

## Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins

du 13 juin 2008

---

*L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,*  
vu le message du Conseil fédéral du 16 février 2005<sup>1</sup>,  
*arrête:*

I

Les actes mentionnés ci-après sont modifiés comme suit:

### **1. Loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants<sup>2</sup>**

*Art. 43<sup>bis</sup>, al. 1, 1<sup>re</sup> phrase, 1<sup>bis</sup>, 2 et 3*

<sup>1</sup> Ont droit à l'allocation pour impotent les bénéficiaires de rentes de vieillesse ou de prestations complémentaires qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPG<sup>3</sup>) en Suisse, qui présentent une impotence (art. 9 LPG<sup>3</sup>) grave, moyenne ou faible. ...

<sup>1bis</sup> Le droit à une allocation pour une impotence faible est supprimé lors d'un séjour dans un home.

<sup>2</sup> Le droit à l'allocation pour impotent prend naissance le premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées, mais au plus tôt lorsque l'assuré a présenté une impotence grave, moyenne ou faible durant un an au moins sans interruption. Il s'éteint au terme du mois durant lequel les conditions énoncées à l'al. 1 ne sont plus remplies.

<sup>3</sup> L'allocation mensuelle pour impotence grave s'élève à 80 %, celle pour impotence moyenne à 50 % et celle pour impotence faible à 20 % du montant minimum de la rente de vieillesse prévu à l'art. 34, al. 5.

1 FF 2005 1911

2 RS 831.10

3 RS 830.1

## 2. Loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires<sup>4</sup>

*Art. 10, al. 2, let. a*

<sup>2</sup> Pour les personnes qui vivent en permanence ou pour une longue période dans un home ou dans un hôpital (personnes vivant dans un home ou un hôpital), les dépenses reconnues comprennent:

- a. la taxe journalière; les cantons peuvent fixer la limite maximale des frais à prendre en considération en raison du séjour dans un home ou dans un hôpital; les cantons veillent à ce que le séjour dans un établissement médico-social reconnu ne mène pas, en règle générale, à une dépendance de l'aide sociale;

*Art. 11, al. 1, let. c, et al. 1<sup>bis</sup>*

<sup>1</sup> Les revenus déterminants comprennent:

- c. un quinzième de la fortune nette, un dixième pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse, dans la mesure où elle dépasse 37 500 francs pour les personnes seules, 60 000 francs pour les couples et 15 000 francs pour les orphelins et les enfants donnant droit à des rentes pour enfants de l'AVS ou de l'AI; si le bénéficiaire de prestations complémentaires ou une autre personne comprise dans le calcul de ces prestations est propriétaire d'un immeuble qui sert d'habitation à l'une de ces personnes au moins, seule la valeur de l'immeuble supérieure à 112 500 francs entre en considération au titre de la fortune;

<sup>1bis</sup> En dérogation à l'art.1, let. c, seule la valeur de l'immeuble supérieure à 300 000 francs entre en considération au titre de la fortune lorsque l'une des conditions suivantes est remplie:

- a. un couple possède un immeuble qui sert d'habitation à l'un des conjoints tandis que l'autre vit dans un home ou dans un hôpital;
- b. le bénéficiaire d'une allocation pour impotent de l'AVS, de l'AI, de l'assurance-accident ou de l'assurance militaire vit dans un immeuble lui appartenant ou appartenant à son conjoint.

## 3. Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie<sup>5</sup>

*Art. 25<sup>6</sup>, al. 2, let. a et f*

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

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

<sup>4</sup> RS 831.30

<sup>5</sup> RS 832.10

<sup>6</sup> Modification de la version adoptée lors de la modification du 21 décembre 2007 (Financement hospitalier, RO 2008 2049)

1. des médecins,
2. des chiropraticiens,
3. des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien;

f. *abrogée*

*Art. 25a* Soins en cas de maladie

<sup>1</sup> L'assurance obligatoire des soins fournit une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire, notamment dans des structures de soins de jour ou de nuit, ou dans des établissements médico-sociaux.

<sup>2</sup> Les soins aigus et de transition qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrits par un médecin de l'hôpital sont rémunérés par l'assurance obligatoire des soins et par le canton de résidence de l'assuré durant deux semaines au plus conformément à la réglementation du financement hospitalier (art. 49a Rémunération des prestations hospitalières<sup>7</sup>). Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent de forfaits.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral désigne les soins et fixe la procédure d'évaluation des soins requis.

<sup>4</sup> Le Conseil fédéral fixe le montant des contributions en francs en fonction du besoin en soins. Le coût des soins fournis avec la qualité requise et de manière efficace et avantageuse en fonction du besoin est déterminant. Les soins sont soumis à un contrôle de qualité. Le Conseil fédéral fixe les modalités.

<sup>5</sup> Les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur la personne assurée qu'à hauteur de 20 % au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Les cantons règlent le financement résiduel.

*Art. 49<sup>8</sup>, al. 1, 1<sup>re</sup> phrase*

<sup>1</sup> Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour et les soins à l'hôpital (art. 39, al. 1) ou dans une maison de naissance (art. 29), les parties à une convention conviennent de forfaits. ...

*Art. 50<sup>9</sup>* Prise en charge des coûts dans les établissements médico-sociaux

En cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 39, al. 3), l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire, conformément à l'art. 25a. L'art. 49, al. 7 et 8, est applicable par analogie.

<sup>7</sup> RO 2008 2049

<sup>8</sup> Modification de la version adoptée lors de la modification du 21 décembre 2007 (Financement hospitalier, RO 2008 2049)

<sup>9</sup> Modification de la version adoptée lors de la modification du 21 décembre 2007 (Financement hospitalier, RO 2008 2049)

Art. 104a<sup>10</sup>

Abrogé

*Disposition transitoire de la modification du 13 juin 2008*

<sup>1</sup> Le montant des contributions aux soins selon l'art. 25a, al. 1, est fixé au départ de telle manière qu'il corresponde à l'ensemble des rémunérations pour les soins dispensés sous forme ambulatoire ou dans un établissement médico-social dans l'année précédant l'entrée en vigueur de la présente modification. Si cette règle ne peut pas être respectée la première année après l'entrée en vigueur de la présente modification, le Conseil fédéral procède aux adaptations nécessaires les années suivantes.

<sup>2</sup> Les tarifs et conventions tarifaires valables à l'entrée en vigueur de la présente modification seront alignés dans un délai de trois ans sur les contributions aux soins fixées par le Conseil fédéral. Les gouvernements cantonaux règlent l'adaptation.

II

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

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur.

Conseil des Etats, 13 juin 2008

Le président: Christoffel Brändli  
Le secrétaire: Philippe Schwab

Conseil national, 13 juin 2008

Le président: André Bugnon  
Le secrétaire: Pierre-Hervé Freléchoz

Date de publication: 24 juin 2008<sup>11</sup>

Délai référendaire: 2 octobre 2008

<sup>10</sup> Modification de la version adoptée lors de la modification du 21 décembre 2007 (Financement hospitalier, RO **2008** 2049)

<sup>11</sup> FF **2008** 4751