conventions séparées sur le développement de la qualité conformément à l'art. 58a de la modification du 21 juin 2019⁷.

² Les médecins qui, pendant les deux ans précédant l'entrée en vigueur de la modification du ..., étaient admis et fournissaient des soins médicaux de base sans posséder l'un des titres de formation postgrade visés à l'art. 40a, al. 3, let. a, peuvent assumer le rôle de premier point de contact au sens de l'art. 40a, al. 3, s'ils ont acquis d'une autre manière les connaissances, capacités et compétences spécifiques à la médecine de famille.

³ Les tarifs de référence cantonaux pour les traitements hospitaliers dans un établissement hors canton choisi par l'assuré doivent répondre aux exigences fixées à l'art. 41, al. 1^{bis}, deux ans au plus tard après l'entrée en vigueur de la modification du

⁴ Si, dans les deux ans à compter de l'entrée en vigueur de la modification du..., les parties ne parviennent pas à s'entendre sur le standard pour la transmission électronique des factures visée à l'art. 42, al. 3^{ter}, le Conseil fédéral fixe ce standard.

⁵ Les assureurs doivent mettre à la disposition de l'OFSP les bases statistiques servant à la mise en place des objectifs en matière de coûts visés aux art. 54 à 54e 2 ans au plus tard après l'entrée en vigueur de la modification du

Variante ad art. 54d: disposition contraignante au lieu d'une disposition potestative:

⁶ Si les objectifs en matière de coûts ne sont pas atteints, l'autorité compétente est tenue de prendre des mesures visées à l'art. 54d au plus tard pour la huitième année suivant l'entrée en vigueur de la modification du ...

⁷ Les sommes que les titulaires d'autorisation ont remboursées au fonds d'insolvabilité à la suite de l'examen du caractère économique des médicaments de la liste des spécialités en vertu de l'ancien droit sont transférées au fonds pour les restitutions visé à l'art. 18, al. 2^{septies}, let. b, à l'entrée en vigueur de la modification du

IV

¹ La présente loi est sujette au référendum.

² Elle constitue le contre-projet indirect à l'initiative populaire du 10 mars 2020 « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) »⁸.

³ Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur.

⁷ FF 2019 4293

⁸ FF 2020 4644

Modification d'autres actes

Les actes mentionnés ci-après sont modifiés comme suit:

1. Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité⁹

Art. 14 Étendue des mesures médicales et conditions de prise en charge

¹ Les mesures médicales comprennent:

- a. les traitements et examens liés à ces traitements qui sont dispensés sous forme ambulatoire ou en milieu hospitalier ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par:
 1. des médecins,
 2. des chiropraticiens,
 3. des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien;
- b. les prestations de soins fournies sous forme ambulatoire;
- c. 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;
- d. les mesures de réhabilitation effectuées ou prescrites par un médecin;
- e. le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune;
- f. les prestations des pharmaciens lors de la remise des médicaments prescrits conformément à la let. c;
- g. les frais de transport médicalement nécessaires.

² L'art. 32 LAMal¹⁰ s'applique par analogie aux mesures médicales. Leur efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques; dans le cas des maladies rares, la fréquence de l'apparition d'une maladie est prise en considération.

³ L'assurance ne prend pas en charge la logopédie.

⁴ Pour décider si le traitement sera dispensé sous forme ambulatoire ou en milieu hospitalier, l'assurance tient équitablement compte des propositions du médecin traitant et des conditions personnelles de l'assuré.

⁹ RS 831.20

¹⁰ RS 832.10

Art. 14^{bis}, titre et 1^{re} phrase

Prise en charge des traitements en milieu hospitalier

Les frais des traitements dispensés en milieu hospitalier au sens de l'art. 14, al. 1, dans un hôpital admis en vertu de l'art. 39 LAMal¹¹ sont pris en charge à hauteur de 80 % par l'assurance et de 20 % par le canton de résidence de l'assuré. ...

Art. 14^{ter} Détermination des prestations

¹ Le Conseil fédéral détermine:

- a. les conditions auxquelles doivent satisfaire les mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12, al. 3;
- b. les infirmités congénitales donnant droit à des mesures médicales en vertu de l'art. 13;
- c. les prestations de soins dont le coût est pris en charge.

² Il peut prévoir la prise en charge du coût de mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 qui ne répondent pas aux principes fixés à l'art. 14, al. 2, si ces mesures sont nécessaires à la réadaptation. Il détermine la nature et l'étendue des mesures.

³ Il peut régler le remboursement des médicaments:

- a. qui sont utilisés:
 1. pour d'autres indications que celles autorisées par Swissmedic dans l'information professionnelle, ou
 2. en dehors du domaine d'indication fixé dans la liste des spécialités ou dans la liste établie en vertu de l'al. 5;
- b. qui sont autorisés en Suisse, mais ne figurent pas sur la liste des spécialités ou sur la liste établie en vertu de l'al. 5, ou
- c. qui ne sont pas autorisés en Suisse.

⁴ Il peut déléguer au Département fédéral de l'intérieur (DFI) ou à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) les compétences visées aux al. 1 à 3.

⁵ L'office fédéral compétent dresse une liste des médicaments destinés au traitement des infirmités congénitales au sens de l'art. 13, y compris les prix maximaux de la prise en charge, pour autant que ces médicaments ne figurent pas sur la liste des spécialités visée à l'art. 52, al. 1, let. b, LAMal¹².

⁶ Lorsqu'il fixe le prix des médicaments visés à l'al. 5, l'office fédéral compétent peut prévoir pour le titulaire de l'autorisation l'obligation de restituer une partie du prix des médicaments au Fonds de compensation de l'AI au sens de l'art. 79, pour autant que le respect des principes énoncés à l'art. 32 LAMal le requiert.

⁷ Le Conseil fédéral règle:

¹¹ RS 832.10

¹² RS 832.10

- a. les conditions auxquelles les restitutions visées à l'al. 6 peuvent être prévues;
- b. le calcul et les modalités de la restitution.

⁸ L'accès aux documents officiels au sens de l'art. 5 de la loi du 17 décembre 2004 sur la transparence¹³ est refusé dans la mesure où ils concernent le montant, le calcul ou les modalités des restitutions au sens des al. 6 et 7.

Art. 47b Facturation électronique

L'OFAS désigne les fournisseurs de prestations qui doivent transmettre leurs factures sous forme électronique. Le standard pour la transmission électronique de la facture se fonde sur celui défini à l'art. 42, al. 3^{ter}, LAMal¹⁴.

2. Loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale¹⁵

Art. 48, let. c

Abrogée

¹³ RS 152.3

¹⁴ RS 832.10

¹⁵ RS 832.12