

Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)

Modification du 22 octobre 2008

*Le Conseil fédéral
arrête:*

I

L'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie¹ est modifiée comme suit:

Art. 28 Données des assureurs

¹ 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.

² 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.

³ Les assureurs transmettent à l'OFSP, chaque année et par assuré, notamment les données suivantes:

- a. l'âge, le sexe et le lieu de résidence des assurés;
- b. les admissions et les démissions, ainsi que les décès;

¹ **RS 832.102**

- 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 positions tarifaires 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.

⁴ 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.

⁵ Ils 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.

⁶ Ils transmettent à l'OFSP, chaque année et à leurs frais, les données complètes du registre du code-crédanciers.

⁷ 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

¹ L'OFSP publie les données mentionnées à l'art. 28 de façon à ce qu'apparaissent clairement, notamment, les 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.

² 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. 30

Abrogé

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 et par l'OFSP selon l'art. 51 de la loi fédérale du 26 juin 2006 sur les professions médicales universitaires², de façon à ce qu'apparaissent clairement, notamment, les informations ou les chiffres suivants de l'assurance-maladie sociale, par fournisseur de prestations ou par catégorie de fournisseurs de prestations:

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

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

L'assureur prend en charge les forfaits selon l'art. 49, al. 1, de la loi, qui sont facturés 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 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 défini leur champ d'activité conformément 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

¹ 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.

² Les cantons réexaminent périodiquement leurs planifications.

Art. 58b Planification des besoins en soins

¹ Les cantons déterminent les besoins selon une démarche vérifiable. Ils se fondent notamment sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons.

² Ils déterminent l'offre utilisée dans des établissements qui ne figurent pas sur la liste qu'ils ont arrêtée.

³ Ils déterminent l'offre qui doit être garantie par l'inscription d'établissements cantonaux et extra-cantonaux sur la liste visée à l'art. 58e afin que la couverture des besoins soit assurée. Cette offre correspond aux besoins déterminés conformément à l'al. 1, déduction faite de l'offre déterminée conformément à l'al. 2.

⁴ Lors de l'évaluation et du choix de l'offre qui doit être garantie par la liste, les cantons prennent notamment en compte:

- a. le caractère économique et la qualité de la fourniture de prestations;
- b. l'accès des patients au traitement dans un délai utile;
- c. la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestation selon l'art. 58e.

⁵ Lors de l'examen du caractère économique et de la qualité, les cantons prennent notamment en considération:

- a. l'efficacité de la fourniture de prestations;
- b. la justification de la qualité nécessaire;
- c. dans le domaine hospitalier, le nombre minimum de cas et l'exploitation des synergies.

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

Dans le cadre de l'obligation de coordination intercantonale des planifications, visée à l'art. 39, al. 2, de la loi, les cantons doivent notamment:

- a. exploiter les informations pertinentes concernant les flux de patients et les échanger avec les cantons concernés;
- b. coordonner les mesures de planification avec les cantons concernés par celles-ci dans la couverture de leurs besoins.

Art. 58e Listes et mandats de prestations

¹ Les cantons inscrivent sur leur liste visée à l'art. 39, al. 1, let. e de la loi, les établissements cantonaux et extra-cantonaux nécessaires pour garantir l'offre déterminée conformément à l'art. 58b, al. 3.

² Les listes mentionnent pour chaque hôpital l'éventail de prestations correspondant au mandat de prestations.

³ Les cantons attribuent à chaque établissement sur leur liste un mandat de prestations au sens de l'art. 39, al. 1, let. e de la loi. Celui-ci peut contenir notamment l'obligation de disposer d'un service d'urgence.

Art. 59, al. 1bis, 1ter et 3

^{1bis} Lors du traitement des données relatives au diagnostic, les assureurs leur appliquent les mesures techniques et organisationnelles propres à assurer la sécurité des données visées à l'art. 20 de l'ordonnance du 14 juin 1993 relative à la loi fédérale sur la protection des données³.

^{1ter} Pour la conservation des données relatives au diagnostic, l'identité de l'assuré est pseudonymisée. Seul le médecin-conseil de l'assureur peut décider de la levée de la pseudonymisation.

³ Le fournisseur de prestations doit établir deux factures séparées, l'une pour les prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins et l'autre pour les autres prestations.

Art. 59d Forfaits liés aux prestations

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

- 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 estimations sur les effets de l'application du tarif sur le volume des prestations, ainsi que sur les coûts pour l'ensemble des domaines visés par l'art. 49, al. 1, de la loi, y compris les domaines concernés avant et après l'hospitalisation.

² 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 exigences à remplir par les hôpitaux pour pouvoir être retenus dans le cadre de l'élaboration de la structure tarifaire.

³ Les partenaires tarifaires soumettent pour approbation au Conseil fédéral les adaptations apportées à la convention tarifaire, notamment à la structure tarifaire ou aux modalités d'application du tarif.

⁴ 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.

³ RS 235.11

Art. 59e Contribution par cas

¹ 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 justifient le montant.

² En cas d'augmentation de la contribution, les partenaires tarifaires la soumettent à nouveau au Conseil fédéral pour approbation.

³ L'art. 49a, al. 1 et 2, de la loi s'applique par analogie à la répartition du financement de la contribution par cas.

II

Dispositions finales de la modification du 22 octobre 2008

¹ 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.

² La première demande d'approbation de la convention tarifaire visée à l'art. 59d doit être soumise 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, également une proposition commune des partenaires tarifaires sur les mesures d'accompagnement nécessaires lors de l'introduction des forfaits liés aux prestations. A ce titre, ils conviennent notamment des instruments destinés à la surveillance de l'évolution des coûts et du volume des prestations (monitoring), ainsi que des mesures de correction.

³ 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. 2.

III

La présente modification entre en vigueur le 1^{er} janvier 2009.

22 octobre 2008

Au nom du Conseil fédéral suisse:

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

