

Délai d'opposition: 17 juin 1964

LOI FÉDÉRALE

modifiant

le premier titre de la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents

(Du 13 mars 1964)

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,

vu le message du Conseil fédéral du 5 juin 1961 ⁽¹⁾ ainsi que le message complémentaire du 16 novembre 1962 ⁽²⁾,

arrête:

I

La loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents est modifiée et complétée comme il suit:

Art. 5, 3^e et 4^e alinéas (nouveaux)

³ L'admission ne peut être refusée pour raisons de santé ou à cause d'une grossesse. Les caisses peuvent cependant excepter de l'assurance, en en faisant l'objet d'une réserve, les maladies existant au moment de l'admission; il en va de même pour les maladies antérieures si, selon l'expérience, une rechute est possible. Les réserves sont caduques après cinq ans au plus.

⁴ Les caisses qui assurent pour les soins médicaux et pharmaceutiques aussi bien les enfants que les adultes sont tenues d'admettre sans nouvelle réserve dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques des adultes les enfants qui doivent sortir de l'assurance infantile parce qu'ils ont atteint l'âge maximal prévu par les statuts.

⁽¹⁾ FF 1961, I, 1425.

⁽²⁾ FF 1962, II, 1252.

Art. 5bis (nouveau)

¹ Les caisses peuvent être autorisées par l'autorité de surveillance à conclure des contrats relatifs à l'assurance de groupes de personnes.

II a.
Assurance
collective

² Les contrats d'assurance collective peuvent prévoir des conditions d'assurance différant de celles de l'assurance individuelle; il doit cependant y avoir une juste proportion entre les prestations de l'assurance collective et celles de l'assurance individuelle. Les droits de sociétaires des assurés collectifs sont fixés par les statuts des caisses.

³ Les contrats d'assurance collective ne peuvent être conclus qu'avec des preneurs d'assurance ayant leur siège, une succursale, un établissement ou une section dans le rayon d'activité de la caisse.

⁴ Lorsqu'il cesse d'appartenir au cercle des personnes auxquelles s'étend une assurance collective, ou lorsque le contrat d'assurance collective prend fin, l'assuré a le droit de passer dans l'assurance individuelle de la caisse, à la condition qu'il réside dans le rayon d'activité de celle-ci ou qu'il fasse partie de l'entreprise, de la profession ou de l'association professionnelle à laquelle la caisse limite son activité. Les caisses ont, dans les limites de l'assurance individuelle, l'obligation de garantir à l'assuré qui sort de l'assurance collective les prestations qui lui étaient accordées jusqu'alors.

⁵ Le Conseil fédéral édicte les dispositions de détail sur l'assurance collective.

Art. 6, 2^e alinéa, abrogé

Art. 6bis (nouveau)

¹ Les cotisations doivent être fixées séparément pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques et pour l'assurance d'une indemnité journalière, et cela de façon que chacun de ces genres d'assurance se suffise à lui-même et que les réserves nécessaires puissent être constituées. Dans l'assurance collective, les cotisations doivent être fixées compte tenu des risques particuliers.

II c.
Cotisations

² Les cotisations peuvent être échelonnées d'après l'âge d'entrée, le sexe et les différences de frais dues aux conditions locales; si les rémunérations pour soins médicaux sont fixées d'après le revenu et la fortune des assurés conformément aux articles 22 à 22ter, les cotisations doivent être échelonnées en conséquence. Les cotisations des femmes ne peuvent cependant dépasser celles des hommes de plus de 10 pour cent.

³ Le Conseil fédéral détermine à quelles conditions et dans quelle mesure les cotisations peuvent être échelonnées pour faciliter l'assurance des familles ainsi que celle des mineurs, ou en faveur de certains groupes de personnes.

Art. 7

¹ Les assurés qui ont été affiliés à une ou plusieurs caisses pendant six mois au moins, sans une interruption de plus de trois mois, ont le droit de passer dans une autre caisse

- a. Lorsqu'ils doivent quitter la caisse à laquelle ils appartiennent parce qu'ils changent de lieu de résidence ou parce que, dans une caisse qui n'assure que des mineurs, ils ont atteint l'âge maximal fixé par les statuts;
- b. Lorsque, quittant une entreprise, une association professionnelle ou une école, ou changeant de profession, ils doivent sortir de la caisse de cette entreprise, de cette profession, de cette association professionnelle ou de cette école;
- c. Lorsque, membres de la famille d'un assuré, ils doivent sortir d'une caisse d'entreprise, d'une caisse professionnelle, d'une caisse d'une association professionnelle ou d'une assurance collective, soit parce que cet assuré lui-même sort de la caisse, soit parce qu'ils commencent à exercer une activité lucrative, quittent la communauté familiale ou ont atteint l'âge maximal prévu par les statuts pour les mineurs;
- d. Lorsqu'ils ne peuvent passer de l'assurance collective à l'assurance individuelle conformément à l'article 5 bis, 4^e alinéa;
- e. Lorsque la caisse se dissout ou perd la reconnaissance, ou lorsque l'assuré doit quitter la caisse parce que celle-ci a restreint son rayon d'activité.

² Lorsqu'un assuré engagé dans une entreprise est contraint par les conditions d'engagement de s'affilier à une caisse déterminée, celle-ci doit le traiter comme un passant.

Art. 8

¹ Les assurés qui, quittant une entreprise ou une association professionnelle, doivent sortir de la caisse de cette entreprise ou de cette association professionnelle ont droit au libre passage au plus jusqu'à l'âge de 55 ans révolus.

² Si de tels assurés ont été affiliés à la caisse durant plus de cinq années, ils n'ont pas droit au libre passage tant qu'ils sont malades. Lorsque la maladie cesse, l'assuré a droit au libre passage s'il n'a pas atteint l'âge de 55 ans dans l'intervalle.

³ Les assurées qui, quittant une entreprise ou une association professionnelle, doivent sortir soit de la caisse de cette entreprise ou de cette association professionnelle, soit d'une assurance collective, et qui sont enceintes ou bénéficient des prestations prévues à l'article 14 n'ont droit au libre passage qu'à l'expiration de la durée du droit aux prestations pour l'accouchement en question.

⁴ Les assurés qui, en vertu des alinéas 1^{er} à 3, ne bénéficient pas du libre passage, ont le droit, tant qu'ils séjournent en Suisse, de rester affiliés à leur caisse. Celle-ci doit continuer à leur garantir les mêmes prestations. Elle peut, si l'assuré a un nouveau lieu de séjour, demander à toute caisse exerçant son activité en ce lieu de se charger, contre remboursement des frais, de la perception des cotisations, du paiement des prestations assurées et du contrôle des malades.

Art. 9

¹ Les conditions d'admission relatives à l'état de santé et à l'âge maximal d'entrée ne sont pas opposables au passant. Celui-ci est dispensé du stage et ne paie pas de droit d'entrée.

3. Etendue

² La caisse à laquelle s'affilie un passant a, dans les limites de ses statuts, l'obligation de lui garantir les prestations qui lui étaient assurées précédemment.

³ Le passant doit payer au plus la cotisation prévue pour les nouveaux affiliés du même âge. S'il a dépassé l'âge maximal d'admission prévu par les statuts, il sera considéré, pour la fixation de la cotisation, comme ayant un an de plus que ledit âge.

⁴ La caisse qui assure un passant peut imputer sur la durée de ses prestations les jours pendant lesquels il a bénéficié des prestations de caisses précédentes; elle peut également maintenir des réserves existantes conformément aux dispositions applicables aux autres assurés.

Art. 10

¹ Le droit de libre passage s'éteint trois mois après la survenance du fait qui lui a donné naissance.

4. Exercice du droit de libre passage

² Le passant peut faire valoir son droit à l'égard de toute caisse dont il remplit les conditions d'admission; l'article 9, 1^{er} alinéa, est réservé.

Art. 12

¹ Les caisses doivent prendre en charge au moins les soins médicaux et pharmaceutiques ou une indemnité journalière.

² Au titre de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, les caisses doivent prendre en charge au moins:

D. Prestations d'assurance
I. Assurance des soins médicaux et pharmaceutiques

1. En cas de traitement ambulatoire :

- a. Les soins donnés par un médecin ;
- b. Les traitements scientifiquement reconnus auxquels procède le personnel paramédical sur prescription d'un médecin ;
- c. Les médicaments ordonnés par un médecin ;
- d. Les analyses ordonnées par un médecin ;
- e. Les soins donnés par un chiropraticien au sens de l'article 21, alinéa 4.

2. En cas de traitement dans un établissement hospitalier, les prestations fixées par la convention passée entre cet établissement et la caisse, mais au moins les soins donnés par le médecin, y compris les traitements scientifiquement reconnus, les médicaments et les analyses, conformément aux taxes de la salle commune, ainsi qu'une contribution journalière minimale aux autres frais de soins ;

3. En cas de cure balnéaire ordonnée par le médecin, une contribution journalière aux frais de cure.

³ En cas de traitement ambulatoire, les soins médicaux et pharmaceutiques doivent être pris en charge sans limite de durée.

⁴ En cas de traitement dans un établissement hospitalier et en cas de cure balnéaire, les soins médicaux et pharmaceutiques doivent être pris en charge, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours consécutifs. Aucune imputation ne peut être effectuée sur la durée du droit aux prestations tant que l'assuré reçoit une rente ou une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité, ou tant qu'un assuré mineur ne recevant pas de rente de l'assurance-invalidité continue à séjourner, sans interruptions de longue durée, en établissement hospitalier après avoir suivi un traitement hospitalier de 360 jours consécutifs.

⁵ Le Conseil fédéral, sur préavis d'une commission de spécialistes nommée par lui, détermine les prestations prises en charge conformément au 2^e alinéa, chiffre 1, lettres *a* et *b*, et les prestations de même nature prévues au chiffre 2 ; il fixe la contribution aux autres frais de soins et la contribution aux frais de cure prévues aux chiffres 2 et 3.

⁶ Le Conseil fédéral, sur préavis d'une commission des médicaments nommée par lui, détermine les médicaments et les analyses qui, conformément au 2^e alinéa, chiffre 1, lettres *c* et *d*, et chiffre 2, sont obligatoirement à la charge des caisses. Il désigne en outre, sur préavis de ladite commission, des médicaments dont la prise en charge est recommandée aux caisses.

Art. 12^{bis} (nouveau)

¹ Au titre de l'assurance d'une indemnité journalière, les caisses doivent allouer une indemnité journalière d'au moins deux francs en cas d'incapacité totale de travail.

II. Indemnité
journalière

² Les conditions d'admission dans les classes d'indemnité journalière ne doivent pas, pour les personnes exerçant une activité lucrative, être différentes selon le sexe. Les enfants ne peuvent être assurés pour une indemnité journalière avant d'avoir 15 ans révolus.

³ L'indemnité journalière doit être assurée, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours consécutifs.

⁴ Lorsque l'indemnité journalière est réduite pour éviter la sur-assurance conformément à l'article 26, il ne peut être imputé sur la durée des prestations qu'un nombre entier de jours égal au quotient que l'on obtient en divisant la somme des indemnités journalières versées par le montant de l'indemnité journalière assurée. Le nombre de jours obtenu sera imputé globalement sur la durée des prestations à compter du premier jour de versement de l'indemnité journalière.

Art. 12^{ter} (nouveau)

¹ En cas de tuberculose, les caisses doivent prendre en charge au moins :

III. Prestations
en cas de
tuberculose

1. Pour les personnes assurées pour les soins médicaux et pharmaceutiques :

- a. En cas de traitement ambulatoire, les prestations prévues à l'article 12, 2^e alinéa, chiffre 1 ;
- b. En cas de traitement dans un établissement pour tuberculeux, une contribution journalière aux frais de cure dont le montant sera fixé séparément pour les enfants et pour les adultes, de même que les examens et traitements scientifiquement reconnus nécessaires pour guérir la tuberculose ;

2. Pour les personnes assurées pour une indemnité journalière, la pleine indemnité journalière assurée.

² Les prestations en cas de tuberculose doivent être prises en charge :

1. Dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques :
 - a. En cas de traitement ambulatoire, sans limite de durée ;
 - b. En cas de traitement dans un établissement hospitalier, durant au moins 1800 jours dans une période de sept années consécutives. Aucune imputation ne peut être effectuée sur la durée du droit aux prestations tant que l'assuré reçoit

une rente ou une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité, ou tant qu'un assuré mineur ne recevant pas de rente de l'assurance-invalidité continue à séjourner, sans interruptions de longue durée, en établissement hospitalier après avoir suivi un traitement hospitalier de 360 jours consécutifs;

2. Dans l'assurance d'une indemnité journalière, durant au moins 1800 jours dans une période de sept années consécutives.

³ La durée des prestations en cas de tuberculose ne doit pas être imputée sur les durées prévues aux articles 12, 4^e alinéa, et 12*bis*, 3^e alinéa. L'article 12*bis*, 4^e alinéa, est applicable.

⁴ Le Conseil fédéral édicte les dispositions de détail sur les conditions du droit aux prestations en cas de tuberculose, et fixe les prestations prévues au 1^{er} alinéa, chiffre 1, lettre b.

Art. 13, 3^e al.

³ Le Conseil fédéral fixe les conditions auxquelles le délai d'attente pour l'indemnité journalière peut être prolongé.

Art. 13, 4^e al., abrogé

Art. 13, 5^e al., abrogé

Art. 13*bis* (nouveau)

V. Droits égaux
des invalides

Les caisses ne peuvent pas traiter les assurés invalides moins bien que les autres assurés.

Art. 14

VI. Prestations
en cas de
maternité

¹ Les caisses doivent prendre en charge en cas de grossesse et d'accouchement les mêmes prestations qu'en cas de maladie si, lors de ses couches, l'assurée a déjà été affiliée à des caisses depuis au moins 270 jours sans une interruption de plus de trois mois.

² Les prestations aux femmes assurées pour les soins médicaux et pharmaceutiques doivent comprendre en outre:

1. En cas d'accouchement à domicile:

a. L'assistance à la naissance par la sage-femme, y compris le matériel nécessaire à cet effet;

b. L'assistance à la naissance par le médecin;

2. En cas d'accouchement dans un établissement hospitalier, une contribution à la taxe d'accouchement, si l'établissement perçoit une telle taxe; cette contribution sera fixée par le Conseil fédéral;

3. Une contribution, fixée par le Conseil fédéral:

- a. Aux frais de soins de l'enfant tant que celui-ci séjourne dans l'établissement hospitalier avec sa mère, ou
- b. Aux frais de soins et de traitement de l'enfant lorsque celui-ci doit être traité dans un établissement hospitalier durant les dix semaines qui suivent la naissance;

4. Quatre examens de contrôle au maximum pendant la grossesse et un examen dans les dix semaines qui suivent l'accouchement.

³ L'assurée peut, à son choix, accoucher à domicile ou dans un établissement hospitalier.

⁴ L'assurée qui cesse d'exercer une activité lucrative quatre semaines au plus avant l'accouchement ne peut être attribuée à une classe inférieure d'indemnité journalière avant l'expiration de la période fixée au 6^e alinéa. L'assurée a droit à l'indemnité journalière garantie si elle ne se livre à aucun travail préjudiciable à sa santé.

⁵ Lorsque l'assurée allaite son enfant pendant 10 semaines, que l'enfant soit ou non entièrement nourri par allaitement, la caisse doit lui verser une indemnité d'allaitement d'au moins 50 francs, pour cette période. Si l'assurée est affiliée à plus d'une caisse, l'indemnité d'allaitement lui est due par la caisse qui l'assure pour les soins médicaux et pharmaceutiques et, si elle n'est pas assurée pour ces soins, par la caisse dont elle fait partie depuis le plus de temps.

⁶ La durée des prestations en cas de maternité est de dix semaines, dont au moins six après l'accouchement; elle ne peut être imputée sur les durées prévues aux articles 12, 12*bis* et 12*ter*, et les prestations en cas de maternité doivent être accordées même si ces durées sont expirées. Les examens de contrôle prévus au 2^e alinéa, chiffre 4, doivent être pris en charge dès le début de la grossesse.

Art. 14*bis* (nouveau)

¹ Les caisses doivent imposer aux assurés une participation aux frais médicaux et pharmaceutiques. Celle-ci ne peut être échelonnée selon le sexe et doit être calculée de telle façon que les assurés ne supportent pas, en moyenne, plus d'un dixième des frais médicaux et pharmaceutiques. Les caisses doivent mettre en outre à la charge des assurés majeurs, dans chaque cas de maladie, un montant déterminé par le Conseil fédéral (franchise). Les 2^e et 4^e alinéas sont réservés.

VII. Participa-
tion aux frais;
taxe sur feuille
de maladie

² Aucune participation aux frais ni aucune franchise ne seront exigées :

- a. En cas de séjour dans un établissement hospitalier;
- b. En cas de tuberculose;
- c. En cas de cure balnéaire;
- d. En cas de maternité.

³ Les caisses sont autorisées à percevoir une taxe lors de la délivrance des feuilles de maladie.

⁴ Le Conseil fédéral édicte les dispositions de détail sur la participation aux frais, la franchise et la taxe sur feuille de maladie. Il peut dispenser, entièrement ou en partie, de la participation aux frais et de la franchise les caisses pour lesquelles ces mesures ne se révèlent pas nécessaires, ou les assurés pour lesquels elles sont trop rigoureuses.

Art. 19bis (nouveau)

IV. Choix de
l'établissement
hospitalier;
prise en charge
des frais

¹ L'assuré a le libre choix parmi les établissements hospitaliers suisses. Est réservé le 6^e alinéa.

² Si l'assuré se rend, à son lieu de résidence ou dans les environs, dans un établissement avec lequel la caisse a passé convention, celle-ci doit calculer ses prestations au moins selon les taxes de la salle commune dudit établissement.

³ Si l'assuré se rend dans un autre établissement hospitalier, la caisse peut calculer ses prestations selon les taxes de la salle commune de l'établissement le plus proche avec lequel elle a passé convention au lieu de résidence de l'assuré ou dans les environs. Si ce mode de calcul a des conséquences inéquitables, le gouvernement cantonal, sur préavis des intéressés, peut déclarer le 4^e alinéa applicable en ce qui concerne le calcul des prestations de la caisse.

⁴ Si, au lieu de résidence de l'assuré ou dans les environs, il ne se trouve pas d'établissement hospitalier avec lequel elle a passé convention, la caisse doit calculer ses prestations au moins selon les taxes de la salle commune de l'établissement public qui est le plus proche, dans le même canton, du lieu de résidence de l'assuré. Les gouvernements cantonaux désignent les établissements avec salle commune qui sont réputés publics. Les 5^e et 6^e alinéas sont réservés.

⁵ Si l'assuré doit, pour des raisons médicales, se rendre dans un établissement hospitalier déterminé, la caisse doit calculer ses prestations selon les taxes de la salle commune de cet établissement.

⁶ En cas de tuberculose, l'assuré n'a le choix que parmi les établissements hospitaliers reconnus par le Conseil fédéral et autorisés à recevoir et à traiter des assurés tuberculeux.

⁷ En cas de cure balnéaire ordonnée par le médecin, l'assuré a le choix entre les stations thermales suisses dirigées par un médecin.

Art. 21, 4^e, 5^e et 6^e al. (nouveaux)

⁴ Les personnes autorisées par un canton à exercer la chiropratique en vertu d'un certificat de capacité obtenu grâce à une formation professionnelle spéciale et reconnu par le Conseil fédéral peuvent, dans les limites de cette autorisation, pratiquer pour l'assurance-maladie. Les articles 15, 1^{er} alinéa, et 17, 1^{er} alinéa, sont applicables par analogie.

⁵ Sont réputées sages-femmes les personnes autorisées par un canton à exercer en cette qualité. Les articles 15, 1^{er} alinéa, et 17, 1^{er} alinéa, sont applicables par analogie.

⁶ Le Conseil fédéral, sur préavis des associations intéressées, établira les règles générales selon lesquelles le personnel paramédical et les laboratoires qui sont dirigés par une personne ayant reçu une formation scientifique et font des analyses sont autorisés à exercer leur activité à la charge des caisses. Sont réservées les dispositions cantonales contenant des exigences plus grandes.

Art. 22

¹ Les taxes applicables pour les prestations des médecins sont fixées par convention passée entre les caisses et les médecins.

² Les gouvernements cantonaux fixent, sur préavis des représentants des caisses et des médecins, les limites de revenu et de fortune déterminant le cercle des assurés dans une situation très aisée. Les taxes fixées conformément au 1^{er} alinéa ne sont pas applicables à ces assurés, sauf disposition contraire des conventions.

³ Les conventions passées entre caisses et médecins peuvent prévoir deux catégories de taxes, échelonnées selon le revenu et la fortune des assurés; si les conventions s'étendent aux assurés dans une situation très aisée, les tarifs peuvent comprendre trois catégories de taxes. Le délai de dénonciation des conventions doit être d'un an au moins. Pour être valables, les conventions doivent avoir été approuvées par le gouvernement cantonal; celui-ci examine si les taxes prévues et les autres dispositions de la convention sont conformes à la loi et à l'équité.

⁴ Les cantons doivent tenir gratuitement à la disposition des caisses et des médecins, ainsi que de leurs associations, les renseignements qui sont nécessaires pour répartir les assurés en groupes selon leur revenu et leur fortune, conformément aux 2^e et 3^e alinéas.

H. Tarifs
et conventions
I. Tarifs
médicaux
1. Conventions

Art. 22bis (nouveau)

2. Régime
sans convention
a. En général

¹ Lors de l'approbation des conventions, les gouvernements cantonaux, sur préavis des représentants des caisses et des médecins, fixent des tarifs-cadres dont les taxes minimales doivent être inférieures et les taxes maximales supérieures aux taxes des tarifs conventionnels approuvés. Ces tarifs-cadres sont applicables à l'expiration des conventions.

² Lorsqu'une année s'est écoulée depuis l'expiration d'une convention, le gouvernement cantonal peut, sur préavis des parties, fixer un nouveau tarif-cadre sans tenir compte du tarif conventionnel antérieur. Lorsque les taxes conventionnelles étaient échelonnées selon le revenu et la fortune des assurés, le gouvernement cantonal peut, si les parties sont d'accord, maintenir cette réglementation; sinon, il doit la remplacer par un tarif-cadre à taxes non échelonnées.

³ Lorsqu'une caisse obtient la reconnaissance ou qu'une caisse reconnue introduit l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, et qu'aucune convention ne peut être conclue avec les médecins, le gouvernement cantonal, sur préavis des représentants de la caisse et des médecins, fixe un tarif-cadre.

⁴ Les tarifs-cadres fixés par le gouvernement cantonal conformément aux alinéas 1^{er} à 3^e ne sont pas applicables aux assurés dans une situation très aisée.

⁵ Les tarifs-cadres prévus aux alinéas 1^{er} à 3^e lient le médecin si les assurés se font connaître comme tels au début du traitement et si le médecin n'a pas adressé, à un organisme désigné par le canton, une déclaration selon laquelle il refuse de traiter tout assuré conformément à la présente loi. Si un assuré consulte un médecin qui a fait semblable déclaration, celui-ci doit, au début du traitement, attirer l'attention du patient sur le fait qu'il n'aura pas droit aux prestations de la caisse. L'article 22ter est réservé. En appliquant les tarifs-cadres, on aura égard à la difficulté de l'acte médical.

⁶ Les prestations de la caisse doivent couvrir les frais portés en compte par le médecin conformément au tarif déterminant. Les caisses doivent garantir aux assurés qui sont dans une situation très aisée, au moins les mêmes prestations qu'aux autres assurés; si ceux-ci sont répartis en groupes, les prestations allouées aux assurés dans une situation très aisée doivent être au moins égales à celles qui sont versées pour les assurés du groupe supérieur. Les articles 14bis et 22ter sont réservés.

⁷ Sauf disposition conventionnelle contraire, l'assuré est débiteur des honoraires. Dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques et dans l'assurance d'une indemnité journalière, le médecin

doit fournir au débiteur des honoraires toutes les indications nécessaires pour déterminer le droit aux prestations de la caisse. Le médecin est fondé à ne fournir les indications d'ordre médical qu'au médecin conseil de la caisse.

Art. 22ter (nouveau)

b. Garantie
du traitement

¹ Si le traitement des assurés à ressources modestes n'est pas garanti, le gouvernement cantonal, par des mesures limitées dans le temps, veille à ce qu'il le soit dans les limites de la présente loi. Après avoir entendu les représentants des caisses et des médecins, le gouvernement définit le cercle des assurés à ressources modestes en tenant compte des charges de famille ainsi que des conditions de revenu et de fortune. L'article 22, 4^e alinéa, est applicable par analogie.

² Les caisses doivent couvrir les frais portés en compte par les médecins, conformément au tarif déterminant, pour le traitement des assurés à ressources modestes. L'article 14bis est réservé. Pour les autres assurés, le gouvernement cantonal fixe, dans les limites des tarifs prévus à l'article 22bis, 1^{er} à 3^e alinéas, un tarif de remboursement conformément auquel les caisses-maladie doivent rembourser à ces assurés leurs frais de traitement médical.

³ Aucune restriction ni aucun ordre de caractère médical provenant d'une caisse-maladie ou d'un pouvoir cantonal ne peuvent être imposés au médecin quant aux traitements obligatoirement à la charge des caisses qu'il entend appliquer à son patient. Les articles 18 et 23 sont réservés.

⁴ Dans le cas où les assurés ont le droit de choisir des médecins hors du canton, le Conseil fédéral prend, au besoin, les mesures nécessaires.

Art. 22quater (nouveau)

¹ Le Conseil fédéral, sur préavis des intéressés, fixe les rémunérations dues aux pharmaciens pour leurs prestations ainsi que les rémunérations dues pour les analyses faites par les laboratoires. Ces rémunérations peuvent être augmentées ou réduites de 10 pour cent au plus par convention, ou, en l'absence de convention, par décision du gouvernement cantonal.

II. Autres tarifs

² Les rémunérations applicables pour les prestations des chiropraticiens et des sages-femmes, ainsi que celles qui sont applicables pour les traitements auxquels procède le personnel paramédical sur prescription du médecin, sont fixées par convention passée entre les caisses et ces personnes. Lorsqu'aucune convention ne peut être conclue, le gouvernement cantonal, sur préavis des intéressés, fixe les taxes pour les prestations desdites personnes.

³ Lorsqu'aucune convention ne peut être conclue entre caisses et établissements hospitaliers, le gouvernement cantonal, sur préavis des intéressés, fixe les tarifs:

- a. Pour les soins donnés par un médecin, traitements et analyses en salle commune des établissements hospitaliers;
- b. Pour le traitement ambulatoire en établissement hospitalier;
- c. Pour les médicaments fournis par les établissements hospitaliers.

⁴ Les tarifs prévus au 3^e alinéa doivent tenir compte des circonstances locales et du caractère spécial de l'établissement dont il s'agit.

⁵ Les conventions passées entre caisses, d'une part, et pharmaciens, chiropraticiens, sages-femmes, personnel paramédical, laboratoires ou établissements hospitaliers, d'autre part, doivent, pour être valables, avoir été approuvées par le gouvernement cantonal. Celui-ci examine si les taxes et les autres clauses conventionnelles sont conformes à la loi et à l'équité.

⁶ L'article 22 bis, 7^e alinéa, est applicable aux rémunérations dues aux pharmaciens, aux chiropraticiens, aux sages-femmes, au personnel paramédical, aux laboratoires et aux établissements hospitaliers. Si un assuré qui se fait connaître comme tel le lui demande et s'il s'agit de prestations prises en charge par la caisse, le pharmacien ne réclamera sa rémunération qu'à la fin du traitement.

Art. 22quinquies (nouveau)

III. Droit
de recours

Les dispositions édictées par les gouvernements cantonaux conformément aux articles 22 à 22 quater, et les décisions qu'ils ont prises en vertu de ces articles, peuvent être l'objet d'un recours au Conseil fédéral dans les trente jours.

Art. 23

IV. Traitements
économiques

Lorsqu'ils traitent des assurés, leur prescrivent ou fournissent des médicaments, prescrivent ou appliquent des traitements scientifiquement reconnus ou font des analyses, les médecins, les pharmaciens, les chiropraticiens, les sages-femmes, le personnel paramédical, les laboratoires et les établissements hospitaliers doivent se limiter à ce qui est exigé par l'intérêt de l'assuré et par le but du traitement.

Art. 24

J. Exclusion
de médecins,
pharmaciens,
sages-femmes,
personnel para-
médical et
laboratoires

Si, pour des motifs graves tirés soit de sa personne soit de son activité professionnelle, une caisse conteste à un médecin, un pharmacien, un chiropraticien, une sage-femme, un membre du personnel paramédical ou un laboratoire le droit de traiter ses assurés, de leur

prescrire ou de leur fournir des médicaments, de leur prescrire ou d'appliquer des traitements scientifiquement reconnus ou de faire des analyses, il appartient au tribunal arbitral institué conformément à l'article 25 de prononcer l'exclusion et d'en fixer la durée.

Art. 25

K. Tribunal
arbitral

¹ Les contestations entre caisses, d'une part, et médecins, pharmaciens, chiropraticiens, sages-femmes, personnel paramédical, laboratoires ou établissements hospitaliers, d'autre part, sont jugées par un tribunal arbitral dont la juridiction s'étend à tout le canton.

² Le tribunal compétent est celui du canton dont le tarif est appliqué ou du canton dans lequel se trouve l'installation permanente du médecin, du chiropraticien ou du membre du personnel paramédical, ou la pharmacie, ou l'établissement hospitalier ou le laboratoire, ou dans lequel la sage-femme a son domicile.

³ Le tribunal arbitral est également compétent lorsque les honoraires sont dus par l'assuré. En pareil cas, la caisse doit, à ses frais, sur requête de l'assuré, le représenter au procès, à moins que la demande ne paraisse vouée à l'échec. En cas d'infraction à la présente loi ou aux dispositions édictées en vertu de celle-ci, la caisse peut intenter d'elle-même l'action, même si les honoraires ont déjà été payés par l'assuré, en tant que débiteur.

⁴ Les cantons désignent le tribunal arbitral et fixent la procédure; à moins que le cas n'ait déjà été soumis à un organisme de conciliation prévu par convention, le tribunal arbitral ne peut en être saisi sans procédure de conciliation préalable. Le tribunal arbitral se compose d'un président neutre et de représentants en nombre égal des caisses, d'une part, et, selon le cas, des médecins, des pharmaciens, des chiropraticiens, des sages-femmes, du personnel paramédical, des laboratoires ou des établissements hospitaliers, d'autre part.

⁵ Les jugements contiendront les motifs retenus et l'indication des voies de droit; ils seront communiqués par écrit dans les trente jours du prononcé.

Art. 26

¹ L'assurance ne doit pas être une source de gain pour les assurés.

² Lorsqu'une personne est assurée pour une indemnité journalière auprès de plus d'une caisse et que les prestations doivent être réduites en vertu du 1^{er} alinéa, les prestations de chaque caisse seront, par rapport au total versé, dans la même proportion que l'est l'indemnité assurée par elle par rapport au total des indemnités assurées.

L. Dispositions
diverses
I. Surassurance

³ Lorsque d'autres assureurs que ceux qui sont mentionnés au 2^e alinéa sont aussi tenus à prestations, les caisses n'accorderont leurs prestations qu'au plus dans la mesure où, celles des autres assureurs étant prises en considération, l'assurance n'est pas une source de gain pour l'assuré.

⁴ Le Conseil fédéral peut fixer à quelles conditions et dans quelle mesure la caisse est provisoirement tenue à prestations tant qu'il n'est pas certain que l'assuré a un droit envers la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, l'assurance militaire ou l'assurance-invalidité; il peut, en outre, régler le remboursement ultérieur par les autres assureurs des prestations fournies par la caisse.

Art. 27

II. Réassurance

¹ Les fédérations de caisses sont reconnues par l'autorité de surveillance comme fédérations de réassurance si elles pratiquent exclusivement la réassurance de prestations des caisses qui leur sont affiliées. Les dispositions du titre premier de la présente loi sont applicables par analogie aux fédérations de réassurance.

² Les caisses qui offrent toute garantie d'une bonne application peuvent être autorisées à réassurer des prestations d'autres caisses.

Art. 30

V. Tribunaux des assurances 1. Décisions des caisses

¹ Lorsque l'assuré ou le candidat n'accepte pas une décision de la caisse, celle-ci doit la lui communiquer par écrit dans les trente jours, avec indication des motifs, des voies de recours et du délai de recours.

² Recours peut être formé contre cette décision, dans les trente jours de sa communication, auprès du tribunal des assurances prévu à l'article 30 *bis*, 1^{er} alinéa.

³ Le recours auprès du tribunal cantonal des assurances peut aussi être formé lorsque la caisse n'a pas pris de décision dans le délai de trente jours.

⁴ Les décisions prévues au 1^{er} alinéa passent en force de chose jugée s'il n'est pas formé recours dans le délai prévu ou si le recours n'a pas abouti. Les décisions qui portent sur un paiement en argent sont, lorsqu'elles ont passé en force, assimilées à des jugements exécutoires au sens de l'article 80 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite.

⁵ Les caisses ne peuvent subordonner la communication de leurs décisions ni le droit de s'adresser au tribunal cantonal des assurances à l'obligation d'avoir épuisé la voie de recours prévue au sein de la caisse elle-même.

Art. 30bis (nouveau)

2. Tribunaux
cantonaux
des assurances

¹ Les cantons désignent un tribunal des assurances dont la juridiction s'étend à tout le canton pour connaître, en instance unique sur le plan cantonal, des contestations des caisses entre elles ou avec leurs assurés ou des tiers qui concernent des droits que les parties font valoir en se fondant sur la présente loi, les dispositions d'exécution fédérales ou cantonales ou les dispositions établies par les caisses.

² Le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'assuré ou le tiers a son domicile au moment de l'ouverture de l'action, ou du canton où se trouve le siège de la caisse défenderesse; en cas de contestation des caisses entre elles, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où se trouve le siège de la caisse défenderesse.

³ Les cantons règlent la procédure. Celle-ci doit satisfaire aux exigences ci-après :

- a. Elle doit être simple, rapide et, en principe, gratuite pour les parties; des émoluments de justice et les frais de procédure peuvent toutefois être mis à la charge du recourant en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère.
- b. L'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions. Si l'acte de recours n'est pas conforme à ces règles, le juge impartit un délai convenable à son auteur pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté.
- c. Le tribunal des assurances établit d'office les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement.
- d. Le juge n'est pas lié par les conclusions des parties. Il peut réformer au détriment du recourant la décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer.
- e. Si les circonstances le justifient, le juge ordonne des débats. Les délibérations ont lieu en l'absence des parties.
- f. Le droit de se faire assister par un conseil est garanti. Lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite sera accordée au recourant.
- g. Les jugements contiendront les motifs retenus et l'indication des voies de droit; ils seront communiqués par écrit dans les trente jours du prononcé.
- h. Les jugements doivent être révisés si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts subséquentement ou si un crime ou un délit a influencé le jugement.

Art. 30ter (nouveau)

3. Tribunal
fédéral
des assurances

¹ Les parties et le Conseil fédéral peuvent, dans les trente jours de la communication, former recours auprès du Tribunal fédéral des assurances contre les jugements des tribunaux arbitraux ou des tribunaux cantonaux des assurances.

² Le recours n'est recevable que pour violation du droit fédéral ou pour arbitraire dans la constatation ou l'appréciation des faits.

³ Est applicable, par analogie, à la procédure à suivre, l'arrêté fédéral du 28 mars 1917 concernant l'organisation du Tribunal fédéral des assurances et la procédure à suivre devant ce tribunal. Jusqu'à l'adaptation de cet arrêté, les dispositions nécessaires pourront être édictées par voie d'ordonnance.

Art. 32, abrogé

Art. 33

VII.
Surveillance;
mesures
d'ordre

¹ Le Conseil fédéral surveille l'exécution du premier titre de la présente loi, et fait en sorte que celui-ci soit appliqué de manière uniforme. Il peut, à cette fin, donner aux caisses des instructions relatives en particulier à l'organisation et à la gestion, à la tenue des comptes, au placement de la fortune, à l'établissement du bilan, à l'organe de contrôle et aux mesures à prendre pour la sécurité financière.

² Les caisses doivent remettre à l'autorité de surveillance leurs comptes annuels, les pièces permettant le contrôle des comptes et le calcul des subsides fédéraux, ainsi que les statistiques nécessaires; elles lui donneront, en outre, tout renseignement utile. L'autorité de surveillance a le droit d'examiner les livres et de contrôler la gestion sur place.

³ Si une caisse contrevient aux prescriptions de la présente loi, aux dispositions d'exécution édictées en vertu de celle-ci, ou aux instructions données conformément au 1^{er} alinéa, les subsides fédéraux peuvent, après une sommation écrite demeurée sans succès, être bloqués totalement ou en partie et, dans les cas graves, refusés.

⁴ La reconnaissance doit être retirée à toute caisse

- a. Qui ne remplit plus les conditions légales et qui, malgré sommation de l'autorité de surveillance, ne prend pas, dans un délai convenable, les mesures nécessaires pour remédier à cet état de choses;
- b. Qui, malgré avertissement, ne donne pas suite, de manière répétée, aux instructions de l'autorité de surveillance.

Art. 35

¹ La Confédération alloue aux caisses les subsides annuels suivants:

M. Subsidés
fédéraux
I. Subsidés
de base

- a. Pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, des subsides par assuré fixés de façon à représenter, pour les hommes, 10 pour cent, pour les femmes, 35 pour cent et, pour les enfants jusques et y compris l'année où ils atteignent l'âge de 15 ans, 30 pour cent, de la moyenne suisse des frais médicaux et pharmaceutiques de l'année précédente, calculée pour chacune de ces catégories. Lorsque les caisses ne prennent pas en charge au moins les médicaments dont le paiement est recommandé par le Conseil fédéral selon l'article 12, 6^e alinéa, dernière phrase, lesdits subsides seront diminués, pour chaque catégorie, de 2 francs.
- b. Pour l'assurance d'une indemnité journalière, des subsides de 2 francs par assuré.

² Dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, la Confédération alloue aux caisses pour chaque accouchement un subside représentant 40 pour cent de la moyenne suisse des frais médicaux et pharmaceutiques par accouchement de l'année précédente. Dans l'assurance d'une indemnité journalière, la Confédération alloue aux caisses un subside de 50 francs par accouchement.

³ Lorsqu'une personne est assurée auprès de plusieurs caisses, chacune d'entre elles a droit au subside correspondant aux prestations qu'elle accorde.

⁴ La Confédération rembourse aux caisses les indemnités d'allaitement minimales versées en vertu de l'article 14, 5^e alinéa.

⁵ Le Conseil fédéral édicte les dispositions de détail sur les frais moyens déterminants prévus aux 1^{er} alinéa, lettre a, et 2^e alinéa. Ne peuvent être comprises dans ces frais

- a. Les prestations pour lesquelles la Confédération alloue les subsides prévus aux articles 36 et 37.
- b. Les prestations accordées dans les branches d'assurance jointes à l'assurance-maladie par les caisses en vertu de l'article 3, 5^e alinéa.

⁶ Le Conseil fédéral peut supprimer les subsides fédéraux prévus par le présent article et par les articles 36 et 37 pour les assurés résidant hors de Suisse.

Art. 36

¹ La Confédération rembourse aux caisses ou aux fédérations de réassurance 40 pour cent des prestations pour soins médicaux et pharmaceutiques et 36 pour cent de l'indemnité journalière allouées en cas de tuberculose. L'article 37 est réservé.

II. Subsidés
pour les
prestations
en cas de
tuberculose

² Le Conseil fédéral fixe, pour les contributions journalières aux frais de cure et pour l'indemnité journalière, les montants maximaux entrant en considération pour le subside fédéral.

Art. 37

III. Subsidés
pour soins
médicaux et
pharmaceutiques
des invalides

La Confédération rembourse aux caisses ou aux fédérations de réassurance 75 pour cent des prestations pour soins médicaux et pharmaceutiques dont la durée ne peut, conformément aux articles 12, 4^e alinéa, et 12 *ter*, 2^e alinéa, chiffre 1, lettre *b*, être imputée sur celle des prestations en cas de traitement dans un établissement hospitalier.

Art. 38

IV. Subside
supplémentaire
de montagne

¹ Dans les régions de montagne, la Confédération alloue aux caisses, pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, un subside supplémentaire de montagne par assuré et par an. Ce subside ne peut être supérieur au tiers de la moyenne suisse des frais médicaux et pharmaceutiques de l'année précédente. Son montant sera fixé de manière uniforme pour chaque caisse eu égard à son rayon d'activité.

² Le Conseil fédéral désigne les régions de montagne. Il peut arrondir au franc immédiatement supérieur le montant maximal prévu au 1^{er} alinéa.

³ Dans les régions de montagne, la Confédération alloue un subside égal à un quart des indemnités annuelles versées aux médecins à condition que les cantons paient un subside au moins de même montant.

Art. 40

N. Obligation
de garder
le secret

¹ Le secret professionnel des personnes désignées à l'article 321 du code pénal suisse qui exercent une profession médicale ou paramédicale s'étend aux indications sur le revenu et la fortune des assurés que les cantons tiennent à disposition conformément à l'article 22, 4^e alinéa, ainsi qu'aux indications sur le droit des assurés aux prestations et sur les prestations qu'ils ont reçues.

² Les personnes qui, sans faire partie de celles désignées à l'article 321 du code pénal suisse qui exercent une profession médicale ou paramédicale, ont connaissance, dans l'application de la présente loi, de l'état de santé des assurés et des indications mentionnées au premier alinéa doivent également garder le secret sur ces constatations. En cas d'infraction à cette obligation, l'article 321 du code pénal suisse est applicable.

II

¹ Le titre marginal de l'article 6 devient «II b. Egalité des sexes».

² Le titre marginal de l'article 13 devient «IV Stage. Délai d'attente». D'autre part, au 2^e alinéa de cet article, l'expression «indemnité de chômage» est remplacée par «indemnité journalière».

³ Le titre marginal de l'article 15 devient «E. Choix du médecin, de la pharmacie et de l'établissement hospitalier...».

⁴ Le titre marginal de l'article 21 devient «G. Qualification des médecins, des pharmaciens, des chiropraticiens, des sages-femmes, du personnel paramédical et des laboratoires».

⁵ Le titre marginal de l'article 34 est précédé du chiffre VIII.

⁶ Le titre marginal de l'article 39 est précédé du chiffre V.

III

Le titre deuxième de la loi est modifié comme il suit :

Art. 73, 1^{er} al., dernière phrase

Les articles suivants sont applicables par analogie: Articles 15 à 19, 20, 21, 1^{er}, 2^e, 3^e et 6^e alinéas, 23 à 25, ainsi que 30^{ter}, en tant qu'il concerne les jugements du tribunal arbitral.

Art. 73^{bis} (nouveau)

¹ Les tarifs médicaux et pharmaceutiques sont fixés par les gouvernements cantonaux, sur préavis des représentants de la caisse nationale ainsi que des associations professionnelles des médecins et des pharmaciens. Les tarifs indiquent, pour chaque intervention du médecin et pour chaque médicament, le minimum et le maximum de la taxe, et les parties ne peuvent ni la majorer ni la réduire.

² Les conventions passées entre la caisse nationale et les médecins ou les pharmaciens sont soumises à l'approbation du gouvernement cantonal. Celui-ci examine si les taxes et les autres clauses conventionnelles sont conformes à la loi et à l'équité. La décision du gouvernement cantonal peut faire l'objet d'un recours au Conseil fédéral dans les trente jours.

³ Les taxes doivent être les mêmes pour tous les assurés de la caisse nationale.

IV

Dès l'entrée en vigueur de la présente loi, sont abrogés :

- a. L'article 15 de la loi fédérale du 13 juin 1928 sur la lutte contre la tuberculose ;
- b. Les dispositions cantonales et communales qui sont contraires à la présente loi.

V

La loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite est complétée comme il suit, à son article 219 :

Deuxième classe

«1. Les créances de cotisations des caisses-maladie reconnues par la Confédération».

VI

¹ Les cantons et communes soumettront à l'approbation du Conseil fédéral, dans le délai fixé par lui, les dispositions d'exécution et d'adaptation nécessaires en vertu de la présente loi. Dans les cantons et les communes où il n'est pas possible d'édicter ces dispositions jusqu'au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, l'autorité exécutive peut établir une réglementation provisoire. Cette réglementation doit être soumise au Conseil fédéral pour approbation.

² En l'absence de convention entre caisses et médecins au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, les articles 22 *bis*, 3^e alinéa, et 22 *quinquies* sont applicables.

VII

¹ Les caisses et fédérations de réassurance doivent adapter leurs statuts et règlements aux dispositions de la présente loi jusqu'à une date que le Conseil fédéral fixera. Jusqu'à cette date, les anciens statuts et règlements restent en vigueur.

² Est imputée sur le délai de 5 ans prévu à l'article 5, 3^e alinéa, la durée pendant laquelle des réserves ont été en vigueur avant le 1^{er} janvier 1965.

VIII

¹ La présente loi entre en vigueur le 1^{er} janvier 1965. Les articles 33 et 35 à 38 prennent effet au 1^{er} janvier 1964.

² Le Conseil fédéral est chargé de l'exécution de la présente loi ; il édicte les dispositions nécessaires à cet effet.

Ainsi arrêté par le Conseil des Etats.

Berne, le 13 mars 1964.

Le président, L. Danioth

Le secrétaire, F. Weber

Ainsi arrêté par le Conseil national.

Berne, le 13 mars 1964.

Le président, Otto Hess

Le secrétaire, Ch. Oser

Le Conseil fédéral arrête:

La loi fédérale ci-dessus sera publiée en vertu de l'article 89, 2^e alinéa, de la constitution fédérale et de l'article 3 de la loi du 17 juin 1874 concernant les votations populaires sur les lois et arrêtés fédéraux.

Berne, le 13 mars 1964.

Par ordre du Conseil fédéral suisse:

13610

Le chancelier de la Confédération,

Ch. Oser

Date de la publication: 19 mars 1964

Délai d'opposition: 17 juin 1964

LOI FÉDÉRALE modifiant le premier titre de la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (Du 13 mars 1964)

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1964
Année	
Anno	
Band	1
Volume	
Volume	
Heft	11
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	---
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	19.03.1964
Date	
Data	
Seite	540-561
Page	
Pagina	
Ref. No	10 097 287

Das Dokument wurde durch das Schweizerische Bundesarchiv digitalisiert.

Le document a été digitalisé par les Archives Fédérales Suisses.

Il documento è stato digitalizzato dell'Archivio federale svizzero.