



CH-3003 Berne

OFSP

Aux assureurs LAMal,
à leurs réassureurs
et à l'Institution commune LAMal

Référence du document : 721.1-1/31

Notre référence : chr, MUP

Berne, le 17 décembre 2021

Madame, Monsieur,

Comme chaque année, la loi et les ordonnances ont été modifiées dans des secteurs très divers. Par la présente, nous souhaitons vous informer de ces modifications qui ont une influence sur votre activité ainsi que de deux nouveautés dans le domaine international. Par ailleurs, nous voulons aussi indiquer aux assureurs comment ils devront procéder à l'avenir dans certains domaines

1 Modifications d'ordonnances

1.1 Contribution aux frais de séjour hospitalier (art. 104 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie [OAMal ; RS 832.102])

Le 26 mai 2021, le Conseil fédéral a adopté une modification de l'OAMal concernant notamment la contribution de l'assuré aux frais de séjour hospitalier (RO 2021 323 <https://www.admin.ch/opc/fr/official-compilation/2021/323.pdf>). Selon la nouvelle disposition, le jour de sortie et les jours de congé sont exclus du décompte des jours pour lesquels la contribution aux frais de séjour hospitalier est perçue. Les jours de congé sont calculés selon les règles de la structure tarifaire DRG. Ce complément permet de garantir une application uniforme pour tous les traitements hospitaliers. La disposition entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

1.2 Ordonnance de l'OFSP sur l'établissement des comptes et la présentation des rapports dans le domaine de l'assurance-maladie sociale (RS 832.121.1)

Depuis le 1^{er} juin 2021, l'art. 50, al. 1, de l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie, OSAMal, RS 832.121) précise que l'OFSP définit quelle est la version applicable des recommandations relatives à la présentation des comptes (dispositions RPC). Dorénavant seule l'ordonnance de l'OFSP sur l'établissement des comptes et la présentation des rapports sera modifiée en cas d'adaptation des dispositions RPC.

L'art. 1 de l'ordonnance précitée sera ainsi modifié pour intégrer la nouvelle version des dispositions RPC, qui date du 1^{er} janvier 2020. Par ailleurs, le plan comptable, qui constitue l'annexe de cette ordonnance, a également fait l'objet d'adaptations formelles. Il est publié sur le site internet de l'OFSP. Ces modifications entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 667, <https://www.admin.ch/opc/fr/official-compilation/2021/667.pdf>).

1.3 Modification de l'ordonnance du DFI sur les régions de primes

La révision de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) du 25 novembre 2015 sur les régions de primes (RS 832.106) a été adoptée les 25 août et 30 novembre 2021, et entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 523 et 2021 801, <https://www.admin.ch/opc/fr/official-compilation/2021/523.pdf> et <https://www.admin.ch/opc/fr/official-compilation/2021/801.pdf>).

Elle porte sur la mise à jour de la liste des communes figurant en annexe, sur la base du répertoire officiel des communes de Suisse tenu par l'Office fédéral de la statistique. Elle prend en considération toutes les fusions de communes qui ont été acceptées jusqu'à fin juin 2021 par les autorités cantonales et qui sont entrées en vigueur dans le courant de 2021 ou qui entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

1.4 Ordonnance du DFI sur les indices du niveau des prix et sur les primes moyennes 2022 permettant de calculer la réduction de primes dans l'Union européenne, en Islande, en Norvège et au Royaume-Uni

Comme les années précédentes, le DFI a édicté cette ordonnance (RS 832.112.51) pour 2022 ; elle entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 831, <https://www.admin.ch/opc/fr/official-compilation/2021/831.pdf>). Son titre ainsi que les phrases introductives des art. 1 et 2 ont été adaptés en raison de la conclusion avec le Royaume-Uni d'une nouvelle convention de sécurité sociale. Les cantons en ont reçu le texte par courriel.

1.5 Ordonnance du DFI sur la mise en œuvre de la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCOR-DFI ; RS 832.112.11)

Le DFI a modifié l'art. 4 de cette ordonnance, le 22 janvier 2021, sur la base d'analyses des données issues du troisième test. Comme pour l'attribution au PCG « cancer (KRE) », il faudra aussi que trois emballages des médicaments correspondants aient été remis à l'assuré pour que celui-ci soit attribué au PCG « cancer complexe (KRK) ». Cette adaptation a déjà été prise en compte pour le calcul de la compensation des risques 2020. La règle qui prévoit que les assurés sont attribués à un PCG lorsqu'ils ont obtenu au moins 180 doses quotidiennes standard continue de s'appliquer pour tous les autres PCG.

En vue du calcul de la compensation des risques pour l'année 2020, effectué en mai 2021, le DFI a également mis à jour la liste des PCG, dans l'annexe de l'ordonnance, avec des médicaments nouvellement admis dans la liste des spécialités (LS), afin de tenir compte des progrès de la médecine.

Lors des révisions annuelles de l'ordonnance, le DFI continuera d'adapter la liste des PCG en fonction des nouveaux médicaments inscrits dans la LS. La prochaine révision, qui est en cours, sera adoptée et mise en vigueur avant le calcul de la compensation des risques pour l'année 2021.

2 Nouvelle convention de sécurité sociale avec la Bosnie-Herzégovine

La Convention de sécurité sociale entre la Confédération suisse et la Bosnie et Herzégovine (RS 0.831.109.191.1) est entrée en vigueur le 1er septembre 2021. Elle concerne les domaines de l'AVS et de l'AI ainsi que de l'AA et n'a qu'un effet indirect sur l'assurance-maladie. La convention de sécurité sociale avec l'ex-Yougoslavie (RS 0.831.109.818.1) a été abrogée dès l'entrée en vigueur de cette convention. Conformément à l'art. 4, al. 4, OAMal, les travailleurs détachés de Suisse en Bosnie-Herzégovine, ainsi que les membres de leur famille sans activité lucrative qui les accompagnent, restent soumis à l'obligation de s'assurer en Suisse, et cela pour toute la durée du détachement (deux ans, avec prolongation possible). Si ces personnes sont obligatoirement assurées en cas de maladie en Bosnie-Herzégovine, elles peuvent, sur demande, être exemptées de l'obligation de s'assurer en Suisse (art. 2, al. 2, OAMal). Les travailleurs détachés de Bosnie-Herzégovine en Suisse, ainsi que les membres de leur famille sans activité lucrative qui les accompagnent, sont soumis à l'obligation de s'assurer en Suisse. Ils peuvent en être exemptés conformément à l'art. 2, al. 5, OAMal.

La page Internet [autres conventions de sécurité sociale](#) ainsi que le tableau « Aperçu des conventions internationales de sécurité sociale conclues par la Suisse » ont déjà été adaptés en conséquence au 1er décembre 2021.

3 Ressortissants d'États tiers détenteurs d'une carte européenne d'assurance maladie venus de l'espace UE/AELE pour étudier en Suisse

Les ressortissants d'États de l'espace UE/AELE qui viennent en Suisse à des fins de formation et n'y exercent aucune activité lucrative ne sont en principe pas réputés domiciliés en Suisse. S'ils sont affiliés dans leur pays à l'assurance-maladie légale, ils ne sont pas soumis en Suisse à l'obligation de s'assurer. Ils sont suffisamment couverts pour des traitements en Suisse s'ils détiennent une carte européenne d'assurance maladie (CEAM) valable.

C'est ce que prévoient l'Accord sur la libre circulation des personnes et la Convention AELE, qui ne sont toutefois applicables qu'aux citoyens suisses et aux ressortissants d'États membres de l'UE ou de l'AELE. Jusqu'ici, on ne vérifiait pas le pays d'origine des personnes au bénéfice d'une CEAM se faisant traiter en Suisse. Un changement de pratique s'est imposé du fait que, de plus en plus souvent, des créances suisses de l'Institution commune LAMal (IC LAMal) n'ont pas été remboursées au motif qu'elles concernaient des ressortissants d'États tiers (hors espace UE/AELE).

Le 26 mars 2021, nous avons informé les fédérations des fournisseurs de prestations que, dès le 1^{er} juin 2021, l'IC LAMal ne prendrait plus en charge les coûts des traitements médicaux administrés en Suisse à des ressortissants d'États tiers n'ayant pas droit à l'entraide en matière de prestations. En vertu du Règlement (UE) n° 1231/2010, la majorité des États membres de l'UE ou de l'AELE appliquent également le droit européen de coordination des systèmes nationaux de sécurité sociale aux ressortissants d'États tiers qui séjournent légalement sur le territoire de l'UE ou de l'AELE. Ces personnes disposent donc d'une CEAM qui leur donne droit à l'entraide en matière de prestations dans la plupart des États de cet espace. La Suisse n'a toutefois pas repris ce règlement de l'UE. Par conséquent, ces personnes ne peuvent bénéficier en Suisse de prestations sur présentation de la CEAM que si elles sont membres de la famille d'un ressortissant d'un État de l'UE ou de l'AELE, ou de Suisse. Les apatrides et les réfugiés ainsi que les membres de leur famille ont également droit aux prestations s'ils résident dans un État membre de l'UE ou de l'AELE. Cette réglementation ne concerne pas les personnes dont la CEAM a été délivrée en Allemagne, les coûts des ressortissants d'États tiers en provenance d'Allemagne étant pris en charge dans le cadre de la convention de sécurité sociale conclue entre la Suisse et l'Allemagne.

Du fait qu'ils ne peuvent plus imputer les coûts des traitements reçus en Suisse à l'entraide internationale en matière de prestations, les ressortissants d'États tiers ne sont plus couverts pour ces traitements. C'est pourquoi, lorsqu'ils séjournent en Suisse à des fins de formation, ils sont soumis (hormis ceux venus d'Allemagne) à l'obligation de s'assurer en Suisse même s'ils disposent d'une CEAM valable. Ils doivent donc s'affilier en Suisse à l'assurance obligatoire des soins, mais peuvent être exceptés de cette obligation en vertu de l'art. 2, al. 4, OAMal s'ils bénéficient d'une couverture équivalente par une assurance privée. Cette règle ne s'applique pas aux membres de la famille de ressortissants d'un État membre de l'UE ou de l'AELE, ou de Suisse, non plus qu'aux apatrides et aux réfugiés ainsi qu'aux membres de leur famille, s'ils résident dans un État de l'espace UE/AELE. Ces personnes continuent d'avoir droit à l'entraide en matière de prestations grâce à la CEAM.

4 Obligation d'autorisation pour les règlements de l'assurance collective d'indemnités journalières

L'autorité de surveillance a constaté que de certains règlements d'assurance collective d'indemnités journalières ne lui ont pas encore été soumis pour autorisation.

Aux termes de l'art. 7, al. 2, let. n de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (RS 832.12 ; LAMal), le plan d'exploitation doit contenir « les dispositions sur les formes particulières d'assurance obligatoire des soins prévues à l'art. 62 LAMal de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (RS 832.10 ; LAMal) et sur l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens des art. 67 à 77 LAMal, ainsi que les conditions générales d'assurance ». Les art. 67, al. 3, 71 et 77 LAMal comprennent des normes légales particulières relatives à l'assurance collective d'indemnités journalières. Cette dernière fait donc partie du champ d'application du renvoi aux art. 67 à 77 LAMal. Par ailleurs, sa position dans la systématique de la loi fait d'elle une variante de l'assurance facultative d'indemnités journalières (à côté de l'assurance individuelle ; voir notamment le libellé du titre 3 de la LAMal).

Pour les raisons exposées ci-dessus, les assureurs qui pratiquent l'assurance collective d'indemnités journalières sans avoir encore soumis les règlements afférents à l'OFSP pour autorisation sont priés de se conformer à cette obligation (moyennant une requête en modification du plan d'exploitation).

Les assureurs qui pratiquent l'assurance collective d'indemnités journalières sans règlement afférent sont priés d'en informer l'autorité de surveillance.

Enfin, nous prions les assureurs qui ne pratiquent pas l'assurance collective d'indemnités journalières de le communiquer aussi à l'OFSP.

~~5 Liens d'intérêts au sens de l'art. 38 OSAMal~~

~~Les modalités de mise en œuvre de l'art. 38 OSAMal ont été définies dans la lettre d'information de l'autorité de surveillance du 27 juillet 2021. Nous attirons une nouvelle fois votre attention sur le fait que la publication des liens d'intérêts doit être structurée suivant les lettres de cette disposition:~~

- ~~a. fonctions occupées au sein d'organes de direction, de surveillance, de conseil ou autres, dans des sociétés, établissements ou fondations suisses ou étrangers, de droit privé ou de droit public ;~~
- ~~b. fonctions exercées au sein de collectivités publiques ;~~
- ~~c. fonctions permanentes de direction ou de conseil exercées pour le compte de groupes d'intérêts suisses ou étrangers.~~

~~En relation avec les changements au sein de la composition des organes d'administration et de direction, la communication des éventuels liens d'intérêts fait partie intégrante d'une modification du~~

~~plan d'exploitation au sens de l'art. 7, al. 2, let. c, LSAMal.~~

~~S'agissant des liens d'intérêts des membres actuels des organes d'administration et de direction, nous précisons la pratique future en ce sens que les modifications seront communiquées une fois par année, jusqu'à fin janvier, sous forme d'une liste consolidée des membres de ces organes au 31 décembre. Les modifications par rapport à l'année précédente devront être indiquées clairement (p. ex. surlignées en jaune ou inscrites dans une autre couleur). Il ne sera pas nécessaire de communiquer immédiatement un changement survenu en cours d'année.~~

6 Remarques concernant le contrôle des contrats de réassurance

L'autorité de surveillance a constaté que la manière de traiter les contrats de réassurance soulève des interrogations chez nombre d'assureurs-maladie. Les remarques qui suivent entendent y répondre.

La base sur laquelle repose le contrôle des contrats de réassurance est l'art. 33, al. 1, LSAMal, qui prévoit que les primes de réassurance sont soumises à l'approbation de l'autorité de surveillance. Par ailleurs, en vertu de l'art. 7, al. 2, let. i, LSAMal, le plan de réassurance et les contrats de réassurance doivent faire partie du plan d'exploitation. Ainsi, la présentation des contrats de réassurance à l'autorité de surveillance poursuit un double objectif.

Si la validité d'un contrat de réassurance à durée limitée est échue, le nouveau contrat doit être soumis pour approbation à l'autorité de surveillance.

En revanche, aucune demande d'approbation n'est nécessaire si le contrat en cours n'est pas résilié et que les conditions en restent inchangées (notamment s'il est conclu pour une durée indéterminée ou s'il comprend une clause de reconduction tacite, ou avant échéance pour les contrats à durée limitée). Demeurent réservées les modifications importantes des conditions de base extracontractuelles pouvant avoir pour conséquence que les primes de réassurance ne correspondent plus aux risques assumés (p. ex. baisse du taux de solvabilité de l'assureur-maladie, pandémie, changement important du taux directeur).

Le réassureur communique pour la fin juin à l'autorité de surveillance, dans le cadre du rapport qu'il lui présente chaque année conformément à l'art. 33, al. 2, LSAMal, si les contrats de réassurance restent valables l'année suivante.

L'assureur direct doit présenter à l'OFSP le contrat de réassurance ou ses modifications pour approbation au plus tard un mois avant leur validité (art. 59, al. 3, OSAMal). Nous vous saurons gré de nous présenter les projets de contrat suffisamment tôt.

La demande d'approbation doit notamment comprendre les éléments suivants :

- contrat de réassurance avec clause selon laquelle le contrat de réassurance est valable sous réserve d'approbation par l'OFSP (remis sous forme de scan via ISAK ou sous forme papier)
- formulaire de relevé Réassurance passive (EF-PR ; remis via ISAK, page de titre sous forme papier) avec les indications suivantes :
 - date du contrat
 - réassureur actif (raison sociale)
 - type de contrat
 - branche d'assurance
 - franchise de sinistre individuel (franchise par événement dommageable) ou quote-part
 - limite par événement
 - niveau de risque couvert (par année)
 - taux de prime
 - début et fin du contrat
 - délai de résiliation

- comptes de résultat prévisionnels
- plan d'exploitation (complet) ou formulaire I (séparé) (suivant la forme du plan d'exploitation ; remis sous forme de document PDF ou sous forme papier)

Vous voudrez bien veiller à ce que les documents et indications mentionnés ci-dessus concordent entre eux.

7 Respect de la réglementation des positions " maladies orphelines " de la liste des analyses (LA)

Il a été porté à la connaissance de l'autorité de surveillance que certaines assurances-maladie ne respectent pas la réglementation prévue dans les positions de maladies génétiques rares du chapitre B2 de la LA, qui détermine que « Si le médecin-conseil formule un avis négatif au sujet de la demande de prise en charge, il consulte un expert de la Société suisse de génétique médicale (SSGM) (www.sgmq.ch). Ces derniers émettent des recommandations sur la base des " Directives de la Société Suisse de Génétique Médicale (SSGM) concernant l'évaluation de demande pour le remboursement d'une position maladie orpheline (Orphan disease) de la liste des analyses " du 20 avril 2015 (www.ofsp.admin.ch/ref) ».

Dans ce cadre, il est rappelé aux assureurs-maladie que la réglementation des positions de maladies génétiques rares du chapitre B2 de la LA doit être appliquée telle que formulée. En conséquence, en cas d'avis négatif du médecin-conseil concernant la prise en charge d'une analyse " maladie orpheline " de la LA, les règles en vigueur imposent la consultation d'un expert de la SSGM. Le rapport de consultation de l'expert de la SSGM doit pouvoir être mis à la disposition de l'assuré, en cas de litige.

8 Admission des fournisseurs de prestations

Les Chambres fédérales ont adopté la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (RS 832.10 ; LAMal) concernant l'admission des fournisseurs de prestations (FF 2020 5351) le 19 juin 2020. Celle-ci élève les exigences à l'égard des fournisseurs de prestations admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et, par là même, améliore la qualité et l'économicité des prestations qu'ils fournissent. De plus, elle met à la disposition des cantons un instrument plus efficace pour contrôler l'offre de prestations dans le domaine ambulatoire médical.

Lors de sa séance du 23 juin 2021, le Conseil fédéral a fixé l'entrée en vigueur échelonnée des diverses dispositions de loi ainsi que des dispositions d'exécution s'y rapportant. La nouvelle réglementation concernant la limitation des admissions (art. 55a et al. 1 des dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 19 juin 2020, ordonnance sur la fixation de nombres maximaux de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires [RS 832.107]) est déjà entrée en vigueur le 1er juillet 2021. Le 1er janvier 2022, ce sera le tour des nouvelles dispositions relatives à la procédure d'admission formelle, c'est-à-dire les conditions d'admission des fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire (art. 35, titre et al. 1 et 2, 36 à 38, 53, al. 1, et 57, al. 1, 2e phrase, et al. 2 des dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 19 juin 2020, modification de l'OAMal [RO 2021 439] et de l'OPAS [RO 2021 440]).

Par cette modification de la LAMal, le Parlement a choisi d'adopter un nouveau modèle pour l'admission de nouveaux fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire. Pour eux, une procédure d'admission formelle, soumise à la surveillance des cantons, est ainsi introduite. Les conditions d'admission des médecins ont également été adaptées au niveau de la loi. Celles applicables aux autres fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire pour ce qui est de la formation de base, de la formation postgrade et des exigences requises en matière de qualité de la fourniture des prestations

ont, quant à elles, été définies par le Conseil fédéral dans l'OAMal. En matière de formation de base et de formation postgrade, elles se basent sur les normes en vigueur jusqu'ici au niveau de la loi et de l'ordonnance, qu'elles maintiennent. Cette modification de l'OAMal implique également des adaptations purement formelles de l'OPAS.

Les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m et n, LAMal, qui étaient admis à pratiquer à la charge de l'AOS en vertu de l'ancien droit sont aussi réputés admis au sens de l'art. 36 du nouveau droit par le canton sur le territoire duquel ils pratiquaient à l'entrée en vigueur dudit article. En raison de la surveillance qu'ils sont désormais tenus d'exercer sur ces fournisseurs de prestations, les cantons ont besoin d'obtenir des assureurs les données correspondantes, et notamment l'indication précise des fournisseurs de prestations déjà admis à pratiquer à la charge de l'AOS sur leur territoire.

De plus, le législateur a inscrit à l'art. 55a LAMal une nouvelle solution, non limitée dans le temps, pour restreindre le nombre d'admissions de nouveaux médecins. Les cantons devront ainsi limiter, dans un ou plusieurs domaines de spécialisation médicale ou dans certaines régions, le nombre des médecins autorisés à fournir des prestations ambulatoires à la charge de l'AOS. Le Conseil fédéral a défini les critères et les principes méthodologiques applicables dans l'ordonnance sur la fixation de nombres maximaux de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires.

9 Planification

La compétence en matière de planification des hôpitaux, des maisons de naissance et des établissements médico-sociaux incombe en principe aux cantons (art. 39, al. 1, let. d, LAMal). Avec la révision de la LAMal dans le domaine du financement des hôpitaux qui a été approuvée le 21 décembre 2007 (RO 2008 2049), le Conseil fédéral a reçu le mandat d'édicter des critères de planification uniformes fondés sur la qualité et l'économicité (art. 39, al. 2ter, LAMal). Le Conseil fédéral a publié les critères de planification (art. 58a-58a OAMal) le 22 octobre 2008 et les a mis en vigueur le 1er janvier 2009.

Sur la base des instruments élaborés dans le domaine de la planification et de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral et du Tribunal administratif fédéral, le Conseil fédéral a revu et actualisé les critères pour la planification des hôpitaux, des maisons de naissance et des établissements médico-sociaux par les cantons. Lors de sa séance du 23 juin 2021, le Conseil fédéral a décidé de faire entrer en vigueur la modification de l'OAMal concernant les critères de planification le 1er janvier 2022 (art. 58a-58f OAMal [RO 2021 439]). Cette adaptation des critères de planification vise à réduire les différences entre les concepts de planification des cantons et à promouvoir une utilisation efficiente des ressources. Tous les cantons doivent élaborer leurs planifications sur la base des instruments et des principes actuels et remplir ainsi les conditions d'une fourniture de prestations avantageuse et de qualité dans toute la Suisse, conformément à la révision du financement hospitalier.

Dans le cadre de la planification, les cantons devront à l'avenir procéder à l'examen du caractère économique des hôpitaux et des maisons de naissance grâce à des comparaisons des coûts ajustés selon le degré de gravité des cas traités et prendre en considération de manière appropriée le caractère économique des prestations fournies dans les établissements médico-sociaux. Ils doivent aussi dans la planification prendre en considération les nouvelles exigences de qualité s'appliquant aux établissements concernés, mieux coordonner leurs planifications et prévoir que les mandats de prestations des hôpitaux contiennent à titre de charge l'interdiction des systèmes d'incitations économiques entraînant une augmentation du volume des prestations médicalement injustifiées à la charge de l'assurance obligatoire des soins ou permettant le contournement de l'obligation d'admission au sens de l'art. 41a LAMal.

10 Paquet 1a de mesures de maîtrise des coûts

Les Chambres fédérales ont adopté la modification de la LAMal concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts (volet 1a) le 18 juin 2021, avec pour objectif de freiner l'évolution des coûts des prestations à la charge de l'AOS et de limiter ainsi la hausse des primes payées par les assurés.

Poursuivant le même objectif de maîtrise des coûts, le Conseil fédéral a décidé, le 3 décembre 2021, que les mesures ne nécessitant aucune adaptation, sinon d'ordre technique, au niveau de l'ordonnance (art. 42, al. 3, 3e à 7e phrases, 47a et 59, titre, al. 1, partie introductive et let. c, 3, let. g et h, et 4, et disposition transitoire) entreraient en vigueur le 1er janvier 2022. Ces dispositions concernent la copie de la facture, l'organisation tarifaire pour les prestations ambulatoires et le montant maximal de l'amende. L'entrée en vigueur est possible, en ce qui concerne l'organisation tarifaire pour les prestations ambulatoires, le législateur ayant prévu un délai transitoire de deux ans pour la mise sur pied de celle-ci.

11 Rémunération du matériel de soins

La modification de la LAMal relative à la rémunération du matériel de soins a été adoptée par le Parlement le 18 décembre 2020 (FF 2020 9637). Le but était d'introduire un remboursement uniforme au niveau national pour le matériel de soins et de supprimer la distinction en matière de rémunération entre le matériel de soins utilisé par l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel et celui utilisé par le personnel infirmier. La modification prévoit à cet effet que le matériel utilisé pour les soins visés à l'art. 25a, al. 1 et 2, LAMal fasse partie également des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques qui sont rémunérés séparément par l'AOS. Le Parlement a ajouté une disposition transitoire de manière à permettre pendant une année la rémunération selon l'ancien droit des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques utilisés par le personnel infirmier ne figurant pas encore sur la liste des moyens et appareils (LiMA) au moment de l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation.

Lors de la séance du 4 juin 2021, le Conseil fédéral a fixé l'entrée en vigueur de la modification de la LAMal relative à la rémunération du matériel de soins au 1er octobre 2021 et adopté la modification de l'OAMal y relative. Cette nouvelle réglementation a aussi nécessité une modification de l'OPAS, par le Département fédéral de l'intérieur (DFI), qui est entrée en vigueur à la même date.

Dès le 1er octobre 2021, la LiMA s'applique ainsi non seulement en cas d'utilisation des moyens et appareils par les assurés eux-mêmes ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel comme auparavant, mais aussi en cas d'utilisation par des infirmiers indépendants ou employés dans des établissements médico-sociaux ou par des organisations d'aide et de soins à domicile. Pendant la période transitoire allant jusqu'au 30 septembre 2022, les moyens et appareils utilisés uniquement par le personnel infirmier peuvent être rémunérés selon la clé de répartition du financement des soins entre les trois agents payeurs (AOS, cantons et assurés) jusqu'à leur intégration dans la LiMA.

12 Modifications de l'OAMal en lien avec l'introduction de ST Reha

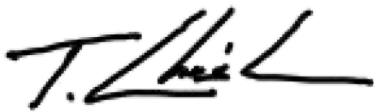
Lors de sa séance du 3 décembre 2021, le Conseil fédéral a approuvé la nouvelle structure tarifaire applicable dans toute la Suisse à la réadaptation stationnaire. La structure ST Reha permettra de rémunérer tous les traitements de réadaptation stationnaires au moyen de forfaits liés aux prestations. Elle entrera en vigueur le 1er janvier 2022.

Par décision du 3 décembre 2021, le Conseil fédéral a en outre également modifié l'art. 59abis de l'OAMal en supprimant la notion de " Domaine de la réadaptation ", étant donné qu'avec l'introduction de la structure tarifaire ST Reha, les dispositions des art. 59a ss OAMal sont applicables pour la facturation

dans ce domaine. En vue de l'introduction de la structure tarifaire ST Reha, la modification permet d'étendre au domaine de la réadaptation la procédure en matière de transfert systématique des données pertinentes pour le codage dans le cadre de la facturation selon 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).

En vous remerciant de l'agréable collaboration que nous avons eue avec vous en 2021, nous vous présentons nos meilleurs vœux pour la nouvelle année et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations les meilleures.

Office fédéral de la santé publique



Thomas Christen
Directeur suppléant OFSP
Responsable Assurance maladie et accidents



Philipp Muri
Responsable Surveillance de l'assurance