



CH-3003 Bern

BAG

À l'attention des assureurs LAMal,
de leurs réassureurs et
de l'Institution commune LAMal

Référence du document : 515.0000-2/6
Notre référence : PHE / Mad
Berne, le 13 décembre 2017

Madame, Monsieur,

Nous sommes heureux de vous informer des thèmes suivants :

1	Modification de la LAMal et de l'OAMal au 1^{er} janvier 2018.....	2
2	Autres modifications d'ordonnances au 1^{er} janvier 2018	3
3	Publication du système de rémunération et des indemnités des organes dirigeants	4
4	Motif d'exemption selon l'art. 2, al. 8, OAMal	5
5	Début et fin de l'assurance en cas de séjour de courte durée et dans d'autres cas spéciaux	5
6	Modification de l'Ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie, de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) concernant TARPSY et de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS).....	6

1 Modification de la LAMal et de l'OAMal au 1^{er} janvier 2018

Le 15 novembre 2017, le Conseil fédéral a adopté une modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102), qui concrétise notamment la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) « Adaptation de dispositions à caractère international » décidée par le Parlement le 30 septembre 2016. En même temps, il a mis en vigueur cette modification de la LAMal.

Vous trouvez ces modifications sous le lien:

https://www.admin.ch/opc/fr/official-compilation/2017/index_104.html (LAMal 6717, OAMal 6723) et le commentaire concernant l'OAMal sous le lien:

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-und-kvv-aenderungen-insbesondere-von-bestimmungen-mit-internationalem-bezug.html>

1.1 Prise en charge des coûts selon le tarif du fournisseur de prestations

Toutes les personnes assurées en Suisse peuvent choisir librement leur médecin et d'autres fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire partout en Suisse, et ce, sans subir de préjudice financier. L'assureur prend désormais en charge les coûts selon le tarif applicable au fournisseur de prestations choisi par l'assuré (art. 41, al. 1, LAMal). Le libre choix du fournisseur de prestations existait déjà, mais jusqu'à présent l'assurance obligatoire des soins (AOS) n'était tenue de rembourser les coûts que jusqu'à concurrence du tarif valable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs. Les assurés devaient financer eux-mêmes la différence.

1.2 Programmes en vue d'une collaboration transfrontalière

Depuis 2006, l'AOS peut, dans le cadre de projets pilotes des cantons et des assureurs-maladie, prendre en charge les coûts de traitements médicaux fournis à l'étranger en zone frontière à des assurés qui résident en Suisse. De tels projets pilotes ont été mis en place dans la région de Bâle/Lörrach et de Saint-Gall/Liechtenstein. Grâce aux nouvelles dispositions légales (art. 34, al. 2 et 3, LAMal et art. 36a et 99, al. 1^{bis}, OAMal), ces projets peuvent être durablement poursuivis. Les cantons et les assureurs peuvent en outre déposer des demandes d'autorisation pour d'autres programmes à durée indéterminée en vue d'une collaboration transfrontalière dans les régions frontalières.

1.3 Primes pour les assurés qui résident hors de l'espace UE/AELE

L'art. 91, al. 2, OAMal règle les primes pour les travailleurs détachés (art. 4 OAMal) et les personnes relevant d'un service public qui séjournent à l'étranger (art. 5 OAMal), qui résident hors de l'espace UE/AELE, sont soumis à l'assurance suisse et ont quitté leur domicile en Suisse. Pour ce groupe de personnes, les assureurs-maladie ne peuvent désormais plus fixer qu'une prime pour tous, indépendamment de leur État de résidence, en fonction des coûts avérés. Si le faible nombre de personnes concernées rend la mesure disproportionnée, l'assureur peut aligner les primes de ces assurés sur celles applicables en Suisse, les primes déterminantes étant celles valables au dernier domicile de la personne en Suisse ou au siège de l'assureur-maladie.

1.4 Membres de famille de personnes jouissant de privilèges en vertu du droit international

Avec la révision de l'art. 6 OAMal, les personnes qui accompagnent des bénéficiaires de privilèges en vertu de la loi sur l'Etat hôte (LEH ; RS 192.12) peuvent être exemptées de l'AOS si elles sont assurées avec le titulaire principal auprès de l'assurance d'une organisation internationale (selon annexe)

et qu'elles disposent d'une couverture d'assurance équivalente pour les soins en Suisse. Il en va de même pour celles qui accompagnent les personnes qui ont cessé leur activité pour une organisation internationale, mais qui restent assurées auprès de l'assurance-maladie de l'organisation.

Les personnes accompagnantes qui sont au bénéfice d'un permis de séjour ou d'établissement, ou d'un permis de frontalier, ainsi que les personnes de nationalité suisse peuvent être exemptées de l'AOS. L'intéressé ne peut revenir sur l'exception ou la renonciation à une exception. Le délai de dépôt de la demande d'exemption est fixé à trois mois dès la survenance du motif d'exemption, c.-à-d. dès la date d'affiliation à l'assurance-maladie de l'organisation internationale, respectivement - pour les personnes déjà assurées - dès l'entrée en vigueur de l'ordonnance révisée au 1^{er} janvier 2018. Les personnes accompagnantes qui étaient jusqu'ici assurées LAMal peuvent être exemptées au 1^{er} janvier 2018 si la demande d'exemption est déposée d'ici au 31 mars 2018. Dans ce cas, la caisse-maladie suisse doit résilier l'assurance rétroactivement au 1^{er} janvier 2018.

1.5 Modification du calcul des effectifs des assurés

Jusqu'à la fin 2015, les assureurs-maladie percevaient les primes pour le mois complet, même s'ils n'accordaient pas la couverture d'assurance pour le mois complet (notamment en cas de naissance, de décès, de départ pour l'étranger, de retour de l'étranger). Le 3 décembre 2015, le Tribunal fédéral a décidé que les assureurs devaient rembourser les primes pour le mois restant à la fin de l'obligation de s'assurer (ATF 142 V 87). Suite à cet arrêt, les assureurs doivent désormais aussi calculer les effectifs des assurés par jours (art. 29 OAMal).

1.6 Modification dans le chapitre « Non-paiement des primes et des participations aux coûts »

Sur la base d'une proposition de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et de santésuisse, les annonces relatives aux poursuites (art. 105e) et aux actes de défaut de biens (art. 105f), les vérifications de l'organe de révision (art. 105j) et les paiements du canton aux assureurs (art. 105k) ont été modifiés.

1.7 Modification de la LAMal et de l'OAMal au 1^{er} janvier 2019

D'autres modifications apportées dans le cadre de la même révision de la loi et concernant principalement les frontaliers ainsi que les bénéficiaires d'une rente et les membres de leur famille (art. 41, al. 2^{bis} et 2^{ter}, 49a, al. 2, let. b, 2^{bis} et 3^{bis}, LAMal) et l'art. 79a, LAMal, entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

2 Autres modifications d'ordonnances au 1^{er} janvier 2018

2.1 Modification de l'ordonnance sur l'échange de données relatif à la réduction des primes

Le 20 septembre 2017, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a modifié l'ordonnance sur l'échange de données relatif à la réduction des primes (OEDRP-DFI ; RS 832.102.2) au 1^{er} janvier 2018 (RO 2017 5527 ; <https://www.admin.ch/opc/fr/official-compilation/2017/5527.pdf>).

Dans un courrier du 24 mai 2017, la CDS et santésuisse ont proposé de modifier l'OEDRP-DFI de manière à ce qu'elle renvoie à une nouvelle version du concept « Échange de données sur la réduction des primes ». Elles ont en effet modifié le concept suite à un arrêt du Tribunal fédéral, selon lequel les assureurs doivent percevoir la prime en cas de début ou de fin de l'obligation de s'assurer

en cours de mois (naissance, décès, départ pour l'étranger, etc.) au jour près (ATF 142 V 87)¹.

L'OEDRP-DFI dispose ainsi que la version 2.4 du concept « Échange de données sur la réduction des primes » du 9 mai 2017 sera contraignante pour les cantons et les assureurs à partir du 1^{er} janvier 2018 (cf. <https://www.bag.admin.ch> > Thèmes > Assurances > Assurance-maladie > Assureurs et surveillance > Echange de données sur la réduction des primes).

2.2 Modification de l'ordonnance sur les régions de primes

La révision de l'ordonnance du DFI du 25 novembre 2015 sur les régions de primes (RS 832.106) a été adoptée le 20 septembre 2017 et entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2018 (RO 2017 5529 ; <https://www.admin.ch/opc/fr/official-compilation/2017/5529.pdf>).

Elle concerne la mise à jour des communes dans l'annexe, conformément au répertoire officiel des communes de l'Office fédéral de la statistique. Toutes les fusions de communes approuvées par les autorités cantonales jusqu'à la fin août 2017 et qui sont entrées en vigueur au cours de l'année 2017 ou qui entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2018 ont été prises en compte.

Une nouvelle disposition qui règle la région de primes à appliquer en cas de fusion de communes en cours d'année a par ailleurs été intégrée. En cas de fusions de communes, les régions de primes des anciennes communes resteront applicables à l'avenir jusqu'à ce que la liste dans l'annexe à l'ordonnance soit adaptée dans le cadre d'une révision. Les régions de primes sont donc maintenues toute l'année même en cas de fusion de communes.

2.3 Ordonnance du DFI sur les indices du niveau des prix et sur les primes moyennes 2018 permettant de calculer la réduction de primes dans l'Union européenne, en Islande et en Norvège

Comme chaque année, le DFI a mis à jour cette ordonnance (RS 832.112.51) pour l'année 2018 et fixé son entrée en vigueur au 1^{er} janvier. Le texte de l'ordonnance a été envoyé aux gouvernements cantonaux par courrier électronique. Il sera publié au RO 2017 (<https://www.admin.ch/opc/fr/official-compilation/2017/index.html>), la publication est prévue pour le 19 décembre 2017.

3 Publication du système de rémunération et des indemnités des organes dirigeants

La loi sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal) exige la publication des critères d'organisation et des modalités de fonctionnement du système de rémunération et des indemnités des organes dirigeants (art. 21 LSAMal). Les assureurs ont dû publier ces informations pour la première fois dans le rapport de gestion 2016. En règle générale, les montants cités par les assureurs dans les rapports de gestion se réfèrent cependant aux indemnités pour l'ensemble du groupe d'assureurs et pour toutes les branches (LAMal, LCA). Or la LSAMal exige la publication pour chaque entité juridique exécutant la LAMal. Cela vaut aussi bien pour le montant global des indemnités que pour le montant accordé au membre des deux organes dirigeants dont la rémunération est la plus élevée. Notons que les notes de crédit mentionnées par la loi englobent également les dépenses qui fondent ou augmentent des droits à des prestations de prévoyance et les prestations en nature.

¹ Cet arrêt ne concerne pas le montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins, reconnu en tant que dépense pour le calcul des prestations complémentaires. Celui-ci doit en effet correspondre au montant de la prime moyenne cantonale ou régionale pour l'assurance obligatoire des soins (art. 10, al. 3, let. d, de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI ; RS 831.30).

4 Motif d'exemption selon l'art. 2, al. 8, OAMal

Sur requête, les cantons doivent excepter de l'obligation de s'assurer des personnes venant de l'étranger et qui sont déjà bien protégées par une assurance privée étrangère, au cas où l'assujettissement à l'assurance suisse entraînerait une nette dégradation de la protection d'assurance actuelle ou de la couverture des frais actuelle de ces personnes qui, en raison de leur âge et/ou de leur état de santé, ne pourraient pas conclure une assurance complémentaire ayant la même étendue ou ne pourraient le faire qu'à des conditions difficilement acceptables. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme étranger compétent donnant tous les renseignements nécessaires. Des critères stricts doivent être définis pour l'application de cette disposition.

Le Tribunal fédéral s'est prononcé sur ce motif d'exemption en relation avec la couverture d'assurance pour les coûts des soins dans deux arrêts du 20 juin 2017 (ATF 9C_858/2016 et 9C_8/2017). Ainsi, une assurance privée dans laquelle un plafond annuel est assuré pour les coûts des soins ne correspond pas à la couverture de l'AOS, telle qu'elle est prévue à l'art. 25a et 25, al. 2, let. a, LAMal et à l'art. 7 de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Cela constitue une grave lacune de l'assurance actuelle et il n'y a généralement pas de nette dégradation de la couverture d'assurance actuelle ou de la couverture des coûts actuelle, dans le sens de l'art. 2, al. 8, OAMal. Si l'assurance privée offre des avantages (p. ex., libre choix du médecin et de l'hôpital, chambre à deux lits et traitement par le médecin-chef ou un médecin agréé à l'hôpital, couverture intégrale des coûts dans le monde entier, rapatriements depuis l'étranger, traitements dentaires et contributions aux moyens auxiliaires pour la vue même au cas où il serait impossible de les compenser), la couverture insuffisante des prestations de soins pèse plus lourd dans la balance et ce même si elle constitue le seul inconvénient de la solution d'assurance actuelle. Le Tribunal fédéral a par conséquent dénié une exception à l'obligation de s'assurer. Les cantons devront dorénavant s'en tenir à cette jurisprudence suprême.

5 Début et fin de l'assurance en cas de séjour de courte durée et dans d'autres cas spéciaux

Nous sommes régulièrement amenés à constater que certains cantons ou assureurs-maladie ne se conforment pas aux règles relatives au début et à la fin de l'assurance. Nous profitons donc de l'occasion pour vous rappeler les dispositions légales applicables en la matière.

5.1 Activité lucrative de plus de 3 mois

Les ressortissants d'un pays de l'UE/AELE (art. 1 al. 2 let. f OAMal) ainsi que les travailleurs d'un Etat tiers - hors UE/AELE - (art. 1 al. 2 let. a OAMal) qui disposent d'une autorisation de courte durée (permis L) valable plus de 3 mois ont l'obligation de s'assurer depuis le jour où ils se sont **annoncés au service compétent pour le contrôle des habitants** (art. 7 al. 1 OAMal). L'assurance prend fin à la date de départ annoncée au service compétent pour le contrôle des habitants, dans tous les cas le jour du départ effectif de la Suisse, ou au décès de l'assuré (art. 7 al. 3 OAMal).

5.2 Activité lucrative de moins de 3 mois

Les ressortissants d'un pays de l'UE/AELE qui n'ont pas besoin d'une autorisation de séjour pour un travail de moins de 3 mois (Art. 1 al. 2 let. g OAMal) ont l'obligation de s'assurer dès le **début de leur activité lucrative** (Art. 7 al. 2bis OAMal). L'assurance prend fin à la date de l'arrêt de l'activité lucrative en Suisse, mais au plus tard le jour du départ effectif de la Suisse, ou au décès de l'assuré (art. 7 al. 3bis OAMal).

Les travailleurs d'un Etat tiers (hors UE/AELE) qui disposent d'une autorisation de courte durée

(permis L) valable moins de 3 mois (art. 1 al. 2 let. b OAMal) ont l'obligation de s'assurer dès leur **entrée en Suisse** (art. 7 al. 2 OAMal). L'assurance prend fin à la date de départ annoncée au service compétent pour le contrôle des habitants, dans tous les cas le jour du départ effectif de la Suisse, ou au décès de l'assuré (art. 7 al. 3 OAMal).

5.3 Conclusion du contrat d'assurance-maladie

Les travailleurs de courte durée ont l'obligation de s'assurer, bien que très souvent le permis L ne leur ait pas encore été délivré par la police des étrangers. Par conséquent, l'affiliation à une caisse-maladie ne doit pas dépendre du fait que l'intéressé présente une autorisation de séjour. Les assureurs-maladie doivent assurer le travailleur de courte durée, s'il présente un contrat de travail ou si le contrôle des habitants confirme que l'intéressé s'est annoncé.

5.4 Autres cas spéciaux

- Dans certains cas, il appartient au canton d'attester de la fin de l'obligation de s'assurer. Les personnes sans domicile connu doivent rester assurées jusqu'à ce que le service cantonal compétent confirme la fin de l'assurance.
- Les requérants d'asile déboutés doivent rester assurés jusqu'à ce qu'il soit prouvé qu'ils ont quitté la Suisse (art. 7 al. 5 OAMal). L'assurance prend fin cinq ans après l'entrée en force de la décision de renvoi, pour autant que l'intéressé ait vraisemblablement quitté la Suisse (art. 92d al. 9 OAMal).
- Une personne qui part faire le tour du monde (globe-trotter) conserve son domicile en Suisse et reste soumise à l'assurance-maladie obligatoire. Si elle n'acquiert pas un nouveau domicile à l'étranger, ni l'annonce de départ au contrôle des habitants, ni la résiliation du contrat d'assurance ne mettent fin à l'obligation de s'assurer et à la couverture d'assurance (traduction de l'allemand : Eugster Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, n° 138).

6 Modification de l'Ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie, de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) concernant TARPSY et de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)

6.1 Ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie

Le 18 octobre 2017, le Conseil fédéral a adopté la modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie (RS 832.102.5). Comme le prévoit l'art. 43, al. 5^{bis} LAMal, il a ainsi adapté la structure tarifaire applicable aux prestations médicales, et, conformément à l'art. 43, al. 5 de cette même loi, l'a uniformisée à l'échelle nationale. Il a également défini la structure tarifaire applicable aux prestations de physiothérapie de manière uniforme sur le plan national. Ces deux adaptations entreront en vigueur le 1er janvier 2018.

Le Conseil fédéral a restructuré le **tarif médical TARMED** pour les prestations ambulatoires de façon appropriée en corrigeant les prestations surévaluées et en augmentant la transparence. Cette intervention était nécessaire car les partenaires tarifaires, jusque-là, n'avaient pas réussi à s'entendre sur une révision globale, la structure tarifaire commune établie par lesdits partenaires cessant en outre d'être valable à partir du 1er janvier 2018. Les effets et la mise en œuvre des adaptations du TARMED seront évalués dans le cadre d'un monitoring mené avec les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie. Les informations et les données nécessaires à cette évaluation doivent être transmises chaque trimestre au Département fédéral de l'intérieur (première fois en juillet 2018). Cette révision du TARMED constitue néanmoins une solution transitoire. Il incombe toujours aux partenaires

tarifaires de réviser ensemble la structure dans sa globalité.

Fondée sur la version actuelle, **la structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie** a été légèrement ajustée, et entrera en vigueur le 1er janvier 2018. Cet ajustement permet d'augmenter la transparence et de réduire les incitations inopportunes. Il s'agit donc, dans ce cas également, d'une mesure transitoire. Les partenaires tarifaires sont priés de s'entendre sur une révision de la structure tarifaire et de la soumettre au Conseil fédéral d'ici à septembre 2018. S'ils n'y parviennent pas, ils devront soumettre au Conseil fédéral, dans les mêmes délais, des propositions d'adaptation, individuelles ou communes, de la structure tarifaire applicable aux prestations de physiothérapie.

Les structures tarifaires TARMED et pour les prestations de physiothérapie révisées devront être suivies par tous les fournisseurs de prestations et tous les assureurs à compter du 1er janvier 2018, dès lors qu'ils factureront leurs prestations sur la base d'une structure tarifaire à la prestation. Les assureurs sont priés de veiller, aussi bien que possible, au moyen de contrôles effectués sur l'économicité et sur les factures, notamment, que les fournisseurs de prestations se conforment aux nouvelles dispositions.

6.2 Modification de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)

Le 25 octobre 2017, le Conseil fédéral a approuvé la nouvelle structure tarifaire applicable dans toute la Suisse aux soins psychiatriques dispensés dans le secteur stationnaire. La structure TARPSY permettra de rémunérer tous les traitements psychiatriques stationnaires au moyen de forfaits liés à la prestation, sur le modèle des forfaits par cas dans le domaine des soins somatiques aigus. Elle entrera en vigueur le 1er janvier 2018.

En outre, le 25 octobre 2017, le Conseil fédéral a modifié à cet effet l'art. 59a^{bis} de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) en supprimant la notion de "Domaine de la psychiatrie" étant donné qu'avec l'introduction de la structure tarifaire TARPSY les dispositions des art. 59a ss OAMal sont applicables pour la facturation. La modification étend le champ d'application en matière de transfert systématique de données au domaine de la psychiatrie en vue de l'introduction de la structure tarifaire TARPSY. Il s'agit de l'enregistrement de données de facturation conformément à l'art. 59a OAMal ainsi que de l'ordonnance du DFI sur les fichiers de données pour la transmission des données entre fournisseurs de prestations et assureurs (RS 832.102.14).

De fait, le 25 octobre 2017, le DFI a étendu le fichier de données administratives défini dans son ordonnance sur les fichiers de données pour la transmission des données en ajoutant la variable 1.4 VO1 "centre de prise en charge des coûts". Cette variable permet aux assureurs de vérifier l'application de la bonne structure tarifaire par les fournisseurs de prestations ayant des mandats de prestations en psychiatrie et en soins aigus.

6.3 Modification de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)

Révision LiMA

La liste des moyens et appareils (LiMA) régit le remboursement des produits médicaux que les patients peuvent obtenir sur ordonnance médicale et utiliser eux-mêmes. La révision de la liste se poursuit depuis fin 2015, et les premières adaptations ont été apportées en août 2016 et en janvier 2017. Le DFI a récemment décidé d'entreprendre d'importantes modifications dans les deux domaines générateurs des plus gros chiffres d'affaires, à savoir le matériel de pansement et les appareils de mesure pour diabétiques. Pour les deux domaines les montants maximaux de remboursement sont ajustés. Ce faisant, la situation actuelle du marché et la comparaison avec les

prix pratiqués à l'étranger ont été prises en compte.

Les mesures de révision de la LiMA entreront en vigueur, par étapes, durant le premier semestre 2018. La liste sera examinée dans son ensemble d'ici la fin de 2019, et ses différentes positions seront adaptées au cas par cas.

Pas d'augmentation des prix des médicaments

Le DFI a également décidé que les prix des médicaments figurant sur la liste des spécialités ne pourront toujours pas être augmentés en 2018. Cette disposition était déjà appliquée en 2017. Ces dernières années, pour les traitements ambulatoires, les frais moyens par assuré dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) ont plus que doublé par rapport à l'évolution générale des prix et des salaires. Le Conseil fédéral s'est fixé l'objectif de stabiliser la hausse des coûts des préparations originales.

Par ailleurs, une série d'autres modifications ont été apportées à l'OPAS et à ses annexes. Les modifications de l'OPAS et de son annexe 1 ont été publiées le 12 décembre 2017: <https://www.admin.ch/opc/fr/official-compilation/2017/7151.pdf>. Notre communiqué de presse se trouve sous le lien: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-69125.html>

Les annexes 2 et 3 ne sont publiées ni dans le recueil officiel ni dans le recueil systématique du droit fédéral, conformément à l'art. 20a, al. 3, OPAS et à l'art. 28, al. 2, OPAS en lien avec l'art. 5 de la loi sur les publications officielles (RS 170.512) et avec l'art. 10 de l'ordonnance sur les publications officielles (RS 170.512.1), mais sont généralement publiées séparément chaque année. Les listes imprimées peuvent être commandées auprès de l'Office fédéral des constructions et de la logistique (OFCL), à l'adresse <http://www.bundespublikationen.admin.ch>, ou téléchargées depuis le site de l'OFSP : <http://www.bag.admin.ch/lima> et <http://www.bag.admin.ch/la>

Contact pour le chiffre 6:

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Assurance-maladie et accidents
Division Prestations
Section Prestations médicales
Tél. 058 462 92 30

En vous remerciant pour l'agréable collaboration en 2017, nous vous présentons tous nos vœux pour la nouvelle année et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos meilleures salutations.

Division Surveillance de l'assurance
La responsable



Helga Portmann

Annexe: Liste du 15.11.2017 des Organisations internationales avec accord de siège



Organisations avec accord de siège (26) (sans le CICR)
Organisationen mit Sitzabkommen (26) (ohne IKRK)

1. ACWL- Centre consultatif sur la législation de l'OMC / *Beratungszentrum für WTO-Recht*
Genève/Genf
2. AELE - Association européenne de libre-échange / *Europäische Freihandels-Assoziation*
Genève/Genf
3. ALIPH – Alliance internationale pour la protection du patrimoine dans les zones en conflit
(aucune traduction n'existe encore)
Châtelaine/Genève
4. ATT - Secrétariat du Traité sur le commerce des armes / *Sekretariat des Vertrages über den
Waffenhandel*
Genève/Genf
5. BIE-UNESCO - Bureau international d'éducation (UNESCO) / *Internationales Erziehungsamt /
Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur*
Grand-Saconnex/Genève/Genf
6. BRI - Banque des règlements internationaux / *Bank für Internationalen Zahlungsausgleich*
Bâle/Basel
7. CERN - Organisation européenne pour la recherche nucléaire / *Europäische Organisation für
Kernphysikalische Forschung*
Meyrin/Genève/Genf
8. Cour OSCE - Cour de conciliation et d'arbitrage au sein de l'OSCE / *Vergleichs- und
Schiedsgerichtshof innerhalb der OSZE*
Genève/Genf
9. CS - Centre Sud / *Süd Zentrum*
Genève/Genf
10. FISCR - Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge /
Internationale Föderation der nationalen Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften
Vernier/Genève/Genf
11. Fonds mondial - Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme / *Globaler
Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria*
Vernier/Genève/Genf
12. GAVI Alliance - Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation / *Global Alliance for Vaccines
and Immunization*
Genève/Genf
13. GCERF - Fonds mondial pour l'Engagement de la Communauté et la Résilience / *Global Community
Engagement and Resilience Fund*
Genève/Genf



14. OIM – Organisation internationale pour les migrations / *Internationale Organisation für Migrationen*
Genève/Genf
15. OIPC - Organisation internationale de protection civile / *Internationale Organisation für Zivilschutz*
Petit-Lancy/Genève/Genf
16. OIT - Organisation internationale du travail / *Internationale Arbeitsorganisation*
Genève/Genf
17. OMC - Organisation mondiale du commerce / *Welthandelsorganisation*
Genève/Genf
18. OMM - Organisation météorologique mondiale / *Weltorganisation für Meteorologie*
Genève/Genf
19. OMPI - Organisation mondiale de la propriété intellectuelle / *Weltorganisation für geistiges Eigentum*
Genève/Genf
20. OMS - Organisation mondiale de la santé / *Weltgesundheitsorganisation*
Genève/Genf
21. ONU – Organisation des Nations Unies (ONUG - Office des Nations Unies à Genève) / *Organisation der Vereinten Nationen (Büro der Vereinten Nationen in Genf)*
Genève/Genf
22. OTIF - Organisation intergouvernementale pour les transports internationaux ferroviaires / *Zwischenstaatliche Organisation für den Internationalen Eisenbahnverkehr*
Berne/Bern
23. UIP - Union interparlementaire / *Interparlamentarische Union*
Grand-Saconnex/Genève/Genf
24. UIT - Union internationale des télécommunications / *Internationaler Fernmeldeverein*
Genève/Genf
25. UPOV - Union internationale pour la protection des obtentions végétales / *Internationaler Verband zum Schutz von Pflanzenzüchtungen*
Genève/Genf
26. UPU - Union postale universelle / *Weltpostverein*
Berne/Bern

Genève/Genf, le/den 15.11.2017