4.2 Fournisseurs de prestations et libre choix dans la LAMal

La loi sur l'assurance-maladie détermine quels fournisseurs peuvent facturer leurs prestations sur la base de l'assurance obligatoire des soins. En revanche, les assurés choisissent en principe librement parmi ces fournisseurs de prestations.

L'art. 35 LAMal désigne les fournisseurs de prestations admis par la LAMal :

- les médecins
- les pharmaciens
- les chiropraticiens
- les sages-femmes
- les infirmiers ainsi que les organisations qui les emploient
- les personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical ainsi que les organisations qui les emploient
- les laboratoires
- les centres de remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques
- les hôpitaux
- les maisons de naissance
- les établissements médico-sociaux
- les établissements de cure balnéaire
- les entreprises de transport et de sauvetage
- les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins

Les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35 al. 2 let. a à g, m et n ne peuvent pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins que s'ils sont admis par le canton sur le territoire duquel ils exercent leur activité [1].

Tout fournisseur de prestations qui satisfait aux conditions cantonales d'admission a droit à un numéro du registre des codes créanciers (RCC) délivré par SASIS SA [2]. Ce numéro est octroyé aux personnes physiques et morales (organisations) exerçant une activité professionnelle indépendante, qui peuvent et veulent fournir des prestations à charge de l'assurance-maladie. Après l'obtention de leur numéro RCC, les médecins n'ont plus besoin de fournir à chaque assureur la preuve de leurs qualifications et de leur admission à pratiquer (cf. chapitre 2.3).

Les médecins salariés ont un numéro C [3].

Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des coûts dans le domaine ambulatoire

En cas de traitement ambulatoire, les assurés ont le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis à pratiquer et aptes à traiter leur maladie. L'assureur-maladie prend en charge les coûts selon le tarif applicable au fournisseur de prestations choisi [4]. Pour les modèles particuliers d'assurance voir chapitre 4.3 .

Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des coûts dans le domaine hospitalier

En cas de traitement hospitalier, les assurés ont le libre choix entre les hôpitaux figurant sur la liste hospitalière de leur canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpitaux répertoriés) [5]. En cas de traitement hospitalier dans un

© 2026, ASSM, Académie Suisse des Sciences Médicales / FMH, Fédération des médecins suisse – Proposition de citation : Guide pratique, ASSM / FMH, chapitre …

hôpital répertorié, les assureurs et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de la rémunération au sens de l'art. 49 *a* LAMal jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence. Il en va de même, par analogie, pour les maisons de naissance. Pour les traitements hospitaliers, hôtellerie et prestations de soins comprises, dans un hôpital ou une maison de naissance, les partenaires contractuels fixent des forfaits qui sont en général des forfaits par cas. Les rémunérations sont prises en charge par le canton et les assureurs, selon leur part respective.

Conformément à l'art. 49 *a* al. 2 LAMal, les cantons prennent en charge la part cantonale pour :

a. des assurés qui résident sur leur territoire ;

b. des assurés qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège et qui sont hospitalisés en Suisse s'ils appartiennent aux catégories suivantes :

1. les frontaliers et les membres de leur famille ;
2. les membres de la famille des personnes qui sont titulaires d'une autorisation d'établissement, d'une autorisation de séjour ou d'une autorisation de séjour de courte durée en Suisse ;
3. les personnes qui perçoivent une prestation de l'assurance-chômage suisse et les membres de leur famille.

Si, pour des motifs d'ordre médical, l'assuré demande à être traité dans un hôpital qui ne figure pas sur la liste de son canton de résidence, l'assurance et le canton de résidence prennent également en charge leur part respective conformément à l' art. 49 *a* LAMal. Si le tarif est différent de celui du canton de résidence, une autorisation (garantie de prise en charge) du canton de résidence est alors nécessaire, sauf cas d'urgence [6] .

En sus des hôpitaux répertoriés, l'assurance de base couvre aussi la catégorie des hôpitaux conventionnés [7] . Seules les prestations de soins prévues par la loi peuvent faire l'objet d'une convention. La rémunération de l'hôpital conventionné correspond au maximum à la part que l'assureur-maladie devrait prendre en charge pour un hôpital répertorié. Conformément au principe d'économicité, une caisse-maladie ne peut pas prévoir de tarifs plus élevés dans les conventions conclues avec des hôpitaux non répertoriés que dans celles conclues avec les hôpitaux répertoriés. Contrairement aux hôpitaux répertoriés, les hôpitaux conventionnés ne sont pas liés par une obligation d'admission. Les assurés ne bénéficient pas non plus du libre choix prévu par la loi à l'art. 41 al. 1 ^{bis} LAMal. Les hôpitaux conventionnés ne sont pas soumis à la planification hospitalière cantonale et n'ont pas de mandat de prestations du canton.

1 Art. 36 LAMal.

2 Cf. www.santeservices.ch RCC. Lien.

3 www.santeservices.ch RCC Demandes & mutations Médecins Demande de numéro C. Lien.

4 Art. 41 al. 1 LAMal. Pas de libre choix de fournisseur de prestation dans le modèle "assurance avec choix limité du fournisseur de prestation" selon l'art. 41 al. 4 LAMal.

5 Art. 41 al. 1 ^{bis} LAMal.

6 Art. 41 al. 3 LAMal.

7 Art. 49 *a* al. 4 LAMal.

Dernière mise à jour le 12.11.2026

© 2026, ASSM, Académie Suisse des Sciences Médicales / FMH, Fédération des médecins suisse – Proposition de citation : Guide pratique, ASSM / FMH, chapitre …