

Introduction au catalogue de prestations de l'AOS

Module 1 Cours pour le certificat de capacité de médecin-conseil SSMC 2025

Dr Konrad Imhof
Médecin spécialisé en médecine générale interne/avocat
Médecin-conseil SSCM/expert certifié SIM

Introduction au catalogue de prestations de l'AOS

1ère partie: Introduction et remarques préalables

Aperçu du contenu

1. 1ère partie: Introduction et remarques préalables
2. 2e partie: Catalogue cadre et principes de base de la LAMal
3. 3e partie: L'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)
4. 4e partie: Les annexes de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance de soins (OPAS)
 - Annexe 1a de l'OPAS (Liste des interventions à effectuer en principe en ambulatoire)
 - Annexe 2 de l'OPAS (Liste des moyens et appareils, LiMA)
 - Annexe 3 de l'OPAS (Liste des analyses, LA)
 - Annexe 4 de l'OPAS (Liste des médicaments avec tarif, LMT; Liste des spécialités, LS)
5. 5e partie: Annexes
 - A. Procédure d'évaluation des prestations par le médecin-conseil
 - B. Liste de contrôle

Objectifs

En qualité de «juge en blanc», je souhaite permettre au médecin-conseil en devenir de s'y retrouver dans la «jungle» des dispositions de l'assurance-maladie concernant le droit aux prestations de l'AOS, afin qu'il puisse faire une évaluation claire, compréhensible et non opposable en matière d'examen des prestations.

En lien avec les modules suivants, je souhaite poser les bases de la connaissance médico-légale.

En qualité de juriste et de médecin, j'aimerais promouvoir la compréhension de ces 2 disciplines, en qualité de bâtisseur de pont ou de traducteur.

Droit à destination des médecins

Constitution (adoptée par le peuple)

Préambule: ...*sachant que seul est libre qui use de sa liberté et que la force de la communauté se mesure au bien-être du plus faible de ses membres...*

Lois (adoptées par le Parlement): LPGA, LAMal...

Le plus souvent des formulations *générales abstraites* (peuvent être accordées pour *justes motifs*)

Ordonnances

Les ordonnances sont des dispositions d'exécution des lois élaborées par l'administration fédérale et votées par le Conseil fédéral. Exemples: OPAS, OAMal, annexes de l'OPAS

Circulaires de l'OFSP/documents de références de l'OPAS

Il s'agit de remarques explicatives qui ne font pas office de loi ou d'ordonnance mais précisent certains détails. Vers la fiche d'informations de l'OFSP sur le TPNI.

Dispositions

Les dispositions sont des *décisions concrètes individuelles* de l'administration reposant sur la loi correspondante ou une ordonnance.

Arrêts du tribunal fédéral (ATF)

Il existe des arrêts du Tribunal fédéral pour pratiquement tous les problèmes d'assurance-maladie qui ont été annulés en raison de la situation juridique existante; ces arrêts du Tribunal fédéral ont à leur tour un impact sur l'interprétation des lois existantes.

Énumération exhaustive: Seules les positions/indications énumérées peuvent être rémunérées.

Énumération indicative: N'est pas exhaustive, permet d'ajouter des mots-clés, par exemple comme, mais n'est pas définitive.

Mission du médecin-conseil

Principes juridiques

- Art. 57 LAMal
- Convention relative aux médecins-conseils

Missions principales (art. 57 al. 4 LAMal)

- Conseil à destination de l'assureur sur des questions médicales spécialisées ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs
- Examen des conditions de prise en charge d'une prestation de l'assureur

Conditions importantes/principes de base

- Certaines conditions d'autorisation
- Entente avec la Société médicale (un MC peut aussi être refusé)
- Indépendance du jugement
- Donne des recommandations, ne décide pas

Attente à l'égard du médecin-conseil

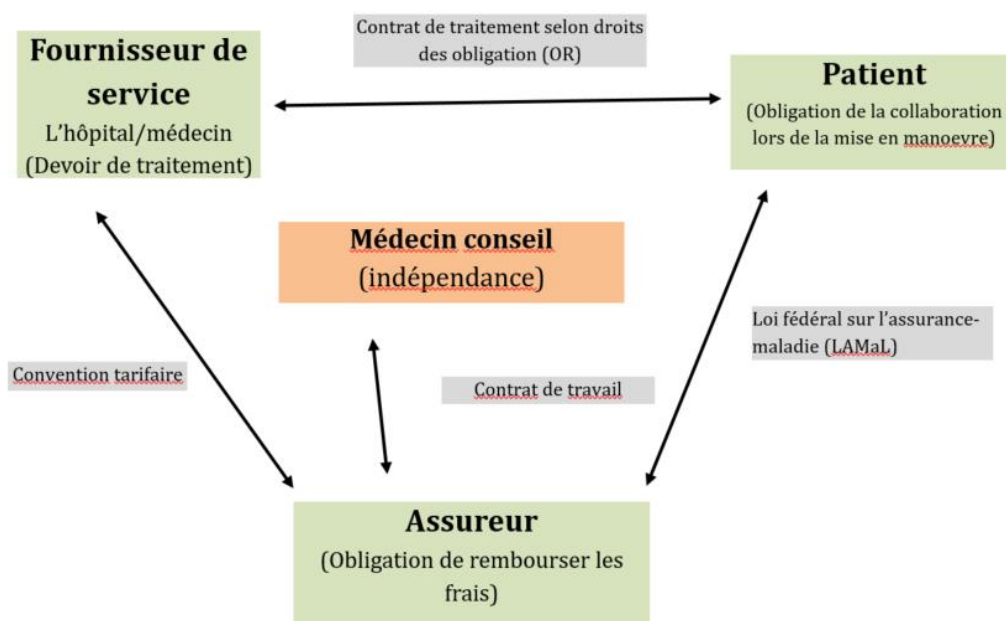
On attend du MC une recommandation compréhensible, bien fondée, convaincante, concise et non opposable pouvant être incorporée par l'assurance-maladie dans une décision de prestation claire.

À éviter

Recommandations contradictoires, remarques personnelles

Remarques

Dans sa compétence de base, le médecin-conseil met à disposition de l'assureur ses connaissances médicales approfondies; il est également le gardien des principes de l'EAE. Les prises de position du médecin-conseil sont en principe soumises au droit intégral de l'assuré de consulter les dossiers.



2ème partie: Catalogue cadre et principes de base de la LAMal

Les prestations de l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Introduction

La LAMal est une assurance fondée sur le *principe de solidarité*. La LAMal régit l'assurance-maladie sociale, comprend l'*assurance obligatoire des soins* ainsi qu'une *assurance facultative d'indemnités journalières* et assure des prestations en cas de:

- Maladie (définition à l'art. 3 LPGA);
- Accident (définition à l'art. 4 LPGA) sauf s'il est couvert par l'assurance-accidents;
- Maternité (définition à l'art. 5 LPGA).

Conditions générales de prestation

- Atteinte
- Couverture d'assurance
- Fournisseur de prestations agréé
- Aucun autre assureur responsable
- Méthode de prestation reconnue par la LAMal
- EAE

Principes de base de l'AOS

- Obligation de rembourser les frais (art. 24 LAMal)
- EAE (art. 32 LAMal et art. 56 al. 1 LAMal)
- Principe des listes (art. 34 LAMal)
- Protection tarifaire (art. 44 LAMal)
- Assurance de la qualité (art. 58 LAMal)
- Principe de la légalité (ATF 134 V 83, E 41)
- Principe de territorialité (art. 34 LAMal)

Concernant l'obligation de rembourser les frais (24 LAMal)

La LAMal prévoit l'obligation de rembourser les frais contrairement au principe des prestations en nature de la LAA. Le choix du traitement appartient au fournisseur de prestations. L'assureur décide finalement seulement de payer ou non.

Concernant l'EAE (art. 32 et art. 56 al. 1 LAMal)

L'efficacité, l'adéquation et l'économicité appartiennent aux conditions de base cumulatives à remplir pour chaque prestation (ATF 125 V E. 2a). Les principes de l'EAE sont à respecter à 2 niveaux:

1. Niveau général lors de la désignation des prestations,
2. Niveau concret lors de l'utilisation d'une application autorisée dans le traitement concret.

L'art. 32 LAMal vise à garantir des soins de santé efficaces et de qualité supérieure au prix le plus bas possible (ATF 127 V 80 E. 3c).

L'art. 56 al. 1 LAMal complète le règlement EAE conformément à l'art. 32 LAMal et restreint la liberté de traitement du médecin dans les limites de l'exigence d'efficacité économique de l'art. 32 LAMal. Les prestations dépassant le cadre de la finalité du traitement peuvent être refusées.

a. Efficacité

Une prestation est efficace :

- lorsqu'elle est objectivement propre à atteindre les objectifs diagnostiques, thérapeutiques, de soins ou de prévention visés,
- qu'il est prouvé par des méthodes scientifiques que son profil bénéfices-inconvénients est favorable par rapport aux prestations alternatives, et
- qu'il est possible de transposer les résultats de l'étude dans la pratique clinique suisse

b. Adéquation

Une prestation est appropriée :

- lorsqu'elle est pertinente et appropriée aux soins à dispenser au patient par rapport aux solutions alternatives,
- qu'elle est compatible avec les conditions légales ainsi qu'avec les aspects ou valeurs éthiques et sociaux, et
- que la qualité de la prestation et le recours approprié à celle-ci dans la pratique sont garantis.

c. Économicité

Une prestation est économique :

- lorsque ses tarifs et ses prix sont calculés de façon compréhensible,
- que son rapport coût-bénéfice, sous l'angle des coûts de santé directs, est favorable par rapport aux solutions alternatives, ou
- que son surcoût se justifie par une amélioration du bénéfice thérapeutique, et – que ses conséquences financières sont supportables pour l'assurance obligatoire des soins.

Dans un document de base, considéré comme une ordonnance administrative, le DFI et l'OFSP ont opérationnalisés les critères efficacité, adéquation und économicité.

HTA (Health Technology Assessment, évaluation des technologies de la santé) et EAE

L'HTA est utilisée dans le cadre de l'examen de l'EAE dans la procédure d'admission des commissions consultatives préliminaires. Dans le cadre de cet *Assessment*, une évaluation systématique des documents scientifiques disponibles est effectuée, notamment en ce qui concerne la sécurité et l'efficacité. Les aspects juridiques, éthiques et sociaux sont également pris en compte dans le processus d'approbation ultérieur.

Concernant le principe des listes (art. 34 LAMal)

Du point de vue juridique, la LAMal prévoit un système de listes comprenant des listes positives et négatives pour mettre en œuvre les principes de l'EAE, essentiels pour le droit aux prestations de l'AOS.

L'AOS ne prend pas en charge toutes les prestations médicales pratiquées, mais uniquement celles qui sont autorisées. La LAMal fixe un cadre de prestations et délègue la conception détaillée au législateur (Conseil fédéral avec les unités administratives) qui qualifie des prestations obligatoires ou non obligatoires selon le domaine de réglementation. À l'exception des médicaments (OFSP), le Département fédéral de l'intérieur (DFI) qualifie toutes les autres prestations. La qualification détaillée des prestations à rémunérer figure dans la LAMal et ses annexes (1 à 4). La règle de l'EAE constitue une condition générale d'admission.

Listes positives

Les listes positives exhaustives et contraignantes décrivent les prestations à rembourser. Les prestations complémentaires ne sont possibles que par l'intermédiaire d'une assurance complémentaire.

Liste ouverte

Une liste ouverte, comme celle de l'annexe 1 de l'OPAS, décrit des prestations:

- prises en charge
- prises en charge dans des conditions particulières
- pas du tout prises en charge

L'EAE des prestations non répertoriées doit faire l'objet d'une vérification par le médecin-conseil.

Concernant la protection tarifaire (art. 44 LAMal)

La protection tarifaire englobe l'obligation du fournisseur de prestations et de l'assureur de se conformer aux tarifs et prix applicables (ATF 131 V 133 E. 6). Elle est limitée aux prestations obligatoires légales et au fournisseur de prestations autorisé. Il est par conséquent interdit de réclamer des honoraires complémentaires en plus du tarif des caisses pour des prestations obligatoires.

Concernant l'assurance de la qualité (art. 58 LAMal)

La LAMal définit ici un programme d'assurance de la qualité et réglemente 2 mesures d'assurance de la qualité particulières (consentement du médecin-conseil et restriction aux fournisseurs de prestations agréés). Le consentement du médecin-conseil n'a toutefois pas d'effet constitutif sur les prestations mais il représente un instrument de contrôle de l'EAE.

Concernant le principe de territorialité (art. 34 LAMal)

Conformément à ce principe, les assureurs peuvent couvrir uniquement les frais des prestations effectuées en Suisse; ce principe est toutefois limité et assoupli par le biais de diverses dérogations, principalement en raison de l'accord sur la libre circulation avec l'UE/AELE.

Concernant le principe de la légalité

Les catalogues de prestations de la loi (LAMal) et de l'Ordonnance (OPAS et ses annexes) sont impératifs et exhaustifs. Dans le cadre de l'AOS, les assureurs ne peuvent pas

fournir des prestations facultatives. Les prestations complémentaires ne peuvent être fournies que par une assurance complémentaire privée (art. 12 LAMal).

Le principe de légalité est surveillé par des organes de contrôle. L'OFSP contrôle l'AOS et l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) la LCA.

Domaine de prestations de l'assurance-maladie obligatoire (24 à 34 LAMal)

Principe de base (24 LAMal):

L'AOS prend en charge les coûts des prestations en vertu des articles 25 à 31 LAMal dans les conditions prévues aux articles 32 à 34 LAMal.

Prestations conformément aux art. 25 à 31 LAMal (catalogue cadre)

1. Prestations générales en cas de maladie (25 LAMal)
2. Prestations de soins en cas de maladie (25a LAMal)
3. Mesures de prévention (26 LAMal)
4. Infirmité congénitale (27 LAMal)
5. Accidents (28 LAMal)
6. Maternité (29 LAMal)
7. Interruption de grossesse non punissable (30 LAMal)
8. Soins dentaires (31 LAMal)

Conditions conformément aux art. 32 à 34 LAMal (principes)

1. Conditions (EAE, art. 32 LAMal)
2. Désignation des prestations (délégation au Conseil fédéral, art. 33 LAMal)
3. Étendue des prestations (principe des listes, art. 34 LAMal)

Domaines de prestations individuels de la LAMal

1. Prestations générales en cas de maladie (clause générale de l'art. 25 LAMal)

Conformément à l'art. 25 al. 1, l'AOS prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (= clause générale).

Diagnostic d'une maladie

Les mesures diagnostiques sont à la charge des caisses-maladie lorsqu'elles servent à clarifier une maladie manifeste ou une suspicion concrète de maladie. Les investigations qui ne sont pas entreprises principalement aux fins d'un traitement potentiel ne font pas partie des prestations obligatoires (par ex. tests d'alcoolémie, détermination de la cause du décès, tests d'embauche ou d'aptitude).

Valeur de la maladie/traitement d'une maladie

Le terme de «valeur de la maladie» n'est pas défini dans la LAMal; la jurisprudence s'est exprimée à ce sujet et a précisé le terme. Selon cette définition, la maladie est un processus pathologique, un état physique ou psychique s'écartant de la règle ou de la

norme; l'atteinte à la santé doit toutefois atteindre un niveau minimal pour obtenir une valeur de la maladie (K1/05 E.1.2).

Le traitement de la maladie présuppose la présence d'une maladie ou d'une menace concrète pour la santé ; il doit être de nature thérapeutique. Un traitement peut être curatif, symptomatique ou encore palliatif.

Attention: La maladie au sens de l'art. 3 LPGa est un terme juridique qui ne correspond pas au terme médical de maladie.

Traitement ambulatoire

Un traitement est dit ambulatoire lorsque le patient se rend de son domicile ou de son lieu de séjour à l'établissement du fournisseur de prestations pour y suivre un traitement et rejoint son domicile ou son lieu de séjour le jour même (ATF 116 V 123 E. 2c)

Traitement hospitalier

Le traitement hospitalier est réputé exister si l'assuré occupe pendant plus de 24 heures un lit d'hôpital dans un établissement de soins pour y suivre un traitement. Le fait de passer la nuit à l'hôpital transforme le séjour ambulatoire en séjour hospitalier, même s'il a duré moins de 24 heures.

Nécessité de traitement hospitalier

La nécessité de traitement hospitalier est un concept très important dans le quotidien du médecin-conseil qui, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, doit être admise dans les cas suivants:

- Le traitement doit obligatoirement avoir lieu à l'hôpital en raison d'exigences en matière d'équipement et de personnel;
- Après un traitement ambulatoire infructueux;
- Les investigations diagnostiques nécessitent des conditions hospitalières;
- Des conditions de vie particulières l'exigent.

Pour la délimitation réadaptation-cure, voir aussi ATF 126 V323

Autres prestations selon l'art. 25 LAMal

- Examens, traitements et mesures de soins effectués en ambulatoire, à domicile, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social;
- Analyses, médicaments, moyens et appareils servant à l'examen ou au traitement prescrits par un médecin ou un chiropraticien;
- Participation aux frais des cures thermales effectuées ou prescrites par un médecin;
- Mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin;
- Séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune;
- Séjour en cas d'accouchement dans une maison de naissance;

- Contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage;
- Prestations des pharmaciens lors de la remise des médicaments prescrits.

Prestations de soins en cas de maladie (25a LAMal)

L'AOS fournit une *contribution* aux prestations de soins qui sont dispensés dans des structures de jour ou de nuit ou dans des établissements médico-sociaux.

Le traitement et la prise en charge des patients de longue durée n'appartiennent plus au concept de traitement hospitalier au sens de la loi sur l'assurance-maladie (art. 50 LAMal). Lors d'un séjour en établissement médico-social, l'AOS doit couvrir les mêmes prestations que pour les soins ambulatoires ou les soins à domicile. De telles contributions payées par l'assurance-maladie ne peuvent être versées qu'après une évaluation des besoins et sur prescription médicale. Le besoin est estimé au moyen d'instruments d'évaluation des besoins (BESA ou RAI-RUG) et l'AOS verse un montant défini par niveau de soins; il existe au total 12 niveaux de soins.

Le séjour effectif en établissement médico-social (frais dits d'hôtellerie ou de pension pour la nourriture, le nettoyage et l'entretien) est à la charge des résidents. Les prestations complémentaires ou l'aide sociale viennent en second.

Les prestations de soins aigus et de transition sont prises en charge pendant 2 semaines au maximum (forfaits).

Mesures de prévention (26 LAMal)

L'AOS prend en charge les coûts de *certaines* examens uniquement. (Une liste exhaustive de ces prestations figure à l'art. 12 LAMal);

Prévention: cela signifie qu'il n'y a aucun indice ou signe de maladie.

Mesures diagnostiques: Elles servent à clarifier une maladie manifeste ou une suspicion concrète de maladie (à la charge des caisses-maladie).

Infirmité congénitale (art. 27 LAMal)

En cas d'infirmité congénitale (art. 3, al. 2, LPGA2) non couverte par l'assurance-invalidité, l'AOS prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie.

Accidents (art. 28 LAMal)

En cas d'accident au sens de l'art. 1a al. 2, let. B LAMal, l'AOS prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie.

Maternité (art. 29 LAMal)

Bien qu'une grossesse se déroulant normalement ne soit pas considérée comme une maladie, l'AOS prend en charge des prestations spécifiques:

- Examens de contrôle
- Accouchement
- Conseils pour l'allaitement
- Coûts des soins au nouveau-né en bonne santé

Interruption de grossesse non punissable (art. 30 LAMal)

En cas d'interruption de grossesse non punissable au sens de l'art. 119 du Code pénal suisse (CP), l'AOS prend en charge les coûts des mêmes prestations que pour la maladie.

3ème partie: L'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)

Introduction/Caractère juridique

L'OPAS est une ordonnance du DFI. Elle a le caractère juridique d'une ordonnance d'exécution et repose sur la loi sur l'assurance-maladie.

Structure

L'OPAS est divisée en 3 titres (*Prestations, Conditions du droit de fournir des prestations, Dispositions finales*): Dans le domaine des prestations important pour le médecin-conseil, les prestations sont listées dans 8 chapitres où une distinction est faite entre prestation médicale et prestation fournie sur prescription ou mandat médical.

Premier chapitre: Prestations des médecins, des chiropraticiens et des pharmaciens

Psychothérapie pratiquée par un médecin (art. 2 à 3b OPAS, art. 33 let. a LAMal)

- Les prestations obligatoires comprennent uniquement la psychothérapie pratiquée par un médecin ou déléguée
- Les psychothérapeutes non-médecins indépendants ne sont pas admis en tant que fournisseurs de services indépendants (art. 46 al. 1 OAMal)
- En cas de troubles psychiques ou psychosomatiques
- Un objectif thérapeutique défini est visé
- Repose principalement sur la communication orale, éventuellement avec un soutien médicamenteux
- 3 procédures principales pour lesquelles le principe de l'EAE est reconnu: Thérapie psychodynamique, thérapie comportementale, thérapie systémique
- En règle générale, 40 séances au maximum

- Rapport en cas de poursuite: a) Type de maladie, b) Type, cadre et évolution des résultats obtenus jusqu'à présent, c) Proposition de poursuite du traitement indiquant l'objectif, la finalité, le cadre et la durée prévue.
- Traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré (TPPI): comporte des entretiens psychothérapeutiques, mais il s'agit principalement d'un soutien qui comprend une composante socio-psychiatrique, la surveillance des médicaments et des mesures consultatives. Le TPPI est effectué selon les critères usuels de l'EAE.

Prestations prescrites par les chiropraticiens (art. 4 OPAS)

- Les analyses, les médicaments, les moyens et appareils servant à l'examen ou au traitement, les procédures d'imagerie ainsi que les prestations de physiothérapie prescrits par les chiropraticiens font partie des prestations obligatoires.

Prestations fournies par les pharmaciens (art. 4a OPAS)

- Conseils lors de l'exécution d'une ordonnance médicale
- Exécution d'une ordonnance médicale en dehors des heures de travail usuelles, en cas d'urgence
- Remplacement d'une préparation originale prescrite par un médecin par un générique plus avantageux
- Prise en charge prescrite par un médecin, lors de la prise d'un médicament.

Prestations de médecine complémentaire (art. 4b OPAS)

- Nouvellement en vigueur, depuis le 01.08.2017
- Prestations d'acupuncture
- Prestations de médecine anthroposophique
- Prestations de médecine traditionnelle chinoise (MTC)
- Prestations d'homéopathie classique
- Prestations de phytothérapie classique.

Deuxième chapitre: Prestations fournies sur prescription ou mandat médical

Principes de base des traitements et soins sur prescription médicale

- Nombre de séances limité
- Validité des ordonnances limitée dans le temps
- Rapport en cas de poursuite

Physiothérapie (art. 5 OPAS)

- Prescription médicale
- Mesures thérapeutiques et diagnostiques, traitement, conseil et instruction (active/passive, manuelle, physiothérapie détonifiante, thérapie respiratoire, thérapie médicale d'entraînement, physiothérapie lymphologique, thérapie par l'eau, hippothérapie, physiothérapie cardio-vasculaire)
- Mesures physiques: Thérapie du chaud/froid, électrothérapie, luminothérapie, ultrasons, hydrothérapie, massages musculaires et des tissus conjonctifs
- Thérapie médicale d'entraînement: durée maximale de 3 mois
- Rapport après 36 séances

Ergothérapie (art. 6 OPAS)

- Prescription médicale
- En cas de traitements somatiques ou dans le cadre de traitements psychiatriques
- Rapport requis si plus de 36 séances sont demandées
- Problèmes: Ergothérapie de longue durée, diagnostics F82 (troubles psychomoteurs, voir aussi fiche de score); les troubles moteurs chez les enfants sont fréquents; ils peuvent généralement être traités par des cours de rattrapage en petits groupes, des cours d'initiation ou même des activités de loisirs spécifiques. Un trouble au sens somatique n'est présent que s'il s'agit d'un trouble grave qui affecte de manière significative les activités quotidiennes (ATF 130 V 284 et suivants).

Soins (ambulatoires ou prodigués dans un établissement médico-social, art. 7 à 9 OPAS)

- Étendue des prestations:
Mesures d'évaluation, conseil et coordination (art. 7 al. 2 let. a OPAS)
Mesures diagnostiques et thérapeutiques (art. 7 al. 2 let. b OPAS)
Mesures de soins de base (art. 7 al. 2 let. c OPAS)
- Contributions fixes (art. 7a OPAS)
- Autres conditions de prestations: Infirmiers/infirmières nécessaires, en ambulatoire ou dans un établissement médico-social
- Soins aigus et de transition (art. 7 al. 3 OPAS, art. 7b OPAS)
- Mandat médical, prescription médicale, évaluation des besoins (art. 8 OPAS)

Conseils nutritionnels (art. 9b OPAS)

- Sur prescription médicale
- Pour certaines maladies: Troubles du métabolisme, obésité (IMC > 30), maladies cardio-vasculaires, maladies du système digestif, maladie des reins, état de malnutrition ou de dénutrition, allergies alimentaires ou réactions allergiques à certains composants alimentaires
- 6 séances initialement
- Rapport si le nombre de séances est supérieur à 12

Conseils aux diabétiques (art. 9c OPAS)

- Sur prescription médicale
- Prodigués par des infirmières/infirmiers ayant une formation spéciale
- Comprend des conseils et une formation
- Prise en charge de 10 séances au maximum
- Rapport/proposition si le nombre de séances est supérieur à 10

Logopédie (art. 10 à 11 OPAS)

- Prescription médicale
- Traitements des troubles du langage, de l'articulation, de la voix et du débit de paroles en raison d'une atteinte cérébrale organique ou d'une affection phoniatrique
- 12 séances la première fois
- Début des séances dans les 3 mois suivants l'ordonnance médicale
- Rapport/proposition après plus de 60 séances

Neuropsychologie (art. 11a OPAS)

- Prescription médicale
- Prestations diagnostiques
- 6 séances au maximum par prescription médicale
- 2 prescriptions médicales au maximum par patient/an

Psychothérapie pratiquée par des psychologues (art. 11b OPAS)

- Sur prestation d'un médecin (médecine générale interne, psychiatrie et psychothérapie, pédiatrie, médecin psychosomatique)
- 15 séances diagnostiques et thérapeutiques
- Prolongation : Rapport au médecin qui prescrit la thérapie
- Prolongation après 30 séances : Rapport au médecin qui prescrit la thérapie

Podologie (art. 11c OPAS)

- Sur prestation d'un médecin
- Par des podologues admis (art. 50d OAMal, art. 52f OAMal)
- Sous certaines conditions
- 4 ou 6 séances

Troisième chapitre: Mesures de prévention (art. 12, 12a, 12b, 12c, 12d, 12e OPAS)

- Principe: Étendue limitée des prestations (art. 12 OPAS)
- Liste positive exhaustive des art. 12, 12a à e OPAS
- Vaccinations prophylactiques (art. 12a OPAS)
- Mesures visant la prophylaxie de maladies (art. 12b OPAS)
- Examens de l'état de santé général (art. 12c OPAS)
- Mesures en vue du dépistage précoce de maladies chez certains groupes à risques (art. 12d OPAS: Test VIH, coloscopie, examen de la peau, mammographie, test de contracture musculaire in vitro visant la détection d'une prédisposition pour l'hyperthermie maligne, analyses génétiques en cas de suspicion de prédisposition à un cancer héréditaire (syndrome héréditaire de cancer du sein ou de l'ovaire, polyposse colique, HNPCC, rétinoblastome)
- Mesures de dépistage précoce de maladies dans toute la population (art. 12e OPAS: Examens de dépistage des nouveau-nés, examens préventifs gynécologiques, mammographie de dépistage, dépistage précoce du cancer du côlon)
- Évaluation: prépare le médecin-conseil, grâce aux listes positives, peu de problèmes.

Quatrième chapitre: Prestations spécifiques en cas de maternité (art. 13 à 16 OPAS)

- Examens de contrôle (art. 13 OPAS)
- Préparation à l'accouchement (art. 14 OPAS)
- Conseils en cas d'allaitement (art. 15 OPAS)
- Prestations des sages-femmes (art. 16 OPAS)

Cinquième chapitre: Soins dentaires (art. 17 à 19 OPAS)

- Généralement, les soins dentaires ne sont des prestations obligatoires que dans le cadre de l'art. 31 LAMal (liste positive: maladie non évitable du système de la mastication, causée par une grave maladie généralisée, atteintes liées à un accident)
- Maladie du système de la mastication (art. 17 OPAS)
- Maladies généralisées (art. 18 OPAS)
- Soins dentaires (art. 19 OPAS)
- Infirmité congénitale (art. 19a OPAS)

Sixième chapitre: Moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques (art. 20 à 24 OPAS, LiMA = Annexe 1 de l'OPAS)

- Liste des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques (LiMA)
- Commission fédérale des analyses, moyens et appareils (CFAMA)
- Restrictions
- Montant maximal de rémunération

Septième chapitre: Contributions aux frais de cure balnéaire, de transport et de sauvetage

- Participation aux frais de cure balnéaire (art. 25 OPAS) Participation de 10 francs par jour de cure balnéaire prescrite par un médecin, au maximum pendant 21 jours
- Participation aux frais de transport (art. 26 OPAS) Limitée à 50 % des coûts occasionnés par un transport médicalement indiqué
- Contribution aux frais de sauvetage (art. 26 OPAS) L'assurance prend en charge 50 % des frais de sauvetage, au maximum 5000 francs par année civile.

Huitième chapitre: Analyses et médicaments

Liste des analyses (art. 28 OPAS)

- Renvoi à la liste des analyses (AL) qui constitue l'annexe 3 de l'OPAS
- Une liste globale est publiée une fois par an

Liste des analyses avec tarif (art. 29 OPAS)

- Renvoi à la liste des médicaments avec tarif (LMT) qui constitue l'annexe 4 de l'OPAS
- Publication annuelle

Liste des spécialités (art. 30 à 38a OPAS)

- Principe: Art. 30 OPAS
- Procédure d'admission dans la LS (art. 30A à 31b OPAS)
- Efficacité/Adéquation/Comparaison thérapeutique croisée/Comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger/Réexamen des conditions d'admission tous les 3 ans/Évaluations de l'économicité/Extension de l'indication/Restriction de l'indication/Vérification/Remboursement de l'excédent de recettes/Quote-part des médicaments (art. 32 à 38a OPAS)

Sélection de documents de référence importants

- Art. 12a Recommandations de l'OFSP et de la CFV juin 2017 (HPV)
- Art. 12a, Plan de vaccination suisse 2016
- Art. 13 TPNI, Société suisse de gynécologie et d'obstétrique, Lettre de l'expert n° 52
- Art. 13b Contrôles échographiques pendant la grossesse (SGUM) 3e édition 2011

4ème partie: Les annexes de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (KLV)

Annexe 1a de l'OPAS

L'annexe 1a de l'OPAS contient la liste des interventions à effectuer en principe en ambulatoire conformément à l'article 3c de l'OPAS et les critères en faveur d'un traitement en milieu stationnaire et désigne la prise en charge des coûts par l'assurance maladie obligatoire (AOS)

Annexe 1 de l'OPAS

Remarques introductives

L'annexe 1 de l'OPAS est une liste ouverte. Elle comprend les prestations dont l'EAE a été vérifiée par la commission compétente (Commission fédérale des prestations générales et des principes, CFPP) et dont les coûts:

- Sont pris en charge
- Sont pris en charge uniquement dans certaines conditions
- Ne sont pas du tout pris en charge.

Table des matières de l'annexe 1 de l'OPAS

1. Chirurgie
 - 1.1 Générale et divers
 - 1.2 Chirurgie de transplantation
 - 1.3 Chirurgie de l'appareil locomoteur
 - 1.4 Chirurgie de la colonne vertébrale
 - 1.5 Urologie
 - 1.6 Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique
2. Médecine interne
 - 2.1 Médecine interne générale et divers
 - 2.2 Cardiologie
 - 2.3 Neurologie
 - 2.4 Rhumatologie
 - 2.5 Oncologie et hématoLOGIE
3. Gynécologie et obstétrique, médecin de la procréation
4. Pédiatrie
5. Dermatologie

6. Ophtalmologie
7. Oto-Rhino-Laryngologie
8. Psychiatrie et psychothérapie
9. Radiologie, radio-oncologie/radiothérapie et médecine nucléaire
 - 9.1 Radiologie diagnostique
 - 9.2 Radiologie interventionnelle
 - 9.3 Radio-oncologie/radiothérapie
10. Médecine complémentaire
11. Réadaptation
12. Médecine intensive anesthésique et thérapie de la douleur

Qu'en est-il des prestations non mentionnées?

Les prestations ne figurant pas dans cette liste sont en principe remboursées, dans la mesure où elles remplissent les critères de l'EAE. L'assurance-maladie peut refuser de prendre en charge les frais sur la base de la seule évaluation individuelle du médecin-conseil compétent.

Documents de référence importants de l'OFSP concernant l'annexe 1 de l'OPAS (sélection)

- 01.1 Directives du SMOB quant au traitement opérationnel du surpoids (Directives médicales) du 25.09.2013;
- 02.1 Directives de la Société suisse d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du 26 mars 2015
- Document de référence IHS-ICDH-II code 1.5.1
- Directives cliniques de la SSGM du 28 avril 2011 concernant le PET scan FDG

Annexe 2 de l'OPAS: Liste des moyens et appareils (LiMA)

Introduction

La LiMA est une liste positive qui, en qualité d'annexe 2 de l'OPAS, recense les moyens et appareils pris en charge par l'AOS en tant que prestations obligatoires. La Commission fédérale des analyses, moyens et appareils (CFAMA) donne son avis sur l'admission de moyens et appareils dans la LiMA.

La LiMA est publiée par le Département fédéral de l'intérieur. Une liste globale paraît une fois par an; les modifications sont publiées sur le site Internet de l'OFSP. Les dispositions légales quant aux moyens et appareils figurent aux art. 20 à 24 OPAS. Lorsque, dans un cas particulier, la condition de prestation obligatoire est remplie par une autre assurance sociale (AI, AA, AM), les prestations de cette assurance ont la priorité.

Procédure d'admission: Les personnes intéressées s'adressent au secrétariat, les demandes sont soumises à la CFAMA, la CFAMA fait une recommandation, le DFI décide. (Éventuellement copie de la procédure; voir page d'accueil de l'OFSP)

Conditions de remboursement

- Description du produit correspondant à la position LiMA
- Moyen/appareil autorisé sur le marché suisse
- Moyen/appareil remplit l'objectif thérapeutique ou l'objectif de surveillance du traitement d'une maladie et de ses conséquences
- Prescrit par un médecin ou chiropraticien
- Livraison directe du point de livraison agréé à l'assuré

Particularités de la LiMA

- Montant maximal d'indemnisation
- Possibilité de restrictions (quantité, durée de l'utilisation, indication médicale, âge de l'assuré)
- Les dispositifs implantables dans l'organisme ne sont pas répertoriés dans la LiMA
- Achat ou location le plus souvent
- Les frais d'entretien et d'ajustement sont compris dans le prix de location

Aperçu des groupes de produit

- 01 Appareils d'aspiration
- 02 Moyens d'application
- 05 Bandages
- 06 Appareils à rayonnements lumineux
- 09 Appareils d'électrostimulation
- 10 Accessoires de marche
- 13 Aides acoustiques
- 14 Appareils de thérapie par inhalation et respiration
- 15 Aides pour l'incontinence
- 16 Appareils pour cryothérapie et/ou thermothérapie
- 17 Article pour traitement compressif
- 21 Systèmes de mesure des états et des fonctions de l'organisme
- 22 Orthèses préfabriquées
- 23 Orthèses sur mesures
- 24 Prothèses
- 25 Aides visuelles
- 26 Chaussures orthopédiques
- 29 Matériel de stomathérapie
- 30 Appareils de mobilisation thérapeutique
- 31 Accessoires pour trachéostomies
- 34 Matériel de pansement
- 99 Divers

Abréviations

ASTO Association suisse des techniciens en orthopédie

Exemples

- CGM (surveillance continue du glucose): Position 21.05
- Matériel de stomathérapie: Position: 29.
- Pansements hydrocolloïdes/hydroactif: Position 34.06
- Boîte de dosage des médicaments: Position 99.50

Annexe 3 de l'OPAS: Liste des analyses (LA)Introduction

La liste des analyses comprend les analyses prises en charge par l'AOS; il s'agit d'une liste positive. Les nouvelles demandes sont d'abord examinées par la Commission fédérale des analyses, moyens et appareils (CFAMA) puis recommandées au DFI en vue de leur inclusion dans la LA. Le DFI décide de leur admission. Les modifications sont publiées sur le site Internet de l'OFSP. La liste globale est publiée une fois par an. La LA est utilisée uniquement pour les traitements ambulatoires, en cas de traitement hospitalier, elle est généralement comprise dans le forfait par séance (art. 49 LAMal).

Aperçu du contenu de la LA, annexes comprises :

Préambule

- Analyses de laboratoire diagnostiques
- Analyses de laboratoire périnatale
- Analyses de laboratoire présymptomatiques et préventives
- Analyses de laboratoire génétique visant à détecter un risque génétique pour les descendants
- Analyses de laboratoire chez une personne décédée

Publication de la LA

Valeur de point tarifaire

Abréviations

Position de la Liste des analyses par chapitre :

A Chimie/Hématologie/Immunologie

B Génétique médicale

B0 Méthodes général et suppléments

B1 Analyses cytogénétiques constitutionnelles

B2 Affections de la peau, du tissu conjonctif et des os

B3 Analyses de biologie moléculaire somatique

B4 Autres Analyses génétiques

B5 Typisations

B7 Analyses prénatales non invasives

C Microbiologie

C1 Virologie

C2 Bactériologie

C3 Parasitologie

D Positions générales

Analyse de laboratoire diagnostiques

Les remarques introductives précisent plus concrètement les principes de l'EAE selon lesquels une analyse ne peut être prise en charge par l'AOS que si elle a des conséquences thérapeutiques pour une application spécifique.

Une analyse diagnostique doit permettre, avec une probabilité acceptable,

- de décider si un traitement est nécessaire, et si oui, lequel, ou
- de réorienter le traitement médical appliqué jusqu'alors, ou
- de redéfinir les examens qui sont nécessaires (p. ex., pour prévenir, dépister ou traiter à temps les complications typiques auxquelles on peut s'attendre) ou
- de renoncer à d'autres examens visant à explorer les symptômes, les séquelles ou les problèmes typiques auxquels on peut s'attendre.

Il suffit que l'analyse diagnostique satisfasse une des 4 conséquences listées pour être à charge de l'AOS.

Les analyses, pour lesquelles il apparaît clairement, au moment où elles sont prescrites, qu'elles ne satisferont à aucune des quatre conséquences précitées, ne sont pas prises en charge.

Analyse de laboratoire prénatales

Dans le droit de l'assurance-maladie, la maternité et la maladie sont considérées comme deux états différents. Une grossesse normale, qui se déroule sans la moindre complication, ne constitue pas une maladie au sens de la LAMal. Elle n'est considérée comme une maladie que dans la mesure où les assureurs, sous certaines conditions définies dans l'art. 29 LAMal, doivent prendre en charge les mêmes prestations qu'en cas de maladie.

Les analyses prénatales font partie des prestations spécifiques de maternité. Elles sont considérées comme des examens de contrôle au sens de l'art. 29, al. 2, let. b, LAMal et sont considérées comme des prestations obligatoirement à la charge de l'assurance-maladie, si elles sont effectuées au sens de l'art. 13, let. bbis, bter et d, OPAS.

Les analyses prénatales visent principalement à déceler, voire exclure une maladie génétique chez le fœtus. L'ampleur et le type des analyses de laboratoire dépendent de l'indication (p. ex. examen de dépistage, anomalies fœtales visibles à l'échographie, maladie héréditaire dans la famille, suspicion d'une maladie génétique chez un enfant déjà né de la femme enceinte, etc.). Selon l'indication médicale, il est prévu dans la LA que des analyses puissent être effectuées chez des membres de la famille.

Analyse de laboratoire présymptomatiques et préventives

Les analyses présymptomatiques ou préventives au sens de l'art. 26 LAMal, sont considérées comme des prestations à charge de l'AOS, uniquement si elles figurent comme telles dans la LA et comme mesure de prévention aux art. 12d à 12e OPAS.

Les analyses génétiques présymptomatiques ou préventives chez les personnes en bonne santé visant à mettre en évidence leur prédisposition à une maladie sont prises en charge uniquement si elles figurent comme telles dans la LA et comme mesure de prévention dans l'art. 12d, let. f, OPAS.

Analyse de laboratoire génétiques visant à détecter un risque génétique pour les descendants

Les analyses génétiques chez les personnes en bonne santé visant à détecter un risque génétique pour les descendants, c'est-à-dire la détermination de son état de porteur d'une anomalie génétique sans manifestation de la maladie, n'entrent pas dans le champ d'application des art. 25 et 56, al. 1, LAMal. Elles ne sont pas à charge de l'AOS.

Analyse de laboratoire chez une personne décédée

Les analyses de laboratoire effectuées chez une personne décédée, quelle que soit la cause de décès (foetus mort-né, matériel de fausse couche, matériel d'avortement, autopsie, etc.) n'entrent en principe pas dans le champ d'application des art. 25 et 56, al. 1, LAMal. Elles ne sont pas à charge de l'AOS, à l'exception des analyses chez un embryon ou un foetus mort-né, qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles selon art. 25 al. 1 LAMal chez la mère et/ou un jumeau survivant

Annexe 4 de l'OPAS: Liste des médicaments avec tarif (LMT)/Liste des spécialités (LS)

1. Remarques préliminaires/concepts importants/acteurs importants

Médicament

L'article 4 de la loi sur les médicaments définit le terme de médicament de manière assez compliquée:

Les médicaments sont des produits d'origine chimique ou biologique destinés à agir médicalement sur l'organisme humain ou animal, ou présentés comme tels, et servant notamment à diagnostiquer, à prévenir ou à traiter des maladies, des blessures et des handicaps; le sang et les produits sanguins sont considérés comme des médicaments.

Swissmedic

Swissmedic est une unité de droit public de la Confédération et est l'autorité de régulation suisse pour les produits thérapeutiques (médicaments et dispositifs médicaux); elle veille à ce que les produits thérapeutiques approuvés soient d'une qualité irréprochable, efficaces et sûrs.

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Après consultation préalable et recommandation de la Commission fédérale des médicaments (CFM), l'OFSP est responsable de l'inscription des médicaments sur la Liste des spécialités (LS).

Département fédéral de l'intérieur (DFI)

Après consultation préalable et recommandation de la CFM, le DFI publie la liste des médicaments avec tarifs (LMT), qui sont payés par l'AOS. Cette LMT n'a toutefois plus beaucoup d'importance, contrairement à la LS.

Label/Off Label

Un médicament obtient l'autorisation de mise sur le marché pour un domaine défini («Label»). Si un médicament n'est pas utilisé dans le domaine d'application pour lequel il a été autorisé par Swissmedic, on parle alors de off-label-use (OLU).

Médicament orphelin

Médicament important pour traiter une maladie rare (moins de 5 personnes affectées sur 10 000). En principe, il ne peut être remboursé que s'il figure sur la LS. Dans des cas exceptionnels, le remboursement est également possible par le biais de l'art. 71b OAMal.

Statut orphelin

Médicament soumis à une procédure d'autorisation de mise sur le marché simplifiée.

2. Remboursement des médicaments

Le nombre de médicaments soumis à une obligation de remboursement est limité. L'AOS couvre les médicaments qui sont prescrits par un médecin, utilisés dans le cadre de l'indication autorisée (Swissmedic) et qui figurent sur la liste des spécialités (LS). Sont également remboursées les préparations prescrites par un médecin, achetées en pharmacie sous forme de formule magistrale et dont les substances actives et les excipients figurent sur la Liste des médicaments avec tarif (LMT). En leur qualité de listes positives, la LS et la LMT ont un caractère à la fois exhaustif et contraignant; le principe de listes issu de l'art. 34 LAMal s'applique.

Principe: S'il est établi qu'une préparation ne figure ni sur la LS ni sur la LMT, l'assureur n'a pas le droit de verser des prestations obligatoires!

EAE des médicaments

Lorsqu'une préparation est autorisée par Swissmedic, elle est considérée comme efficace et conforme. Si elle figure en plus sur la LS, on peut en déduire qu'elle est économique.

Restriction aux domaines d'application autorisés

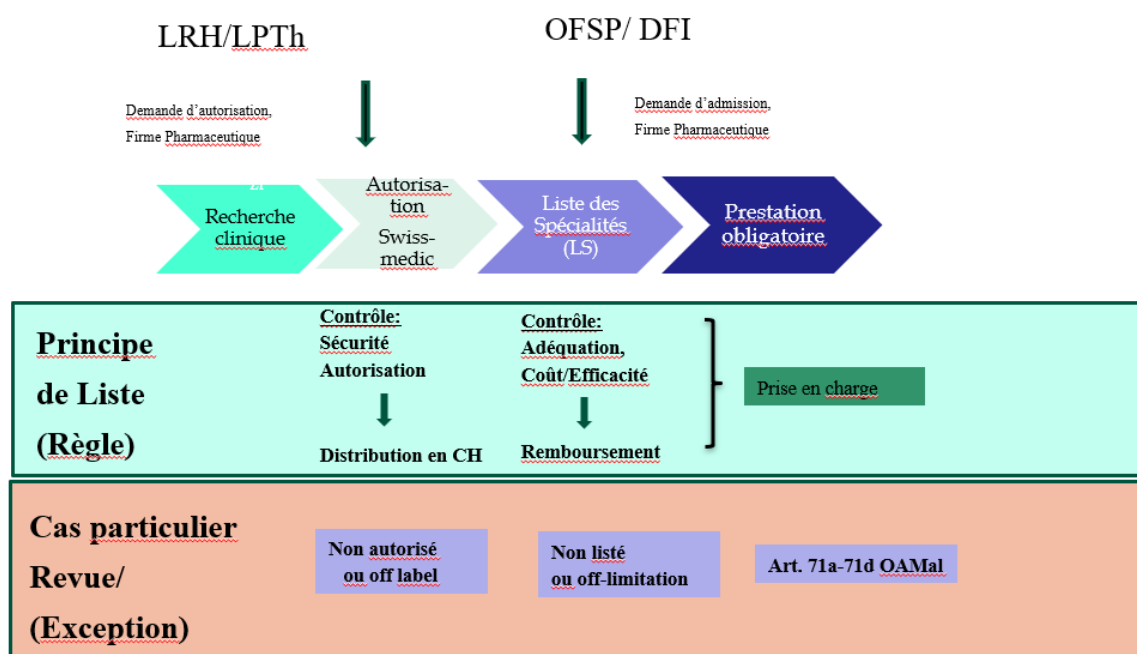
Les spécialités pharmaceutiques sont prises en charge par les caisses-maladie uniquement si elles ont été prescrites par un médecin selon les indications et dans les limites des conditions d'utilisation autorisées par Swissmedic et la LS conformément aux limitations. Si ces limitations ne sont pas respectées, il s'agit d'un off-label-use (OLU).

Autres listes

Hors Liste (ou produits non listés): Il s'agit d'une liste de médicaments autorisés en principe par Swissmedic mais qui ne figurent ni sur la LMT ni sur la LS et ne constituent

par conséquent pas des prestations obligatoires. Ils sont éventuellement remboursés par l'assurance complémentaire.

LPPU = Liste des préparations pharmaceutiques ayant une utilisation particulière. Ces médicaments ne sont en général pas pris en charge par l'AOS. Exemples: Complément alimentaire, préparation multivitaminée, tests de grossesse.



3. Remboursement des médicaments en dehors de la LS et en dehors de l'information professionnelle ou de la limitation autorisée.

Remarques préalables

En principe, seuls les éléments figurant sur les listes positives de la LS et de la LMT peuvent être remboursés.

Exceptionnellement, un médicament peut être remboursé en vertu de l'art. 71a à d OAMal même s'il est utilisé en dehors de son indication, on parle alors de off-label-use (OLU). L'utilisation de cet article est cependant soumise à des conditions et exigences très strictes, cet article n'est pas non plus totalement incontestable d'un point de vue juridique, car il va à l'encontre des principes de la LAMal à un niveau de réglementation qui lui est en fait subordonné, en particulier du principe de listes et de la protection tarifaire.

L'art. 71a à d OAMal a été introduit en 2011 sur la base d'une décision du Tribunal fédéral (ATF 130 V 532 E. 6.1). Les critères du Tribunal fédéral qui y figurent concernant le off-label-use et son remboursement ont été inscrits dans l'Ordonnance sur les soins infirmiers (OAMal).

Malheureusement, l'art. 71a à d OAMal a créé une «ouverture» pour tous les médicaments possibles et surtout les plus coûteux; même dans le domaine de la LiMA et de l'annexe 1 de l'OPAS, il existe des demandes répétées se référant à l'art. 71a à d OAMal. Il convient de préciser ici que l'art. 71a à d OAMal s'applique uniquement aux

médicaments et exclusivement aux médicaments. L'application et le caractère problématique de cet article constituent une zone sensible dans la pratique quotidienne du médecin-conseil.

Critères du remboursement exceptionnel

Le remboursement exceptionnel par l'AOS dans un cas particulier concret n'est possible que si certains critères sont remplis:

- Complexité du traitement
- Atteinte à la santé d'issue fatale ou grave et chronique
- Absence d'alternatives thérapeutiques
- Grand bénéfice thérapeutique attendu

Art. 71a OAMal

Réglemente le remboursement exceptionnel de médicaments dans des cas particuliers, lorsqu'il est utilisé

- Pour d'autres indications que celles autorisées dans l'information professionnelle par Swissmedic ou
- en dehors de la limitation prévue dans la

LS. Un remboursement est possible si les critères ci-dessus sont remplis.

Art. 71b OAMal

S'applique à des médicaments qui

- ne figurent pas sur la LS et qui sont utilisés pour l'indication ou d'autres indications que celles autorisées dans l'information professionnelle par Swissmedic.

Ici aussi, le remboursement est possible uniquement si les critères ci-dessus sont remplis.

Art. 71c OAMal

S'applique à des médicaments qui ne sont pas autorisés en Suisse, qui remplissent néanmoins les critères ci-dessus, dans la mesure où le médicament est autorisé pour l'indication correspondante dans un autre pays, lequel dispose d'un système d'autorisation reconnu par Swissmedic.

Art. 71d OAMal

Réglemente les dispositions communes s'appliquant aux art. 71a à c OAMal:

- Sollicitation complète avant le début du traitement
- Consultation préalable du médecin-conseil
- Décision quant au remboursement dans les 2 semaines

Stratégie de clarification en cas de off-label-use

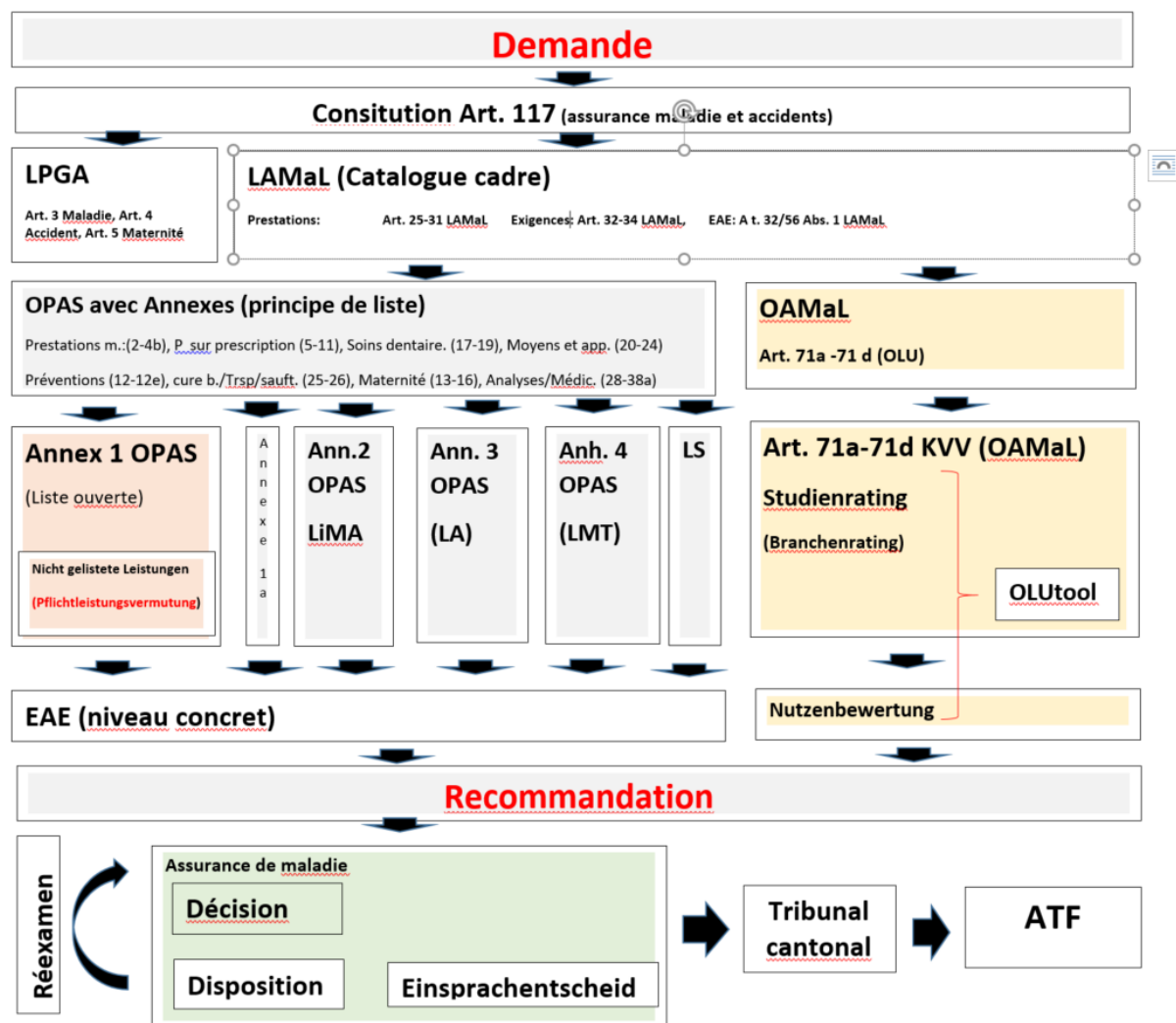
1. In ou off-label
2. Catégorie off-label
3. Critères des art. 71 a/b OAMal remplis
 - Complexité du traitement
 - Situation potentiellement fatale
 - Aucune alternative thérapeutique autorisée
 - Grand bénéfice thérapeutique attendu
4. Preuve scientifique
5. Bénéfice clinique

6. Catégorie de bénéfice (outil OLU)

Introduction au catalogue de prestations de l'AOS

5e partie: Annexes

A. Procédure



B. Liste de contrôle

1. Demande au médecin-conseil

- Mandat précis (conseil, évaluation de prestations, vérification de facture...)?
- Questionnement précis?
- La situation est-elle claire?
- La documentation est-elle suffisante pour l'évaluation?

2. Sources juridiques

- Fournisseur de prestation agréé?
- Prestation au sens de la LAMal (catalogue cadre)?
- La prestation est-elle définie dans l'OPAS?
- La prestation est-elle mentionnée dans la liste positive/ouverte?
- La prestation est-elle donnée dans un cas d'application EAE concret

3. Évaluation

- Me suis-je référé à un questionnement concret?
- Mon évaluation est-elle non opposable?
- Mon évaluation est-elle claire?
- Mon évaluation est-elle compréhensible?
- La personne chargée du dossier au sein du service des prestations peut-elle prendre une décision claire sur la base de mon évaluation?