



A CH-3003 Berne
OFSP

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

Votre référence :
Référence du document : 12.009306
Notre référence : Scm
Collaborateur spécialisé : Monika Schuler
Berne, le 5 décembre 2014

Informations concernant la modification du 15 octobre 2014 de l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR)

Madame, Monsieur,

Le 15 octobre 2014, le Conseil fédéral a approuvé la modification de l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR).

Selon l'art. 2b, al. 1, OCoR, les éléments suivants s'appliquent à l'indicateur « Coût des médicaments au cours de l'année précédente » :

L'indicateur « coût des médicaments au cours de l'année précédente » prend en compte les prestations brutes (prestations nettes plus participations aux coûts) de l'année précédente pour les médicaments dont le coût est pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, pour autant que ces prestations dépassent 5000 francs et que les médicaments ne soient pas compris dans un forfait au sens de l'art. 49, al. 1, LAMal.

Cette modification a suscité certaines interrogations chez les assureurs, qui ont alors consulté l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Voici les réponses que nous pouvons leur apporter.

1. Les rémunérations supplémentaires peuvent-elles être prises en compte dans l'indicateur « Coût des médicaments » ?

L'art. 49, al. 1, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 932.10) dispose que, pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour et les soins à l'hôpital (art. 39, al. 1) ou dans une maison de naissance (art. 29), les parties à une convention conviennent de forfaits. En règle générale, il s'agit de forfaits par cas. Les parties peuvent convenir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne sont pas comprises dans le forfait mais facturées séparément.

Le catalogue des forfaits par cas SwissDRG fournit dans ses annexes la liste des rémunérations supplémentaires correspondantes. Toutes ces rémunérations sont applicables dans le domaine stationnaire. Même si elles sont facturées séparément, elles s'inscrivent dans la rémunération globale du séjour hospitalier et font partie intégrante du financement par voie de forfaits. Les rémunérations supplémentaires sont prévues pour des médicaments très onéreux, utilisés dans le domaine stationnaire. La majeure partie des traitements médicamenteux stationnaires ne sont toutefois pas remboursés via de telles rémunérations et sont compris dans les forfaits par cas. Il est, par conséquent, impossible d'établir la statistique correspondante. Selon le dosage, la durée du traitement et le nombre de médicaments utilisés, le traitement stationnaire impliquant des médicaments pour lesquels aucune rémunération supplémentaire n'est prévue peut également revenir très cher. La prise en compte des rémunérations supplémentaires dans l'indicateur en question donnerait un aperçu simpliste et faussé de la situation qui pourrait, de surcroît, varier d'année en année. Les rémunérations supplémentaires figurant dans le catalogue des forfaits par cas SwissDRG ne sont, pour cette raison, pas prises en compte dans l'indicateur « Coût des médicaments au cours de l'année précédente ».

2. Comment comprendre la notion de « médicament » dans l'indicateur « Coût des médicaments » ?

Les coûts de tous les médicaments remboursés par l'assurance obligatoire des soins (AOS) sont en principe inclus. Il s'agit :

- des médicaments inscrits sur la liste des spécialités (LS), utilisés pour l'indication autorisée par Swissmedic et conformément à la limitation approuvée par l'OFSP (liste des médicaments en matière d'infirmités congénitales y c.) ;
- des médicaments de la LS utilisés pour d'autres indications que celles autorisées dans l'information professionnelle ou prévues par la limitation, conformément à l'art. 71a de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), pour autant que l'assureur ait donné une garantie ;
- des médicaments qui ne figurent pas dans la LS ou qui ne sont pas autorisés en Suisse selon l'art. 71b OAMal, pour autant que l'assureur-maladie ait donné une garantie ;
- des préparations magistrales fabriquées selon la liste des médicaments avec tarif (LMT, à l'exception des préparations de sang et de plasma) ;
- des vaccins figurant dans la LS et remboursés en conséquence.

Par ailleurs, les prestations fournies par le pharmacien doivent également être prises en compte, conformément au système de rémunération basée sur les prestations (RBP), p. ex., la validation des médicaments ou des traitements.

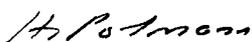
Ne sont pas compris :

- les médicaments intégrés dans un forfait au sens de l'art. 49, al. 1, LAMal ;
- les rémunérations supplémentaires du catalogue des forfaits par cas SwissDRG ;
- les médicaments dont les coûts ne sont pas indiqués séparément (p. ex., les médicaments fournis dans le cadre d'une prestation et qui ne sont pas indiqués à part sur la facture) ;
- les préparations de sang et de plasma selon la LMT.

En espérant que ces informations vous seront utiles, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Division Surveillance de l'assurance

La responsable,



Helga Portmann