

# Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)

## Modification du ...

---

*Le Conseil fédéral*

*arrête:*

I

L'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie<sup>1</sup> est modifiée comme suit:

*Art. 28*            Données des assureurs

<sup>1</sup> Les données communiquées par les assureurs conformément à l'art. 21, al. 4, de la loi servent à:

- a. surveiller l'application uniforme de la loi;
- b. suivre l'évolution des coûts;
- c. contrôler le caractère économique des prestations fournies (contrôle statistique des coûts d'après le sexe, l'âge, le lieu de résidence, le fournisseur de prestations);
- d. garantir l'égalité de traitement des assurés;
- e. garantir que les différences de primes correspondent aux différences de coûts cantonales et régionales et que les ressources de l'assurance sociale sont exclusivement affectées aux buts de celle-ci;
- f. préparer les bases de décision permettant de prendre les mesures ordinaires et extraordinaires prévues par la loi en vue de la maîtrise des coûts;
- g. observer les effets de la loi et préparer les bases de décision pour les modifications de la loi et des dispositions d'application de la loi éventuellement nécessaires.

<sup>2</sup> L'OFSP veille à ce que la fourniture des données requises occasionne aux assureurs aussi peu de travail que possible. Il met les résultats des relevés de données à la disposition des organes participant à l'application de la loi.

<sup>3</sup> Les assureurs et transmettent à l'OFSP, chaque année et par assuré, en garantissant l'anonymat des assurés notamment les données suivantes :

- a. l'âge, le sexe et le lieu de résidence des assurés;

<sup>1</sup>    **RS 832.102**

- b. les admissions et les démissions, ainsi que les décès;
- c. les formes d'assurance souscrites dans le cadre de l'assurance-maladie sociale, avec indication du montant de la prime et de la franchise;
- d. l'étendue, le genre, les tarifs et les coûts des prestations prévues par la loi et qui figurent sur les factures reçues par l'assureur durant une année entière;
- e. les fournisseurs de ces prestations;
- f. le montant de la participation aux coûts perçue.

<sup>4</sup> Ils fournissent à l'OFSP les données mentionnées à l'al. 3 au moyen de supports de données électroniques. Ils peuvent en être dispensés par l'OFSP, à leur demande et pour une période limitée, dans la mesure où ils ne disposent pas des moyens techniques nécessaires.

<sup>5</sup> Les assureurs fournissent les données à leurs frais, de manière exacte et complète, dans les délais impartis, et de telle sorte que l'anonymat des assurés soit garanti.

<sup>6</sup> Ils transmettent à l'OFSP, chaque année et à leurs frais, les données complètes du registre du code-créanciers.

<sup>7</sup> L'OFSP émet, après avoir consulté les assureurs, des directives sur les mesures à prendre en vertu des al. 1 à 6.

#### *Art. 28a* Données des tiers mandatés par les assureurs

Sur demande de l'OFSP, les tiers mandatés par les assureurs communiquent les données selon l'art. 21, al. 4, de la loi et selon l'art. 28, dans la mesure où les données communiquées par les assureurs ne suffisent pas à exercer la surveillance de la mise en œuvre de l'assurance-maladie.

#### *Art. 28b* Publication des données des assureurs

<sup>1</sup> L'OFSP publie les données mentionnées à l'art. 28 de telle manière qu'il soit notamment possible d'en tirer des informations sur les formes d'assurance, les prestations d'assurance et les coûts distingués selon l'âge, le sexe et la région ainsi que selon les catégories de fournisseurs de prestations, d'établissements et de soins.

<sup>2</sup> L'OFSP publie, par assureur, les chiffres suivants concernant l'assurance-maladie sociale :

- a. recettes et dépenses;
- b. résultat par assuré;
- c. réserves;
- d. provisions pour cas d'assurance non liquidés;
- e. coûts des soins;
- f. compensation des risques;

- g. frais d'administration;
- h. effectif des assurés;
- i. primes;
- j. bilan et compte d'exploitation.

*Art. 31* Publication des données des fournisseurs de prestations

L'OFSP publie la synthèse des données recueillies par l'Office fédéral de la statistique en vertu de l'art. 22a de la loi, de telle manière qu'il soit possible d'en tirer notamment des informations sur les données et les chiffres suivants de l'assurance-maladie sociale, par fournisseur de prestations ou par catégorie de fournisseurs de prestations:

- a. offre de prestations et qualification des fournisseurs de prestations;
- b. indicateurs de qualité médicaux;
- c. étendue et genre des prestations fournies;
- d. évolution des coûts.

*Art. 37* Prise en charge des coûts pour les personnes résidant à l'étranger

L'assureur prend en charge l'ensemble de la rémunération selon les tarifs visés à l'art. 49, al. 1, de la loi, pour le traitement hospitalier en Suisse des personnes suivantes:

- a. frontaliers et membres de leur famille assurés en Suisse;
- b. assurés qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande, au Liechtenstein ou en Norvège et qui, lors d'un séjour en Suisse, ont droit à l'entraide internationale en matière de prestations sur la base de l'art. 95a de la loi;
- c. assurés qui résident en Allemagne, en Autriche, en Belgique, en France, en Hongrie ou aux Pays-Bas et qui peuvent choisir de suivre un traitement dans l'Etat de résidence ou en Suisse en vertu de l'art. 95a, let. a, de la loi.

*Titre précédant l'art. 55a*

**Section 8a: Maisons de naissance**

*Art. 55a*

Les maisons de naissance sont admises lorsqu'elles:

- a. répondent aux conditions fixées à l'art. 39, al.1, let. b à e, de la loi;
- b. ont délimité leur champ d'activité aux prestations visées à l'art. 29 de la loi;
- c. garantissent une assistance médicale suffisante par une sage-femme;

- d. ont pris des mesures pour faire face aux situations d'urgence médicale.

*Titre précédant l'art. 58a*

### **Section 11: Critères de planification**

*Art. 58a* Principe

<sup>1</sup> La planification en vue de couvrir les besoins en soins (art. 39, al. 1, let. d, LAMal) garantit aux habitants des cantons qui l'établissent le traitement hospitalier à l'hôpital ou dans une maison de naissance ainsi que le traitement dans un établissement médico-social.

<sup>2</sup> La planification s'effectue selon les étapes suivantes:

- a. détermination des besoins futurs;
- b. évaluation de l'offre des établissements pris en considération;
- c. attribution et garantie des volumes de prestations ou des capacités admis.

*Art. 58b* Planification des besoins en soins

<sup>1</sup> Les cantons déterminent les besoins futurs selon une démarche vérifiable sur la base d'une méthode analytique ou normative. Ils se fondent sur des données statistiquement justifiées, des comparaisons, des déterminants relatifs aux besoins et sur une analyse des structures qui tient compte des domaines concernés avant et après le traitement.

<sup>2</sup> Lors de l'évaluation et du choix de l'offre (art. 58a al. 2, let. b), ils prennent notamment en compte:

- a. le caractère économique et la qualité de la fourniture de prestations;
- b. l'emplacement géographique de l'établissement;
- c. la disponibilité de l'établissement à se soumettre à des tarifs, à respecter les conditions fixées, à remplir les obligations résultant de la planification et à collaborer avec les institutions et les professionnels qui lui confient des patients ou qui dispensent les soins qui suivent.

<sup>3</sup> Lors de l'examen du caractère économique et de la qualité, ils prennent notamment en considération:

- a. l'efficacité de la fourniture de prestations;
- b. la transparence et la vérité des coûts;
- c. la justification de la qualité ;
- d. la présence d'un personnel qualifié et l'adéquation de l'infrastructure ;
- e. la coordination de la fourniture de prestations.

<sup>4</sup> Dans le domaine hospitalier, sont également prises en compte:

- a. la concentration de l'offre;

- b. la prévention des doubles emplois;
- c. l'exploitation des synergies.

<sup>5</sup> Les cantons définissent les instruments pour garantir la gestion des quantités.

<sup>6</sup> Lorsque plusieurs cantons établissent conjointement une planification, la détermination des besoins futurs, l'évaluation et le choix de l'offre ainsi que la garantie de la gestion des quantités s'effectuent conjointement par tous les cantons concernés.

*Art. 58c* Type de planification

La planification s'effectue de la manière suivante:

- a. pour la couverture des besoins en soins des assurés dans les hôpitaux, pour le traitement des maladies somatiques aiguës, ainsi que dans les maisons de naissance, la planification est liée aux prestations;
- b. pour la couverture des besoins en soins des assurés pour la réadaptation ou le traitement psychiatrique à l'hôpital, la planification est liée aux prestations ou aux capacités;
- c. pour la couverture des besoins en soins des assurés dans les établissements médico-sociaux, la planification est liée aux capacités.

*Art. 58d* Coordination intercantonale des planifications

<sup>1</sup> Dans le cadre de leur obligation de coordination intercantonale des planifications, visée à l'art. 39, al. 2, de la loi, les cantons exploitent les informations pertinentes concernant les flux de patients entre les cantons et les échangent avec les cantons concernés. Ils utilisent les possibilités d'optimisation en prenant en compte le caractère économique et la qualité de la fourniture des prestations.

<sup>2</sup> En cas de lacunes essentielles dans l'offre en soins, le canton doit:

- a. examiner l'offre hors canton, opérer un choix et garantir l'offre au moyen de conventions;
- b. informer les cantons concernés de tout changement dans l'état des besoins et de l'offre, en vue de leurs travaux de planification et de leurs décisions;
- c. coordonner et harmoniser les décisions avec les cantons concernés.

<sup>3</sup> En règle générale, il appartient au canton dans lequel se situe l'établissement de gérer, en tenant compte des flux de patients entre les cantons, le volume de l'offre des prestations des établissements situés dans ce canton.

*Art. 58e* Prestations de service et infrastructure

<sup>1</sup> L'examen des conditions relatives aux prestations de service et à l'infrastructure, prévues à l'art. 39, al. 1, let. a à c, de la loi, incombe en principe au canton où se situe l'établissement. Lorsqu'un canton inscrit sur sa liste (art. 58f) un établissement situé hors de son territoire, il peut procéder à un examen complémentaire.

<sup>2</sup> Le canton vérifie si l'établissement offre les prestations de ce service et dispose de l'infrastructure nécessaire aux traitements et aux soins.

*Art. 58f*      Listes

<sup>1</sup> Les listes visées à l'art. 39, al.1, let. e, de la loi mentionnent pour chaque établissement l'éventail de prestations correspondant aux soins qu'il garantit.

<sup>2</sup> L'offre en établissements figurant sur la liste du canton de résidence correspond aux besoins en soins déterminés pour les habitants de ce canton. L'art. 58d, al. 2, est réservé.

<sup>3</sup> Les établissements admis sur la base d'une planification liée aux capacités sont inscrits avec l'indication des capacités planifiées pour chaque établissement.

<sup>4</sup> Pour les établissements médico-sociaux, la liste mentionne les valeurs indicatives des capacités pour l'ensemble du canton ou par établissement.

*Art. 58g*      Mandats de prestations

<sup>1</sup> Les cantons attribuent des mandats de prestations aux établissements admis. Le mandat peut contenir des conditions. L'éventail des prestations et les conditions font partie intégrante du mandat.

<sup>2</sup> L'éventail des prestations d'un hôpital se définit en fonction:

- a. des secteurs de prise en charge médicale;
- b. des niveaux de prise en charge;
- c. des spécialités et sous-spécialités;
- d. d'autres critères, tels que le traitement qui suit ainsi que l'étendue du service d'urgence.

<sup>3</sup> L'éventail de prestations des établissements médico-sociaux se définit en fonction du niveau de soins requis.

<sup>4</sup> Le mandat de prestations pour les établissements admis sur la base d'une planification liée à la prestation contient en outre les règles de gestion des quantités.

<sup>5</sup> Les conditions visées à l'al. 1 peuvent notamment se rapporter:

- a. à l'obligation d'admission;
- b. au service d'urgence;
- c. à la formation et au perfectionnement professionnel du personnel médical, thérapeutique et soignant;
- d. aux justifications du caractère économique;
- e. aux mesures visant à garantir la qualité.

<sup>6</sup> L'éventuelle obligation d'un hôpital d'admettre des assurés résidant en dehors du canton où il se situe figure dans le mandat de prestations conformément à l'art. 41a, al. 2, de la loi.

<sup>7</sup> En vue de coordonner leurs planifications ou dans le cadre de planifications établies conjointement, plusieurs cantons peuvent confier des mandats de prestations communs.

*Art. 58h* Examen des planifications

Les cantons examinent périodiquement leurs planifications. Ils adaptent les listes des hôpitaux et les mandats de prestations aux planifications.

*Art. 59, al. 1<sup>bis</sup> et 3*

<sup>1bis</sup> L'assureur doit effacer les données relatives au diagnostic dans un délai de 30 jours après que la facture a été contrôlée.

<sup>3</sup> Il doit dresser deux factures séparées pour les prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins et pour les autres prestations.

*Art. 59d* Forfaits liés aux prestations

<sup>1</sup> Les partenaires tarifaires doivent soumettre au Conseil fédéral pour approbation la convention tarifaire qui comprend la structure tarifaire uniforme et les modalités d'application du tarif, conformément aux art. 46, al. 4, et 49, al. 2, de la loi. La demande d'approbation doit être accompagnée des documents concernant notamment:

- a. les bases et la méthode de calcul;
- b. les instruments et les mécanismes destinés à garantir la qualité des prestations dans le cadre de l'application du tarif;
- c. les prévisions sur les effets de l'application du tarif sur le volume des prestations, ainsi que sur les coûts de l'assurance obligatoire des soins pour l'ensemble des domaines visés par l'art. 49, al. 1, de la loi, ainsi que pour les domaines concernés avant et après l'hospitalisation.

<sup>2</sup> Dans le cas d'un modèle de rémunération lié aux prestations basé sur un système de classification des patients de type DRG (*Diagnosis Related Groups*), la convention tarifaire comprend en outre le manuel de codage, ainsi qu'un concept pour la révision du codage. La demande d'approbation doit être accompagnée de documents supplémentaires sur les critères pour le choix des hôpitaux de référence retenus pour la détermination de la structure tarifaire.

<sup>3</sup> En cas d'adaptation notamment de la structure tarifaire ou des modalités d'application du tarif les partenaires tarifaires soumettent à nouveau la convention tarifaire au Conseil fédéral pour approbation.

<sup>4</sup> Le lien à établir avec la prestation au sens de l'art. 49, al. 1, de la loi, doit permettre une différenciation du tarif selon la nature et l'intensité de la prestation.

*Art. 59e* Contribution par cas

<sup>1</sup> En cas de prélèvement d'une contribution par cas conformément à l'art. 49, al. 2, de la loi, les partenaires tarifaires doivent en soumettre le montant au Conseil fédéral

pour approbation. La demande doit être accompagnée d'un rapport d'activité de l'organisation et d'un budget qui en justifie le montant.

<sup>2</sup> En cas d'adaptation de la contribution, les partenaires tarifaires la soumettent à nouveau au Conseil fédéral pour approbation.

<sup>3</sup> L'art. 49a, al. 1 et 2, de la loi est applicable par analogie à la répartition du financement de la contribution par cas.

## II

### *Dispositions transitoires*

<sup>1</sup> L'organisation prévue à l'art. 49, al. 2, de la loi, doit commencer son activité au plus tard le 31 janvier 2009. Les partenaires tarifaires et les cantons informent le Conseil fédéral de la date effective du début de l'activité de l'organisation et lui communiquent simultanément les statuts de celle-ci.

<sup>2</sup> Si les partenaires tarifaires et les cantons décident de ne pas confier à une organisation unique la tâche d'élaborer, d'adapter et de maintenir les structures tarifaires uniformes pour l'ensemble des domaines hospitaliers à l'hôpital, ainsi que pour les maisons de naissance, ils en informent le Conseil fédéral. Les organisations instituées sont tenues de coordonner leurs travaux. Les partenaires tarifaires veillent notamment à la coordination des mesures d'accompagnement visées à l'al. 3. L'al. 1 est applicable par analogie.

<sup>3</sup> La première demande d'approbation de la convention tarifaire visée à l'art. 59d doit être adressée au Conseil fédéral au plus tard le 30 juin 2009. La convention tarifaire comprend, outre la structure tarifaire uniforme et les modalités d'application du tarif, une proposition commune des partenaires tarifaires sur les mesures d'accompagnement nécessaires à l'introduction des forfaits liés aux prestations, notamment sur les mesures concernant le contrôle et le pilotage des coûts.

<sup>4</sup> Les partenaires tarifaires soumettent au Conseil fédéral pour approbation le montant de la contribution par cas visée à l'art. 59e, au plus tard lors de la première demande d'approbation selon l'al. 3.

## III

La présente modification entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009.

....

Au nom du Conseil fédéral:

Le président de la Confédération, Pascal Couchepin  
La chancelière de la Confédération, Corina Casanova