



Berne, 20 novembre 2024

Modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)

(Facturation des analyses, changement
d'assurance en cours d'année et obligation de
communiquer le montant des versements de
compensation)

Commentaire



Table des matières

1	Contexte	3
2	Grandes lignes du projet	3
	2.1 Facturation des analyses.....	3
	2.2 Changement d'assurance en cours d'année.....	5
	2.3 Obligation de communiquer le montant des versements de compensation.....	6
3	Commentaire des dispositions	8
4	Conséquences	8
	4.1 Conséquences pour la Confédération.....	8
	4.2 Conséquences pour les cantons et les communes ainsi que pour les centres urbains, les agglomérations et les régions de montagne	9
	4.3 Conséquences pour l'économie.....	9
	4.4 Conséquences sociales, environnement et autres.....	10
5	Aspects juridiques	10
	5.1 Compatibilité avec les obligations internationales de la Suisse.....	10
	5.2 Délégation de compétences législatives	10
	5.3 Sous-délégation de compétences législatives.....	10
6	Entrée en vigueur	10

Commentaire

1 Contexte

Le 18 juin 2021, le Parlement a adopté une modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) intitulée « Mesures visant à freiner la hausse des coûts, volet 1a ». Par cette modification, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2023, le législateur a réglé le tarif des forfaits par patient liés aux traitements ambulatoires, lequel doit reposer sur une structure uniforme fixée par convention sur le plan suisse. Cette réglementation se trouve à l'art. 43, al. 5, 5^{ter} et 5^{quater}, LAMal. Après son entrée en vigueur, il est apparu qu'une modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) s'imposait concernant la facturation des analyses.

Le Conseil fédéral saisit cette occasion pour procéder simultanément à d'autres adaptations dans l'OAMal. Il souhaite notamment accorder plus de liberté aux assurés, par exemple en cas d'événements imprévus (déménagement dans une région où le montant des primes est plus élevé, chômage, formation continue, etc.). Ainsi, s'ils ont opté pour l'assurance avec franchise à option et libre choix des fournisseurs de prestations, il convient qu'ils puissent changer en cours d'année pour une assurance limitant ce choix. Par ailleurs, les cantons ont demandé que les assureurs soient tenus de leur communiquer, en plus du montant de la prime approuvée, celui des versements de compensation en cas de réduction volontaire des réserves.

La présente modification entre en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

2 Grandes lignes du projet

2.1 Facturation des analyses

Introduction

En ce qui concerne les laboratoires, les premières règles générales en matière de facturation ont été instaurées par la modification de l'OAMal du 6 juin 2003 (RO 2003 3251), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004. Elles prévoient que, pour les analyses, la facture remise au débiteur de la rémunération soit établie exclusivement par le laboratoire qui a effectué les analyses, sous réserve des tarifs forfaitaires visés à l'art. 49 LAMal. La modification de l'OAMal proposée complète cette disposition afin de tenir compte de la réglementation applicable aux forfaits pour le domaine ambulatoire entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2023 (RO 2021 837 ; FF 2019 5765).

Aux termes de l'art. 52, al. 1, let. a, ch. 1, LAMal, le DFI édicte une liste des analyses avec tarif (LA)¹. Celle-ci constitue l'annexe 3 de l'OPAS et contient les analyses effectuées en ambulatoire qui sont prises en charge par l'AOS. La LA est une liste positive, ce qui signifie que seules les analyses qui y figurent peuvent être prises en charge par l'assurance-maladie (art. 34, al. 1, LAMal). De plus, les laboratoires comptent au nombre des fournisseurs de prestations au sens de la LAMal. Or, pour ce

¹ Annexe 3 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31).

qui est des analyses, les catégories de personnes autorisées à fournir ou à facturer des prestations à la charge de l'AOS sont réglées de manière exhaustive².

Comme les règles de facturation inscrites à l'art. 42, al. 3, LAMal constituent un important instrument de contrôle de l'économicité, il a été prévu au niveau de l'ordonnance que la facture doit indiquer notamment les dates de traitement et les prestations fournies (art. 59 OAMal). La désignation de l'auteur de la facture revêt ici une importance particulière. Les prestations à la charge de l'AOS ne peuvent être facturées au patient que par la personne qui les a effectivement fournies (art. 42, al. 3, LAMal). Tant les conditions d'admission réglées aux art. 35 ss LAMal que la facturation et la tarification visées aux art. 42 ss LAMal, ainsi que le contrôle de l'économicité et l'assurance qualité au sens des art. 56 ss LAMal, se réfèrent à la notion de fournisseur de prestations.

La loi définit à l'art. 42, al. 1 et 2, LAMal qui est débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. C'est en principe à l'assuré de rémunérer ce dernier pour sa prestation. Il a, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant). Il est toutefois possible de déroger à ce principe : assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (art. 42, al. 2, LAMal ; système du tiers payant).

Pour les analyses de laboratoire, la facture remise au débiteur de la rémunération doit être établie exclusivement par le fournisseur de prestations (médecin, laboratoire privé, pharmacien, hôpital) qui a effectué les analyses (art. 42, al. 3, LAMal et 59, al. 1 et 3, OAMal). Cette règle s'applique aussi, en particulier, quand l'analyse a été faite par un laboratoire privé sur mandat d'un médecin ou d'un hôpital. Font exception les analyses effectuées dans le cadre d'un traitement stationnaire. Dans ce cas, conformément à l'art. 49 LAMal, le laboratoire privé facture la prestation directement à l'hôpital qui l'a mandaté. Une facturation conforme à la vérité suppose non seulement que le prestataire qui a effectivement fourni la prestation établisse la facture et y figure en tant que créancier, mais aussi que le montant facturé soit conforme à la vérité. C'est particulièrement important, parce que le médecin de répercuter sur le débiteur de la rémunération (patient ou assureur-maladie) les avantages directs ou indirects qu'il perçoit du laboratoire en rapport avec l'analyse effectuée (art. 56, al. 3, LAMal).

Le but de cette disposition est que les prestations fournies par les différents prestataires soient facturées de façon transparente. Les fournisseurs de prestations qui contournent les règles de facturation en ne mentionnant pas comme telles les prestations fournies par des tiers afin d'en tirer des avantages au détriment de l'agent payeur s'exposent à des sanctions pénales (art. 92, al. 1, let. d, LAMal). C'est pour cette raison que la transparence en ce qui concerne la facturation des prestations de laboratoire a été améliorée par la règle imposant de distinguer clairement des autres prestations, sur la facture, les analyses prises en charge par l'AOS³.

² Peuvent être admis à facturer leurs prestations à la charge de l'AOS les laboratoires de cabinets médicaux, d'hôpitaux et de pharmacies, ainsi que les laboratoires privés, à condition de disposer d'une autorisation (de police sanitaire) cantonale, d'installations adéquates et du personnel spécialisé nécessaire, et d'avoir prévu des mesures d'assurance qualité (art. 53 f. OAMal). S'ils effectuent des analyses de dépistage de maladies transmissibles, ils doivent en outre obtenir une autorisation de Swissmedic (art. 53, al. 3, OAMal) S'ils effectuent des analyses cytogénétiques ou moléculaires, une autorisation correspondante de l'OFSP est nécessaire (art. 53, let. e^{bis}, OAMal).. Des exigences particulières en matière de formation et de formation postgrade s'appliquent aux personnes qui les dirigent, surtout en ce qui concerne les laboratoires privés et les laboratoires d'hôpitaux (art. 54, al. 2 et 3, OAMal ; art. 42 et 43 OPAS).

³ [RAMA 1/2005](#), p. 22 s., consid. 7.3.

Motifs de la révision

En 2019, le Conseil fédéral a adopté le message concernant la révision partielle de la LAMal intitulée « Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1^{er} volet ». Le Parlement a scindé ce volet en deux (volets 1a et 1b) et adopté le premier le 18 juin 2021. Le volet 1a comprend, entre autres, l'encouragement des tarifs forfaitaires dans le secteur ambulatoire. Entrés en vigueur le 1^{er} janvier 2023, les nouveaux alinéas 5, 5^{ter} et 5^{quater} de l'art. 43 LAMal prévoient à cet égard que les tarifs forfaitaires par patient liés aux traitements ambulatoires doivent eux aussi reposer sur une seule structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. Les forfaits priment sur les structures tarifaires à la prestation lorsqu'ils sont convenus par les partenaires tarifaires. Le sens et le but d'un forfait patient est que, outre les prestations médicales et les prestations non médicales, les médicaments, les analyses, etc. peuvent faire partie d'un forfait ambulatoire. L'objectif des forfaits est de rendre les prestations et les prix plus transparents et comparables dans toute la Suisse.

L'art. 59, al. 3, OAMal prévoit que, pour les analyses, la facture remise au débiteur de la rémunération soit établie exclusivement par le laboratoire qui a effectué les analyses. Cela a contribué, on l'a vu, à améliorer la transparence en ce qui concerne la facturation des prestations des laboratoires. Par rapport à la nouvelle réglementation applicable aux tarifs forfaitaires dans le secteur ambulatoire, cette disposition peut néanmoins avoir un effet limitatif, puisque les analyses doivent figurer séparément sur les factures et ne peuvent pas être facturées comme partie intégrante du forfait. C'est pourquoi il convient d'adapter l'OAMal en ce qui concerne les analyses qui font partie d'un tarif forfaitaire dans le secteur ambulatoire et ne sont donc pas facturées par le laboratoire au débiteur de la prestation. S'agissant des analyses de laboratoire et de leur facturation, l'OFSP rend ainsi les choses claires pour les fournisseurs de prestations, les assureurs et les assurés. Il appartient aux partenaires tarifaires, dans le cadre de la tarification des forfaits par patient liés aux prestations ambulatoires, de garantir, pour les analyses que l'AOS prend en charge, que les avantages accordés soient pris en compte et que seuls les coûts effectifs de l'analyse soient facturés. Dans le domaine des tarifs forfaitaires basés sur les coûts, les avantages sont en principe intégrés dans les calculs tarifaires par le biais des coûts d'exploitation plus bas et les assurés à l'AOS bénéficient des tarifs ou des prix plus bas qui en résultent. Selon le (modèle de) tarif, la réduction ne doit donc pas être indiquée séparément dans le cadre de la facturation (cf. art. 76a OAMal), car les coûts inférieurs sont déjà pris en compte dans le calcul des forfaits.

2.2 Changement d'assurance en cours d'année

Introduction

Par « assurance ordinaire », on entend l'assurance obligatoire des soins hors formes particulières d'assurance (art. 62 LAMal), avec franchise ordinaire (300 fr.) et libre choix des fournisseurs de prestations, à l'exclusion de l'assurance avec bonus. Cette définition ressort de l'interprétation des articles relatifs aux formes particulières d'assurance dans la section 2 de l'OAMal, où le terme d'assurance ordinaire revient à plusieurs reprises (art. 93 et 95 à 100). Aux termes de l'art. 100, al. 2, OAMal, le passage de l'assurance ordinaire à une assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations est possible à tout moment.

Par « formes particulières d'assurance », on entend l'assurance avec franchise à option, l'assurance avec bonus et l'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations. Les assurés ayant opté pour un modèle de ce type ne peuvent changer

d'assurance qu'à la fin d'une année civile. Cette règle concerne particulièrement les assurés avec franchise à option (art. 93 à 95 OAMal) et libre choix des fournisseurs de prestations. Il ne leur est actuellement pas possible de changer en cours d'année pour une assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations. Il importe de changer cette situation.

Motifs de la révision

Le Conseil fédéral a été prié, par une question du Parlement (18.1084), d'expliquer plus précisément l'art. 100, al. 2, OAMal. L'auteur de la question observait que, si son interprétation était correcte, les personnes ayant conclu une forme d'assurance avec franchise à option ne pouvaient pas passer en cours d'année à un modèle d'assurance plus économique limitant le choix du fournisseur de prestations (forme particulière d'assurance appelée aussi modèle alternatif, p. ex. modèle du médecin de famille, HMO ou premier conseil par téléphone), quand bien même elles avaient le libre choix du fournisseur de prestations.

Le Conseil fédéral voit d'un bon œil les solutions d'assurance sur un modèle alternatif et souhaite notamment accorder plus de liberté aux assurés, par exemple en cas d'événements imprévus (déménagement dans une région où le montant des primes est plus élevé, chômage, formation continue, etc.). Il convient donc d'adapter l'OAMal en ce sens, en offrant à tous les assurés ayant le libre choix du fournisseur de prestations (qu'ils aient opté pour l'assurance ordinaire ou l'assurance avec franchise à option) la possibilité de passer en cours d'année (et non plus uniquement à la fin de l'année civile), chez le même assureur, à une assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations. Un changement d'assureur en cours d'année restera par contre exclu, de même que le passage en cours d'année d'une forme particulière d'assurance à une autre au sein de l'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations.

Cette adaptation permettra aux assurés ayant le libre choix du fournisseur de prestations d'opter pour un modèle plus avantageux. Cet assouplissement ne doit cependant pas être élargi au point d'admettre un changement en cours d'année pour un autre assureur ou un autre modèle d'assurance car, au moment de leur fixation, les primes sont calculées pour une année civile entière.

La mise en œuvre de cette adaptation nécessite une modification de l'art. 100, al. 2, OAMal, avec suppression des mots « de l'assurance ordinaire ». Simultanément, il est précisé que seul le passage d'une assurance avec libre choix des fournisseurs de prestations à une assurance limitant ce choix est possible à tout moment. Par conséquent, il est également nécessaire de modifier l'article 94, alinéa 2, OAMal. Cet alinéa prévoit que le passage à une autre forme d'assurance n'est possible que pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis respectant les délais prévus à l'article 7, alinéas 1 et 2, de la loi. Le terme "à une autre forme d'assurance" doit être supprimé. Cela permet d'éviter une contradiction avec l'article 100, alinéa 2, OAMal.

2.3 Obligation de communiquer le montant des versements de compensation

Introduction

L'assurance-maladie sociale est financée selon le système de couverture des besoins. La loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSAMal ; RS 832.12) prévoit que les primes doivent couvrir les coûts attendus. Pour fixer les primes de l'année suivante, les assureurs se fondent sur les chiffres

des années précédentes, les extrapolations pour l'année en cours et les estimations pour l'année suivante. Étant donné que ces deux derniers éléments comportent par nature des facteurs d'incertitude, il n'est pas exclu que, par la suite, les primes approuvées ne correspondent pas tout à fait aux coûts effectifs. L'entier des bénéfices éventuels vient alimenter les réserves de l'assureur, qui permettent quant à elles de couvrir les pertes éventuelles.

Les assureurs peuvent réduire leurs réserves de leur propre initiative, pour autant qu'ils disposent en tous les cas, après réduction, d'un taux de solvabilité d'au moins 100 %. Cette réduction passe en premier lieu par un calcul des primes au plus juste. Si, après avoir calculé leurs primes ainsi, les assureurs disposent toujours de réserves excessives, ils peuvent verser aux assurés un montant compensatoire. Le montant fixé est réparti entre les assurés du champ territorial d'activité de l'assureur selon une clé de répartition appropriée, déterminée par l'assureur. L'assureur porte le montant de la compensation en déduction de la prime approuvée par l'autorité de surveillance et l'indique séparément sur la facture de prime (art. 26, al. 5, de l'ordonnance du 18 novembre 2015 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale [OSAMal ; RS 832.121]).

Les assureurs fixent le montant des primes de manière uniforme, par personne, indépendamment du revenu, selon la classe d'âge (enfants, jeunes adultes et adultes), la région de résidence, le modèle d'assurance et le montant de la franchise, ainsi que la couverture accident, le cas échéant. À titre de correctif social à cette prime dite unique, la LAMal prévoit que les cantons réduisent les primes des assurés de condition économique modeste.

Les assureurs font bénéficier leurs assurés, y compris ceux dont les primes ont été réduites par le canton, de la réduction volontaire de leurs réserves, via un montant compensatoire. Actuellement, aucune obligation légale ne leur est faite de communiquer ces versements au canton, même si celui-ci a assumé partiellement ou entièrement le paiement des primes de certains assurés.

Motifs de la révision

Les cantons demandent que les assureurs soient tenus de leur communiquer, en plus du montant de la prime approuvée, celui des versements de compensation. Cette adaptation leur permettra de tenir compte de ce montant dans le calcul de la réduction de primes, si la législation cantonale le prévoit.

Cette révision concerne en premier lieu la communication par les assureurs aux cantons du montant compensatoire dans le cadre de la réduction volontaire des réserves. Les cantons peuvent ensuite, dans un deuxième temps, tenir compte du montant compensatoire pour les assurés qui bénéficient d'une réduction de primes, pour autant que leur système de réduction de primes le prévoit. La communication du montant compensatoire concerne alors tous les assurés. Le principe de l'article 65, alinéa 1, LAMal, selon lequel les cantons accordent des réductions de primes aux assurés de condition économique modeste, reste déterminant. La mention explicite de l'obligation d'annoncer dans l'ordonnance facilite la révision du concept d'échange de données liées à la réduction des primes ainsi que sa mise en œuvre. Il n'est pas prévu que les assureurs versent les montants compensatoires au canton. Comme auparavant, le canton annonce à l'assureur les assurés éligibles qui ont droit à une réduction des primes ainsi que les montants de cette réduction, conformément à l'article 106b, alinéa 2, let. b, OAMal.

3 Commentaire des dispositions

Art. 59, al. 3 Facturation des analyses

Pour les motifs exposés plus haut, il importe de compléter l'art. 59 OAMal par une réserve supplémentaire à l'al. 3 concernant les tarifs des forfaits par patient dans le secteur ambulatoire (art. 43, al. 5 à 5^{quater}, LAMal).

Article 94, alinéa 2, OAMal b. Adhésion et sortie, changement de franchise

A l'article 94, alinéa 2, OAMal, le passage "à une autre forme d'assurance" est supprimé. Il n'y a donc pas de contradiction avec l'article 100, alinéa 2, révisé, OAMal.

Art. 100, al. 2 Changement d'assurance en cours d'année

La notion d'« assurance ordinaire » est rayée de l'art. 100, al. 2. Il est précisé en outre que seuls les assurés ayant opté pour une assurance avec libre choix des fournisseurs de prestations peuvent passer en tout temps à une assurance limitant ce choix. Il est garanti ainsi que seules ces personnes – qui peuvent aussi être au bénéfice d'une franchise à option – peuvent opter en cours d'année, auprès du même assureur, pour un modèle avec choix limité des fournisseurs de prestations.

Art. 106c, al. 1 Obligation de communiquer le montant des versements de compensation

Une nouvelle phrase vient compléter cet alinéa. Elle précise que l'assureur communique au canton, outre le montant de la prime approuvée, celui du versement de compensation visé à l'art. 26, al. 4, OSAMal.

4 Conséquences

4.1 Conséquences pour la Confédération

Facturation des analyses

Le complément ajouté à l'art. 59, al. 3, OAMal, selon lequel les analyses comprises dans les forfaits par patient visés aux art. 43, al. 5 à 5^{quater}, LAMal ne doivent pas être facturées séparément, peut contribuer à freiner les coûts. En effet, avec l'encouragement des forfaits pour le domaine ambulatoire, on peut s'attendre à moyen terme à un effet général de frein aux coûts pour l'AOS. On peut par conséquent se référer à l'application en cours du volet 1a des mesures visant à freiner la hausse des coûts concernant les forfaits ambulatoires (voir FF 2019 5855 ss.) en ce qui concerne les conséquences financières et l'état du personnel de la Confédération (mais également des autres acteurs).

Changement d'assurance en cours d'année

Cette modification n'entraîne aucune conséquence pour la Confédération. Pour les assurés, en revanche, une mesure est prise qui leur permet, par exemple en cas d'événements imprévus (déménagement dans une région où le montant des primes est plus élevé, chômage, formation continue, etc.) de passer en cours d'année à une assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations, plus avantageuse pour eux.

Obligation de communiquer le montant des versements de compensation

Cette modification n'entraîne aucune conséquence pour la Confédération.

4.2 Conséquences pour les cantons et les communes ainsi que pour les centres urbains, les agglomérations et les régions de montagne

Facturation des analyses

Cette modification n'entraîne aucune charge supplémentaire pour les cantons, car le droit actuel leur confère déjà la compétence d'approuver les conventions tarifaires cantonales en vigueur. Les autorités cantonales sont également déjà familiarisées avec la réglementation spéciale applicable dans le droit en vigueur à la facturation des traitements hospitaliers stationnaires visés à l'art. 49 LAMal. Il leur faudra donc uniquement veiller à ce que les avantages éventuels soient pris en compte dans la tarification forfaitaire et que le régime tarifaire soit clairement défini. Aucune conséquence ne devrait en résulter pour les communes, les centres urbains, les agglomérations et les régions de montagne.

Changement d'assurance en cours d'année

Les cantons déterminent, dans les limites du cadre légal fédéral (art. 65 LAMal et art. 10, al. 3, let. d, de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI [LPC ; RS 831.30]), pour qui et dans quelles proportions ils réduisent les primes. La disposition citée de la LPC prévoit que la prime effective peut être réduite à raison de 100 % au maximum, ce que font quelques cantons. Autre mesure, un canton accorde un bonus aux assurés qui concluent une assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations. Il faut par conséquent que l'assureur communique la nouvelle prime au canton afin que celui-ci puisse modifier le montant de la réduction de primes. Le changement d'assurance en cours d'année a donc des conséquences à cet égard pour les cantons.

Pour les communes, les centres urbains, les agglomérations et les régions de montagne, en revanche, aucune conséquence ne devrait en résulter.

Obligation de communiquer le montant des versements de compensation

Cette modification d'ordonnance a été demandée par les cantons. Elle leur permettra de tenir compte du montant des versements de compensation dans le calcul de la réduction de primes, si leur législation le prévoit.

Aucune conséquence ne devrait en résulter pour les communes, les centres urbains, les agglomérations et les régions de montagne.

4.3 Conséquences pour l'économie

Facturation des analyses

Les conséquences financières éventuelles concernent avant tout les frais initiaux liés à l'introduction des forfaits par patient, tant pour les partenaires tarifaires que pour les autorités compétentes. C'est pourquoi on peut se référer à l'application en cours du volet 1a des mesures visant à freiner la hausse des coûts en ce qui concerne les forfaits pour le secteur ambulatoire.

Changement d'assurance en cours d'année

La nouvelle possibilité de passer en cours d'année d'une assurance avec libre choix des fournisseurs de prestations à une assurance limitant ce choix a des conséquences avant tout pour les assurés qui en profitent, car ils peuvent ainsi diminuer la charge que représentent les primes. Les assurances avec choix limité des fournisseurs de prestations baissent en effet les coûts et permettent une meilleure coordination.

Obligation de communiquer le montant des versements de compensation

Cette modification n'entraîne aucune conséquence pour l'économie.

4.4 Conséquences sociales, environnement et autres

Aucune de ces dispositions ne devrait avoir de conséquences pour la société.

5 Aspects juridiques

5.1 Compatibilité avec les obligations internationales de la Suisse

La présente modification de l'OAMal n'entraîne aucune conséquence notable en dehors de la Suisse.

5.2 Délégation de compétences législatives

Ces modifications se fondent sur la compétence d'exécution du Conseil fédéral (art. 96 LAMal). La modification de l'art. 59, al. 3, OAMal se fonde sur l'art. 42, al. 3, LAMal. Les modifications de l'art. 100, al. 2, OAMal et de l'art. 94, al. 2, OAMal se fondent sur l'art. 41, al. 4, LAMal (et l'art. 62 LAMal), et celle de l'art. 106c, al. 1, OAMal sur l'art. 65 LAMal (ainsi que sur l'art. 14 LSAMal).

5.3 Sous-délégation de compétences législatives

Le nouvel art. 106c, al. 1, OAMal concernant l'obligation de communication nécessitera, après l'entrée en vigueur de la présente ordonnance, une modification de l'ordonnance du DFI du 13 novembre 2012 sur l'échange de données relatif à la réduction des primes (OEDRP-DFI ; RS 832.102.2).

Il n'est pas prévu de sous-délégation de compétences législatives pour la modification concernant la facturation des analyses ni pour celle concernant le changement d'assurance en cours d'année.

6 Entrée en vigueur

La présente modification entre en vigueur le 1^{er} janvier 2025.