



*Délai référendaire: 18 avril 2024*

---

## **Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Financement uniforme des prestations)**

### **Modification du 22 décembre 2023**

---

*L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,*

vu le rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique  
du Conseil national du 5 avril 2019<sup>1</sup>,  
vu l'avis du Conseil fédéral du 14 août 2019<sup>2</sup>,

*arrête:*

I

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie<sup>3</sup> est modifiée comme suit:

*Art. 16, al. 3<sup>bis</sup>*

<sup>3bis</sup> Elles sont calculées après déduction de la contribution cantonale au financement de l'assurance obligatoire des soins au sens de l'art. 60.

*Art. 18, al. 2<sup>sexies</sup>, 2<sup>octies</sup> et 5, 1<sup>re</sup> phrase*

<sup>2sexies</sup> Elle calcule et prélève les contributions cantonale et fédérale conformément à l'art. 60 et les répartit entre les assureurs conformément à l'art. 60a. À cet effet, elle constitue un comité autonome spécialisé auquel les cantons participent de manière appropriée.

<sup>2octies</sup> Elle peut assumer, contre indemnisation, d'autres tâches d'exécution qui lui sont confiées par les cantons.

<sup>5</sup> Pour financer les tâches visées aux al. 2, <sup>2sexies</sup> et 4, les assureurs versent à l'institution commune des contributions à la charge de l'assurance-maladie sociale. ...

1 FF 2019 3411

2 FF 2019 5497

3 RS 832.10

*Art. 21* Données des assureurs

<sup>1</sup> Les assureurs sont tenus de transmettre régulièrement à l'OFSP et aux cantons les données dont ceux-ci ont besoin pour accomplir les tâches respectives que la présente loi leur assigne.

<sup>2</sup> Les données doivent être transmises sous une forme agrégée. 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. à l'OFSP, pour 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. à l'OFSP, pour effectuer une analyse des effets de la loi et de ses dispositions d'exécution et pour préparer les bases de décision en vue d'une révision de la loi et de ses dispositions d'exécution;
- c. à l'OFSP, pour évaluer la compensation des risques;
- d. aux cantons, pour surveiller les fournisseurs de prestations, pour planifier afin de couvrir les besoins en soins dans les hôpitaux, les établissements médico-sociaux et les maisons de naissance ainsi que pour limiter le nombre de médecins.

<sup>3</sup> L'OFSP et les cantons sont responsables de garantir l'anonymat des assurés dans le cadre de l'exploitation des données.

<sup>4</sup> L'OFSP met les données qu'il a collectées à la disposition des fournisseurs de données, des cantons, des milieux de la recherche et de la science ainsi que du public.

<sup>5</sup> Le Conseil fédéral édicte, avec le concours des cantons et des assureurs, des dispositions détaillées sur la collecte, le traitement et la transmission des données visées à l'al. 1, dans le respect du principe de la proportionnalité.

*Art. 25, al. 2, let. a, phrase introductive*

<sup>2</sup> Ces prestations comprennent:

- a. les examens, traitements et prestations de soins dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social par:

*Art. 25a**Abrogé**Art. 33, al. 2<sup>bis</sup> et 2<sup>ter</sup>*

<sup>2bis</sup> Dans sa désignation des prestations de soins, il tient compte des besoins en soins des personnes qui souffrent de maladies complexes et de celles qui ont besoin de soins palliatifs. Il définit quelles prestations de soins peuvent être fournies sans prescription ni mandat médical.

<sup>2ter</sup> Il fixe la procédure d'évaluation des besoins en soins et règle la coordination entre les médecins traitants et les infirmiers.

*Art. 41, al. 1, 1<sup>re</sup> phrase, 1<sup>bis</sup>, 1<sup>ter</sup>, 2<sup>bis</sup> à 2<sup>quater</sup>, 3, 3<sup>bis</sup> et 4, 2<sup>e</sup> à 4<sup>e</sup> phrases*

<sup>1</sup> En cas d'examens, de traitements et de prestations de soins dispensés sous forme ambulatoire ou dans un établissement médico-social, l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. ...

<sup>1bis</sup> En cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). Si l'assuré se soumet à un traitement hospitalier dans un hôpital répertorié qui ne figure pas sur la liste de son canton de résidence, l'assureur prend en charge la rémunération comme suit:

- a. jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence;
- b. jusqu'à concurrence du tarif applicable pour le fournisseur de prestations choisi pour autant que l'une des conditions suivantes soit remplie:
  1. l'assuré a besoin d'urgence du traitement hospitalier, ou
  2. le canton de résidence a autorisé préalablement le traitement chez le fournisseur de prestations choisi; il accorde son autorisation si aucun hôpital répertorié sur sa liste ne peut fournir les prestations nécessaires.

<sup>1ter</sup> L'al. 1<sup>bis</sup>, à l'exception de la let. b, s'applique par analogie aux maisons de naissance.

<sup>2bis</sup> L'al. 1<sup>bis</sup> s'applique par analogie à la prise en charge de la rémunération pour les assurés suivants qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni lorsqu'ils se soumettent à un traitement hospitalier dans un hôpital répertorié:

- a. les frontaliers et les membres de leur famille;
- b. les membres de la famille des personnes qui sont titulaires d'une autorisation d'établissement, d'une autorisation de séjour ou d'une autorisation de séjour de courte durée en Suisse;
- c. les personnes qui perçoivent une prestation de l'assurance-chômage suisse et les membres de leur famille.

<sup>2ter</sup> Pour les assurés visés à l'al. 2<sup>bis</sup>, le canton de résidence au sens de la présente loi est le canton auquel ils sont rattachés.

<sup>2quater</sup> Si des assurés qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni et qui touchent une rente suisse ou des membres de leur famille se soumettent à un traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur prend en charge la rémunération jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de référence. Le Conseil fédéral détermine le canton de référence. Si l'assuré a besoin d'urgence du traitement hospitalier, l'assureur prend en charge la rémunération selon le tarif applicable dans le canton où se situe le fournisseur de prestations.

<sup>3</sup> et <sup>3bis</sup> *Abrogés*

<sup>4</sup> ... Les prestations que la loi rend obligatoires sont garanties dans tous les cas. L'assureur n'est tenu de prendre en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par des fournisseurs auxquels l'assuré a limité son choix; il n'est pas tenu de prendre en charge les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par d'autres fournisseurs, sauf s'il a donné préalablement une garantie particulière de prise en charge ou que l'assuré a eu besoin d'urgence du traitement. L'assureur donne la garantie de prise en charge si le traitement n'est pas prodigué par les fournisseurs de prestations qu'il a désignés.

*Art. 42, al. 2, 2<sup>e</sup> phrase, et 3*

<sup>2</sup> ... En cas de traitement hospitalier, l'assureur est, en dérogation à l'al. 1, le débiteur de la rémunération.

<sup>3</sup> 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 lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Dans le système du tiers payant, le fournisseur de prestations est tenu de transmettre à l'assuré une copie de la facture qui est adressée à l'assureur sans que l'assuré n'ait à le demander. L'assureur et le fournisseur de prestations peuvent convenir que l'assureur fait parvenir la copie de la facture à l'assuré. La facture peut également être transmise à l'assuré par voie électronique. Le Conseil fédéral règle les modalités.

*Art. 47a, titre, al. 1, 3 à 5 et 7*

Organisations chargées des structures tarifaires pour les traitements ambulatoires et pour les prestations de soins

<sup>1</sup> Les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs instituent, avec les cantons, une organisation chargée de l'élaboration, du développement, de l'adaptation et de la maintenance des structures tarifaires, d'une part, pour les traitements médicaux ambulatoires et, d'autre part, pour les prestations de soins qui sont dispensées sous forme ambulatoire ou dans un établissement médico-social. Les fédérations des fournisseurs de prestations et des assureurs ainsi que les cantons doivent être représentés de manière équitable dans les organes de l'organisation qui est responsable de la structure tarifaire les concernant.

<sup>3</sup> Si une telle organisation fait défaut ou si elle ne satisfait pas aux exigences légales, le Conseil fédéral l'institue pour les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs, ainsi que pour les cantons.

<sup>4</sup> Si les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs ainsi que les cantons ne parviennent pas à s'entendre sur des principes concernant la forme, le fonctionnement et le financement d'une organisation, le Conseil fédéral fixe ces principes, après avoir consulté les organisations intéressées.

<sup>5</sup> Les fournisseurs de prestations et les assureurs sont tenus de communiquer gratuitement aux organisations les données nécessaires à l'élaboration, au développement, à l'adaptation et à la maintenance des structures tarifaires.

<sup>7</sup> Les structures tarifaires élaborées par les organisations et leurs adaptations sont soumises par les partenaires tarifaires au Conseil fédéral pour approbation.

*Art. 47b*            Communication de données dans le domaine des tarifs  
pour les traitements ambulatoires et les prestations de soins

<sup>1</sup> Les fournisseurs de prestations, les assureurs et leurs fédérations respectives ainsi que les organisations visées à l'art. 47a sont tenus de communiquer gratuitement au Conseil fédéral ou au gouvernement cantonal compétent, sur demande, les données nécessaires à l'exercice des tâches visées aux art. 43, al. 5 et 5<sup>bis</sup>, 46, al. 4, et 47. Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur le traitement des données, dans le respect du principe de la proportionnalité.

<sup>2</sup> En cas de manquement à l'obligation de communiquer les données prévue à l'al. 1, le DFI ou le gouvernement cantonal compétent peut prononcer des sanctions à l'encontre des fournisseurs de prestations et des assureurs concernés et de leurs fédérations respectives ainsi qu'à l'encontre des organisations visées à l'art. 47a. Les sanctions sont les suivantes:

- a. l'avertissement;
- b. une amende de 20 000 francs au plus.

*Art. 47c, al. 2<sup>bis</sup>, 3, 1<sup>re</sup> phrase, 5, 1<sup>re</sup> phrase, et 7*

<sup>2bis</sup> Les mesures visées à l'al. 1 qui portent sur des prestations de soins fournies sans prescription ou mandat médical doivent être intégrées dans des conventions valables pour l'ensemble du territoire suisse.

<sup>3</sup> Les conventions visées aux al. 2 et 2<sup>bis</sup> doivent être soumises pour approbation à l'autorité compétente selon l'étendue de leur validité. ...

<sup>5</sup> Les conventions visées aux al. 2 et 2<sup>bis</sup> définissent les facteurs qui peuvent expliquer une augmentation des quantités et des coûts, mais qui échappent à l'influence des fournisseurs de prestations et des assureurs, en particulier le progrès médical et technique et les développements sociodémographiques ou politiques. ...

<sup>7</sup> Si les fournisseurs de prestations et les assureurs, ou leurs fédérations respectives, ne parviennent pas à s'entendre pour intégrer les mesures dans des conventions conformément à l'al. 2<sup>bis</sup>, le Conseil fédéral règle les modalités.

*Art. 49a*            Conventions avec des hôpitaux et des maisons de naissance

<sup>1</sup> Les assureurs peuvent conclure avec les hôpitaux ou les maisons de naissance qui ne sont pas répertoriés au sens de l'art. 41, al. 1<sup>bis</sup>, mais qui remplissent les conditions fixées à l'art. 39, al. 1, let. a à c et f, des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'assurance obligatoire des soins.

<sup>2</sup> La rémunération prévue par les conventions ne peut être plus élevée que 45 % de la rémunération prévue à l'art. 49, al. 1.

*Art. 50*           Prise en charge des coûts des prestations de soins fournies  
                          sous forme ambulatoire ou par un établissement médico-social

<sup>1</sup> L'assureur prend en charge les coûts des prestations de soins qui sont fournies conformément à l'art. 25, al. 2, let. a:

- a. par un fournisseur de prestations désigné à l'art. 35, al. 2, let. d<sup>bis</sup><sup>4</sup> ou e;
- b. par un établissement médico-social.

<sup>2</sup> Les fournisseurs de prestations visés à l'al. 1 disposent d'instruments de gestion adéquats; afin de calculer les coûts d'exploitation et d'investissement et de classer les prestations, ils tiennent notamment une comptabilité analytique et une statistique des prestations selon une méthode uniforme. Ces instruments contiennent toutes les données nécessaires à l'évaluation du caractère économique des prestations et à la tarification, ainsi que, dans le cas des établissements médico-sociaux, les données requises pour la comparaison entre établissements et la planification.

<sup>3</sup> Pour chaque catégorie de fournisseurs de prestations visée à l'al. 1, le Conseil fédéral détermine une structure uniforme pour la comptabilité analytique et la statistique des prestations.

<sup>4</sup> Il convient de procéder à l'échelle nationale à des comparaisons entre établissements médico-sociaux en ce qui concerne notamment les coûts et la qualité des résultats. Les établissements médico-sociaux et les cantons sont tenus de livrer les documents requis à cette fin. Le Conseil fédéral peut, après consultation des cantons, régler les détails de la mise en oeuvre des comparaisons entre établissements. Il publie les comparaisons entre établissements.

<sup>5</sup> Les fournisseurs de prestations visés à l'al. 1 ont l'obligation de tenir à disposition pour consultation leur comptabilité analytique et leur statistique des prestations, ainsi que les documents correspondants. Les parties à la convention tarifaire et les autorités chargées d'approuver les conventions tarifaires ainsi que de fixer les tarifs ont le droit de consulter ces informations.

*Art. 51, al. 1, 2<sup>e</sup> phrase*

<sup>1</sup> ... La contribution cantonale visée à l'art. 60 est réservée.

<sup>4</sup> FF 2022 3205

*Art. 52, al. 1, let. a, ch. 3*

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

- a. le DFI édicte:
  3. des dispositions sur l'obligation de prise en charge et l'étendue de la rémunération des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques utilisés conformément à l'art. 25, al. 2, let. b ou pour des prestations de soins visées à l'art. 25, al. 2, let. a, qui ne sont pas fournies dans le cadre d'un traitement hospitalier au sens de l'art. 49, al. 1;

*Insérer avant le titre de la section 6*

*Art. 55b* Évolution des coûts des fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. b à g et m

<sup>1</sup> Lorsque, dans un canton, les coûts annuels par assuré des prestations d'une catégorie de fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. b à g et m, augmentent davantage que la moyenne suisse des coûts annuels des prestations de la catégorie de fournisseurs en question ou lorsque le niveau des coûts annuels par assuré dans cette catégorie est supérieur à la moyenne suisse de cette catégorie, le canton peut prévoir qu'aucune nouvelle admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins n'est délivrée dans cette catégorie.

<sup>2</sup> Les cantons désignent les catégories de fournisseurs de prestations visées à l'al. 1.

*Titres précédant l'art. 60***Chapitre 5 Financement****Section 1 Contribution cantonale**

*Art. 60* Calcul

<sup>1</sup> Les cantons participent au financement des coûts des prestations au sens de la présente loi. Chacun d'entre eux paie à cet effet une contribution cantonale.

<sup>2</sup> Sont déterminants pour le calcul de la contribution cantonale les coûts des prestations qui remplissent les conditions suivantes:

- a. elles sont visées aux art. 25 à 31; les prestations rémunérées sur la base de conventions au sens de l'art. 49a sont exclues;
- b. elles sont fournies en Suisse aux assurés suivants:
  1. assurés qui résident sur le territoire du canton; en cas de changement de domicile à l'intérieur de la Suisse, le canton déterminant est celui dans lequel l'assuré a son domicile au début du mois,

2. assurés visés à l'art. 41, al. 2<sup>bis</sup>, qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni et dont le canton de résidence au sens de l'art. 41, al. 2<sup>ter</sup>, à la date de référence prévue au ch. 1 est le canton concerné.

<sup>3</sup> La participation des assurés au sens de l'art. 64 et le produit des actions récursoires des assureurs fondées sur l'art. 72, al. 1, LPGA<sup>5</sup> sont déduits des coûts selon l'al. 2 pour le calcul de la contribution cantonale.

<sup>4</sup> Chaque canton fixe pour chaque année civile, au plus tard neuf mois avant le début de celle-ci, le taux de la contribution cantonale. Ce taux se monte à 26,9 % au moins.

<sup>5</sup> Le Conseil fédéral réexamine périodiquement le taux minimal de la contribution cantonale visé à l'al. 4 et fait rapport à l'Assemblée fédérale à ce sujet.

<sup>6</sup> Si des assurés qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni et qui touchent une rente suisse ou des membres de leur famille se soumettent à un traitement en Suisse, la Confédération prend en charge la part des coûts correspondant au taux de la contribution cantonale que le canton où se situe le fournisseur de prestations a fixée conformément à l'al. 4. Les al. 2 et 3 sont applicables par analogie.

<sup>7</sup> Les assureurs transmettent à l'institution commune (art. 18) les données qui sont nécessaires pour le calcul de la contribution cantonale et de la contribution fédérale.

<sup>8</sup> Ils communiquent aux cantons pour quels assurés ils demandent une contribution cantonale. Si un canton conteste être le canton de domicile d'un assuré ou être considéré comme tel en vertu de l'art. 41, al. 2<sup>ter</sup>, et devoir donc verser une contribution cantonale pour les prestations fournies à cet assuré, il rend une décision.

<sup>9</sup> L'assureur permet au canton d'accéder gratuitement et sans délai aux données des factures qui concernent un traitement hospitalier au sens de l'art. 49, al. 1. Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur le traitement et la transmission des données, dans le respect du principe de la proportionnalité.

<sup>10</sup> Si le canton juge que les conditions de prise en charge des coûts ne sont pas remplies, il en informe l'assureur après la réception de la facture dans un délai fixé par le Conseil fédéral. Si l'assureur prend en charge les coûts des prestations facturées dans les factures contestées, il le communique également au canton. Si la prestation d'assurance est allouée selon une procédure simplifiée, le canton peut exiger qu'une décision soit rendue.

<sup>11</sup> Le canton peut recourir devant le tribunal des assurances visé à l'art. 58 LPGA contre la décision de l'assureur visée à l'al. 10. Il peut seulement invoquer le fait:

- a. que le fournisseur de prestations ne remplit pas les conditions d'admission;
- b. qu'un tarif non autorisé est utilisé;
- c. que les modalités d'application d'un tarif ne sont pas respectées.

<sup>12</sup> Les cantons et la Confédération versent leur contribution à l'institution commune.

<sup>5</sup> RS 830.1



*Insérer avant le titre de la section 2**Art. 60a* Répartition entre les assureurs

La contribution cantonale et la contribution fédérale sont réparties entre les assureurs en fonction de leurs coûts déterminants pour le calcul de la contribution cantonale et de la contribution fédérale.

*Art. 64, al. 5<sup>bis</sup>, 5<sup>ter</sup>, 7, let. b, et 8, 1<sup>re</sup> phrase*

<sup>5bis</sup> Pour les prestations de soins qui leur sont fournies sous forme ambulatoire ou par un établissement médico-social, les assurés versent en outre une contribution aux coûts des prestations de soins. Le Conseil fédéral fixe le montant maximal de la contribution en francs. Les cantons peuvent prendre en charge la totalité ou une partie de la contribution.

<sup>5ter</sup> Pour les prestations de soins qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrites par un médecin de l'hôpital (soins aigus et de transition), aucune contribution au sens de l'al. 5<sup>bis</sup> n'est due par l'assuré durant deux semaines au plus.

<sup>7</sup> L'assureur ne peut prélever aucune participation aux coûts des prestations suivantes:

- b. prestations visées à l'art. 25 qui sont fournies à partir de la 13<sup>e</sup> semaine de grossesse, pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement.

<sup>8</sup> La participation aux coûts prévue aux al. 2 et 5 ne peut être assurée ni par une caisse-maladie ni par une institution d'assurance privée. ...

*Art. 79a**Abrogé**Art. 82* Assistance administrative dans des cas particuliers

En dérogation à l'art. 33 LPGA<sup>6</sup>, les assureurs fournissent gratuitement à la demande des autorités compétentes les renseignements et les documents nécessaires à la fixation de la réduction des primes.

## II

*Dispositions transitoires de la modification du 22 décembre 2023*

<sup>1</sup> Le taux en pourcent de la contribution cantonale doit correspondre au moins à la valeur définie à l'art. 60, al. 4, au plus tard quatre ans après l'entrée en vigueur de la modification du 22 décembre 2023. Le pourcentage minimal de chaque canton pour

<sup>6</sup> RS 830.1

la contribution cantonale au cours des quatre premières années suivant l'entrée en vigueur de cette modification est déterminé comme suit:

Canton	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4
ZH	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
BE	25,0 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
LU	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
UR	27,2 %	26,2 %	25,2 %	24,5 %
SZ	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
OW	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
NW	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
GL	26,0 %	25,0 %	24,5 %	24,5 %
ZG	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
FR	24,1 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
SO	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
BS	26,3 %	25,3 %	24,5 %	24,5 %
BL	25,3 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
SH	25,1 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
AR	27,8 %	26,8 %	25,8 %	24,8 %
AI	28,5 %	27,5 %	26,5 %	25,5 %
SG	26,1 %	25,1 %	24,5 %	24,5 %
GR	24,8 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
AG	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
TG	26,3 %	25,3 %	24,5 %	24,5 %
TI	24,2 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
VD	22,6 %	23,6 %	24,5 %	24,5 %
VS	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
NE	23,0 %	24,0 %	24,5 %	24,5 %
GE	21,3 %	22,3 %	23,3 %	24,3 %
JU	26,4 %	25,4 %	24,5 %	24,5 %

<sup>2</sup> Jusqu'à l'abrogation de l'art. 25a, les règles suivantes s'appliquent:

- a. les prestations au sens de l'art. 25a, al. 1, sont exclues du calcul de la contribution cantonale visée à l'art. 60;
- b. les prestations de soins aigus et de transition visées par l'art. 25a, al. 2, sont rémunérées uniquement par l'assurance obligatoire des soins;

- c. le taux visé à l'art. 60, al. 4, est de 24,5 %;
- d. le droit de recours au sens de l'art. 72 LPGA<sup>7</sup> s'applique par analogie au canton de domicile pour les contributions que celui-ci a versées en vertu de l'art. 25a;
- e. les prestations de soins fournies sous forme ambulatoire ou par un établissement médico-social sont rémunérées conformément à l'art. 25a, en dérogation à l'art. 50, al. 1.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral fixe pour les quatre premières années après l'entrée en vigueur de l'art. 64, al. 5<sup>bis</sup>, les contributions maximales par jour des assurés, pour les prestations de soins qui sont fournies sous forme ambulatoire ou par un établissement médico-social, de manière à ce que les contributions maximales respectives ne soient pas plus élevées qu'avant l'entrée en vigueur de l'art. 64, al. 5<sup>bis</sup>.

### III

La coordination est réglée en annexe.

### IV

<sup>1</sup> La présente loi est sujette au référendum.

<sup>2</sup> Si dix jours après l'échéance du délai référendaire aucun référendum contre la loi n'a abouti, elle entre en vigueur comme suit:

- a. les art. 16, al. 3<sup>bis</sup>, 18, al. 2<sup>sexies</sup>, 2<sup>octies</sup> et 5, 21, 41, al. 1<sup>bis</sup>, 1<sup>ter</sup>, 2<sup>bis</sup>, 2<sup>ter</sup>, 2<sup>quater</sup>, 3, 3<sup>bis</sup> et 4, 42, al. 2 et 3, 47a, al. 1, 3, 4, 5 et 7, 47b, al. 1 et 2, 49a, 50, 51, al. 1, 55b, 60, 60a, 79a ainsi que 82 entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier qui suit l'expiration d'une période de trois ans après l'échéance du délai référendaire;
- b. les art. 25, al. 2, let. a, 25a, 33, al. 2<sup>bis</sup> et 2<sup>ter</sup>, 41, al. 1, 47c, al. 2<sup>bis</sup>, 3, 5 et 7, 52, al. 1, let. a, ch. 3, ainsi que 64, al. 5<sup>bis</sup>, 5<sup>ter</sup>, 7, let. b, et 8, entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier qui suit l'expiration d'une période de sept ans après l'échéance du délai référendaire; les parties contractantes veillent à ce qu'il existe d'ici cette date des tarifs pour les prestations de soins reposant sur une base de coûts et de données uniforme et transparente et remplissant les conditions légales, à savoir notamment des tarifs couvrant les coûts nécessaires à une fourniture efficace des prestations.

<sup>3</sup> Si la loi est acceptée par le peuple, elle entre en vigueur comme suit:

- a. les art. 16, al. 3<sup>bis</sup>, 18, al. 2<sup>sexies</sup>, 2<sup>octies</sup> et 5, 21, 41, al. 1<sup>bis</sup>, 1<sup>ter</sup>, 2<sup>bis</sup>, 2<sup>ter</sup>, 2<sup>quater</sup>, 3, 3<sup>bis</sup> et 4, 42, al. 2 et 3, 47a, al. 1, 3, 4, 5 et 7, 47b, al. 1 et 2, 49a, 50, 51, al. 1, 55b, 60, 60a, 79a ainsi que 82 entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier qui suit l'expiration d'une période de trois ans après la votation;

<sup>7</sup> RS 830.1

- b. les art. 25, al. 2, let. a, 25a, 33, al. 2<sup>bis</sup> et 2<sup>ter</sup>, 41, al. 1, 47c, al. 2<sup>bis</sup>, 3, 5, et 7, 52, al. 1, let. a, ch. 3, ainsi que 64, al. 5<sup>bis</sup>, 5<sup>ter</sup>, 7, let. b, et 8, entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier qui suit l'expiration d'une période de sept ans après la votation; les parties contractantes veillent à ce qu'il existe d'ici cette date des tarifs pour les prestations de soins reposant sur une base de coûts et de données uniforme et transparente et remplissant les conditions légales, à savoir notamment des tarifs couvrant les coûts nécessaires à une fourniture efficiente des prestations.

Conseil national, 22 décembre 2023

Le président: Eric Nussbaumer

Le secrétaire: Pierre-Hervé Freléchoz

Conseil des États, 22 décembre 2023

La présidente: Eva Herzog

La secrétaire: Martina Buol

Date de publication: 9 janvier 2024

Délai référendaire: 18 avril 2024

## Coordination

### 1. Modification du 16 décembre 2022 de la LAMal (Loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers)

*Quel que soit l'ordre dans lequel la présente modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie<sup>8</sup> (LAMal; ch. I) ou la modification du 16 décembre 2022 de cette loi dans le cadre de la loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers<sup>9</sup> (annexe ch. 4) entrent en vigueur, à l'entrée en vigueur de la dernière de ces deux modifications ou à leur entrée en vigueur simultanée, les dispositions ci-après ont la teneur suivante:*

*Art. 25, al. 2, let. a, phrase introductive*

<sup>2</sup> Ces prestations comprennent:

- a. les examens, traitements et prestations de soins dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social par:

*Art. 25a*

*Abrogé*

*Art. 52, al. 1, let. a, ch. 3*

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

- a. le DFI édicte:
  3. des dispositions sur l'obligation de prise en charge et l'étendue de la rémunération des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques utilisés conformément à l'art. 25, al. 2, let. b ou pour des prestations de soins visées à l'art. 25, al. 2, let. a, qui ne sont pas fournies dans le cadre d'un traitement hospitalier au sens de l'art. 49, al. 1;

*Art. 55b*      Évolution des coûts des fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. b à g et m

<sup>1</sup> Lorsque, dans un canton, les coûts annuels par assuré des prestations d'une catégorie de fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. b à g et m, augmentent davantage que la moyenne suisse des coûts annuels des prestations de la catégorie de fournisseurs en question ou lorsque le niveau des coûts annuels par assuré dans cette

<sup>8</sup> RS 832.10

<sup>9</sup> FF 2022 3205

catégorie est supérieur à la moyenne suisse de cette catégorie, le canton peut prévoir qu'aucune nouvelle admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins n'est délivrée dans cette catégorie.

<sup>2</sup> Les cantons désignent les catégories de fournisseurs de prestations visées à l'al. 1.

## **2. Modification du 29 septembre 2023 de la LAMal (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – objectifs en matière de coûts et de qualité)**

*Quel que soit l'ordre dans lequel la présente modification de la LAMal<sup>10</sup> (ch. I) ou la modification du 29 septembre 2023 de cette loi<sup>11</sup> (ch. I) entrent en vigueur, à l'entrée en vigueur de la dernière de ces deux modifications ou à leur entrée en vigueur simultanée, la disposition ci-après a la teneur suivante:*

*Art. 21, al. 2 et 4*

<sup>2</sup> Les données doivent être transmises sous une forme agrégée. 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. à l'OFSP, pour 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. à l'OFSP, pour effectuer une analyse des effets de la loi et de ses dispositions d'exécution et pour préparer les bases de décision en vue d'une révision de la loi et de ses dispositions d'exécution;
- c. à l'OFSP, pour évaluer la compensation des risques;
- d. à l'OFSP, pour fixer des objectifs en matière de coûts au sens de l'art. 54;
- e. à l'OFSP, pour mesurer les objectifs de qualité et l'efficacité des coûts;
- f. aux cantons, pour surveiller les fournisseurs de prestations, pour planifier afin de couvrir les besoins en soins dans les hôpitaux, les établissements médico-sociaux et les maisons de naissance ainsi que pour limiter le nombre de médecins.

<sup>4</sup> L'OFSP met les données qu'il a collectées à la disposition des fournisseurs de données, des cantons, des milieux de la recherche et de la science ainsi que du public.

<sup>10</sup> RS 832.10

<sup>11</sup> FF 2023 2303