Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Réseaux de soins)

Modification du 30 septembre 2011

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,
vu le message du Conseil fédéral du 15 septembre 2004[1],
arrête:

I

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie[2] est modifiée comme suit:

Art. 12, al. 5

5 Les caisses-maladie ne peuvent gérer des institutions dispensant des traitements médicaux aux assurés ni avoir une participation financière dans de telles institutions.

Art. 34, al. 3

3 Le Conseil fédéral peut prévoir la prise en charge des prestations fournies à l'étranger dans le cadre de projets pilotes limités dans le temps. Il vise à convenir la réciprocité avec l'Etat concerné.

Art. 41, al. 4

Abrogé

Titre précédant l'art. 41b

Section 2*a* Formes particulières d'assurance

Art. 41b Principe

1 Les assurés peuvent convenir avec l'assureur de se fournir en prestations uniquement auprès d'un réseau de soins intégrés au sens de l'art. 41*c* avec lequel l'assureur a conclu un contrat portant sur le traitement et sa conduite (soins intégrés). Les prestations de l'assurance obligatoires des soins sont en tout cas garanties.

1 FF **2004** 5257
2 RS **832.10**

2 Le Conseil fédéral peut autoriser des formes d'assurance qui ne sont pas considérées comme des réseaux de soins intégrés, notamment celles qui prévoient les possibilités suivantes:

a. l'assuré consentant à une participation aux coûts plus élevée que celle prévue à l'art. 64 bénéficie en contrepartie d'une réduction de prime;

b. le montant de la prime dépend du fait d'avoir bénéficié ou non de prestations pendant une certaine période;

c. l'assuré limitant son choix aux fournisseurs que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations avantageuses bénéficie en contrepartie d'une réduction de prime.

Art. 41c Réseaux de soins intégrés

1 Un groupe de fournisseurs de prestations qui s'assemble dans le but de coordonner la couverture des soins médicaux constitue un réseau de soins intégrés. Dans un tel réseau, le processus thérapeutique des assurés est conduit tout au long de la chaîne thérapeutique. Le réseau de soins intégrés doit garantir l'accès à toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins.

2 Les assureurs concluent avec le réseau de soins intégrés un contrat qui règle notamment la collaboration, l'échange de données, la garantie de la qualité et la rémunération des prestations. L'art. 46 ne s'applique pas à ces contrats. Dans le cadre du processus thérapeutique qui a été défini, des prestations sortant du cadre de celles de l'assurance obligatoire des soins selon la loi peuvent être prévues en dérogation à l'art. 34, al. 1.

3 Le réseau de soins intégrés choisit, pour son organisation, une forme juridique garantissant le respect des conditions contractuelles conclues avec l'assureur.

4 Les fournisseurs de prestations regroupés dans un réseau de soins intégrés assument la responsabilité financière des soins médicaux fournis aux assurés dans la mesure convenue par voie contractuelle (coresponsabilité budgétaire).

5 Le Conseil fédéral peut fixer des exigences de qualité auxquelles les réseaux de soins intégrés doivent répondre ainsi que l'étendue de la coresponsabilité budgétaire.

Art. 41d Durée du rapport d'assurance

1 Lorsque pour les formes particulières d'assurance au sens de l'art. 41*b* une réduction de prime est octroyée, l'assureur peut prévoir, outre une durée du rapport d'assurance d'un an, une durée de trois années civiles au plus. L'art. 7, al. 3 et 4, est réservé.

2 Si l'assuré opte pour une forme particulière d'assurance dont la durée est prolongée conformément à l'al. 1, il peut changer d'assureur mais non de forme d'assurance au cours de cette période pour une des raisons suivantes:

a. ses conditions d'assurance subissent des modifications importantes;

b. sa prime d'assurance subit une augmentation supérieure à la hausse moyenne des primes du canton.

3 Contre paiement de la prime de sortie convenue par voie contractuelle, l'assuré peut changer aussi bien d'assureur que de forme d'assurance au cours de la durée prévue à l'al. 1. L'assureur convient des modalités de sortie avec l'assuré, sous réserve de l'art. 7.

Art. 57, al. 9

9 Les assureurs peuvent fixer par contrat avec les fournisseurs de prestations regroupés dans des réseaux de soins intégrés au sens de l'art. 41*c* que les tâches et les compétences des médecins-conseils leur sont confiées.

Art. 62, al. 1, 2 et 2bis, 1re phrase

1 L'assureur peut réduire les primes des assurés qui optent pour un réseau de soins intégrés au sens de l'art. 41*c*, ou prévoir des ristournes.

2 *Abrogé*

2bis La participation aux coûts, de même que la perte de réductions de primes au titre d'autres formes particulières d'assurance prévues à l'art. 41*b*, al. 2, ne peuvent être assurées ni par une caisse-maladie ni par une institution d'assurance privée. …

Art. 64, al. 2, let. b et c, 2bis, 3, 3bis, 6, let. c et d, et 7

2 Leur participation comprend:

b. 15 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part), sous réserve de la let. c;

c. pour les prestations qui ont été fournies ou prescrites dans le cadre d'un réseau de soins intégrés au sens de l'art. 41*c*, 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part).

2bis Les assureurs peuvent renoncer entièrement ou partiellement au prélèvement de la participation aux coûts des prestations qui ont été fournies ou prescrites dans le cadre d'un réseau de soins intégrés au sens de l'art. 41*c*.

3 Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise. Le montant maximal annuel de la quote-part est de 1000 francs. Le montant maximal annuel de la quote-part pour les assurés qui ont opté pour un réseau de soins intégrés au sens de l'art. 41*c* est de 500 francs.

3bis Le Conseil fédéral peut adapter les montants maximaux annuels de la quote-part au sens de l'al. 3 en fonction de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie.

6 Le Conseil fédéral peut:

c. *Abrogée*

d. diminuer ou supprimer la participation aux coûts pour certaines mesures de prévention mises en œuvre dans le cadre de programmes organisés au niveau national ou cantonal.

7 Pour les prestations suivantes, l'assureur ne peut prélever aucune participation aux coûts:

a. prestations figurant à l'art. 29, al. 2;

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

II

Dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007[3] (Compensation des risques)

Ch. 2, al. 2 et 5, 2e phrase

2. Nouveau régime de compensation des risques

2 Les critères déterminant le risque de maladie élevé sont un séjour de plus de trois jours effectué dans un hôpital ou dans un établissement médico-social (art. 39) l'année précédente ainsi que la morbidité des assurés déterminée au moyen d'indicateurs appropriés.

5 … Il précise la définition des séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social déterminants pour la compensation des risques, désigne les exceptions et définit d'autres indicateurs de la morbidité.

III

Dispositions transitoires de la modification du 30 septembre 2011 (Réseaux de soins intégrés)

1 La mise en œuvre de l'art. 64, al. 2, let. b et c, et 3, doit se faire dans un délai de trois ans à compter de la date d'entrée en vigueur de la modification du 30 septembre 2011. S'il existe dans certains cantons une offre d'un ou plusieurs réseaux de soins intégrés au sens de l'art. 41*c* avant ce délai, le Conseil fédéral décide, après consultation des cantons, que la participation aux coûts prévue. à l'art. 64, al. 2, let. b et c, et 3, est applicable dans ces cantons.

2 Pendant la phase d'introduction de trois ans, le Conseil fédéral, en collaboration avec les assureurs, les fournisseurs de prestations et les cantons, procède à une évaluation de l'application et des effets de la modification du 30 septembre 2011. Si la modification n'a pas conduit à une offre généralisée de réseaux de soins intégrés, le Conseil fédéral propose d'autres mesures au Parlement. Jusqu'à l'entrée en vigueur de nouvelles dispositions, mais au plus tard cinq ans après l'entrée en vigueur de la modification du 30 septembre 2011, le Conseil fédéral peut obliger les assureurs à offrir, seuls ou en coopération avec un ou plusieurs autres assureurs, une

3 RO **2009** 4755

ou plusieurs formes particulières d'assurance qui comprennent les prestations de réseaux de soins intégrés au sens de l'art. 41*c*. Le Conseil fédéral peut décider de suspendre l'application de l'art. 64, al. 2, let. b et c, et 3, dans les cantons dans lesquels la mesure n'est pas encore appliquée. Dans ces cantons, la quote-part applicable est de 10 % et son montant maximal annuel s'élève à 700 francs.

3 La réglementation prévue à l'art. 64, al. 3bis, est mise en œuvre la première fois trois ans après l'entrée en vigueur de la modification du 30 septembre 2011.

4 Les institutions gérées par des caisses maladie et les participations dans de telles institutions (art. 12, al. 5), existant lors de l'entrée en vigueur de la modification du 30 septembre 2011 peuvent subsister pendant une période de cinq ans au plus.

IV

1 La présente loi est sujette au référendum.

2 Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur.

Conseil des Etats, 30 septembre 2011

Le président: Hansheiri Inderkum
Le secrétaire: Philippe Schwab

Conseil national, 30 septembre 2011

Le président: Jean-René Germanier
Le secrétaire: Pierre-Hervé Freléchoz

Date de publication: 11 octobre 2011[4]

Délai référendaire: 19 janvier 2012

4 FF **2011** 6849