



**CH-3003 Berne, OFSP**

Aux assureurs LAMal et à leurs  
réassureurs

Référence/cote : 515.0000-2/970887/  
Votre référence :  
Notre référence : PHE  
Berne, le 16 décembre 2014

## **Nouveautés en 2015**

Madame, Monsieur,

Par la présente, nous sommes heureux de vous informer des modifications des prescriptions légales et autres changements importants qui interviendront l'année prochaine.

### **I. Modifications des prescriptions légales**

#### **1. Compensation des risques**

Par courriers des 15 octobre et 5 décembre 2014, nous avons déjà informé les assureurs et l'institution commune LAMal de l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2017, de la modification de la LAMal du 21 mars 2014 et de la modification du 15 octobre 2014 de l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR). L'art. 6 al. 6 OCoR révisé et la disposition transitoire concernant la collecte de données entrent cependant en vigueur déjà le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Vous trouvez les deux courriers d'information sous le lien suivant :

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02874/03847/06504/index.html?lang=fr>

Les informations relatives à l'entrée en vigueur de la modification de la LAMal et à la modification de l'OCoR sont disponibles sous le lien suivant :

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/15048/index.html?lang=fr>

## 2. Correction des primes

Le 1<sup>er</sup> janvier 2015 entrent en vigueur l'ordonnance sur la correction des primes (RS 832.107.21) et l'ordonnance de l'OFSP sur le montant du supplément de prime annuel pour 2015 (RS 832.107.22). Les informations correspondantes sont disponibles à l'adresse suivante :

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/12985/index.html?lang=fr>

Les assureurs doivent communiquer à l'OFSP leurs effectifs par canton au 1<sup>er</sup> janvier afin de lui permettre de déterminer la répartition entre les assureurs de la contribution de la Confédération pour le remboursement de primes et les taxes d'incitation et de calculer correctement les diminutions de prime. Le formulaire de relevé EF-BAFU a été complété par une colonne à cette fin. Ce formulaire doit nouvellement être livré **jusqu'à la fin du mois de janvier** déjà.

## 3. Alinéa 2 de la disposition transitoire de la modification du 4 juillet 2012 de l'Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)

Concernant la facturation dans le domaine ambulatoire, ainsi que pour les domaines de la réadaptation et de la psychiatrie, l'article 59a<sup>bis</sup> OAMal prévoit que le Département fédéral de l'intérieur (DFI) édicte des dispositions détaillées sur la collecte, le traitement et la transmission des diagnostics et des procédures. En vue de l'introduction des nouvelles structures tarifaires dans les domaines concernés, il est prévu d'édicter des dispositions relatives à la collecte, au traitement et à la transmission des diagnostics et des procédures et de fixer les classifications pour le codage applicables dans toute la Suisse au début de l'année 2017.

Avec l'échéance du délai fixé au 31 décembre 2014 selon l'alinéa 2 de la disposition transitoire du 4 juillet 2012 de l'OAMal, une modification de cette ordonnance est nécessaire. Un délai pour la mise en œuvre de l'article 59a<sup>bis</sup> OAMal et la fixation des classifications pour le codage applicables dans toute la Suisse n'est plus prévu.

Le Conseil fédéral a adopté la modification de l'alinéa 2 de la disposition transitoire du 4 juillet 2012 de l'OAMal lors de sa séance du 19 novembre 2014. Cette modification entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2015 et sera publiée au Recueil officiel.

## 4. Modifications au 1<sup>er</sup> janvier 2015 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) et de ses annexes 1 (liste de prestations définies fournies par les médecins), 2 (liste des moyens et appareils) et 3 (liste des analyses)

### **Art. 12a, let. c : Vaccination contre l'influenza**

En 2013, les recommandations de vaccination contre la grippe saisonnière ont été légèrement adaptées. En particulier la vaccination des femmes enceintes, jusque-là recommandée au 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre, est maintenant recommandée pendant toute la grossesse. Ces adaptations ont été reprises dans le Plan de vaccination suisse 2014. Par conséquent, pour cette vaccination, l'on se réfère désormais au Plan de vaccination 2014.

### **Art. 12a, let. f : Vaccination contre les pneumocoques**

Les recommandations pour la vaccination contre les pneumocoques ont été adaptées. Parmi les nouveautés la recommandation de ne plus vacciner avec le vaccin polysaccharidique mais avec celui conjugué et la recommandation de suspendre la vaccination de base chez les personnes de 65 ans et plus et de la remplacer par la vaccination de toutes les personnes à risque élevé de maladie pneumococcique invasive. Toutes les recommandations de vaccination contre les pneumocoques figurent au complet dans le Plan de vaccination suisse 2014. Par conséquent, pour cette vaccination, l'on se réfère désormais au Plan de vaccination 2014.

**Art. 12a, let. h : Vaccination contre la tuberculose**

Les recommandations pour la vaccination BCG sont désormais élaborées par la Ligue pulmonaire suisse (anciennement Association suisse contre la tuberculose et les maladies pulmonaires) dans le cadre du "Manuel de la tuberculose" qui a été édité en collaboration avec l'OFSP et qui est disponible dans sa version actualisée d'avril 2012 sur le site [www.tbinfo.ch](http://www.tbinfo.ch). Ces recommandations ont été reprises dans le Plan de vaccination suisse 2014. Par conséquent, pour cette vaccination, l'on se réfère désormais au Plan de vaccination 2014.

**Art. 12b, let. c : Prophylaxie VIH post-exposition**

Le groupe de travail Clinique et thérapie VIH&IST, rattaché à la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS), a actualisé les recommandations concernant la prophylaxie VIH post-exposition et les a publiées dans le Bulletin de l'OFSP du 24 novembre 2014. Ces recommandations déterminent les conditions de prise en charge des mesures prophylactiques précitées par l'assurance obligatoire des soins (AOS).

**a. Prestations médicales (Annexe 1 OPAS)**

**Réduction du sein intact**

L'AOS prend désormais en charge les coûts relatifs à une réduction mammaire effectuée sur un sein intact pour corriger une asymétrie découlant d'une ablation totale ou partielle médicalement indiquée de l'autre sein, dans le but de rétablir l'intégrité physique et psychique de la patiente.

**Télé médecine des implants rythmologiques cardiologiques**

Les coûts générés par la télésurveillance de patients porteurs d'implants rythmologiques cardiologiques (défibrillateur automatique, stimulateur cardiaque ou enregistreur d'événements rythmiques) pour la transmission de données relatives aux implants et au diagnostic à un centre de contrôle sont désormais remboursés par l'AOS.

**Test multigénique en cas de cancer du sein**

L'AOS prend désormais en charge les tests multigéniques effectués sur des patientes atteintes d'un cancer du sein diagnostiqué à un stade précoce chez lesquelles les investigations conventionnelles ne permettent pas de déterminer clairement s'il faut opter pour une chimiothérapie adjuvante. Les coûts de ces tests seront provisoirement remboursés par l'AOS durant trois ans. Une fois ce délai écoulé, les données recueillies en continu sur leur efficacité seront réévaluées pour déterminer si cette prise en charge sera poursuivie.

**Implantation d'implants auditifs à conduction osseuse ou de leurs composantes (systèmes transcutanés et percutanés)**

L'AOS rembourse désormais les coûts de pose d'implants auditifs à conduction osseuse percutanés ou transcutanés ainsi que de leurs composantes.

**Reconstruction mammaire**

L'AOS prend désormais en charge les coûts relatifs à une reconstruction mammaire dans le but de rétablir l'intégrité physique et psychique des patientes ayant subi une ablation du sein, totale ou partielle, médicalement indiquée.

**Injection cystoscopique de toxine botulique de type A dans la paroi vésicale**

L'AOS prend désormais en charge les coûts des injections cystoscopiques de toxine botulique de type A dans la paroi vésicale qui servent à traiter l'hyperactivité vésicale idiopathique chez l'adulte.

**Ostéodensitométrie par absorptiométrie double énergie à rayons X (DEXA) dans la maladie cœliaque**

L'ostéodensitométrie par DEXA figure déjà dans l'annexe 1 OPAS comme prestation obligatoirement à la charge de l'AOS en cas, entre autre, de maladies du système digestif (syndrome de malabsorption, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique). La maladie cœliaque, en tant que maladie du système

digestif caractérisée par un syndrome de malabsorption, y figure désormais expressément comme une indication.

### ***Tomographie par émission de positrons***

Les dispositions régissant la prise en charge, par l'AOS, de la tomographie par émission de positrons (TEP) ont été modifiées sur le plan rédactionnel pour préciser exactement pour quelles indications et avec quels traceurs ce remboursement est effectué. La prise en charge des examens TEP avec 18F-Florbetapir a été à nouveau refusée à la suite d'une nouvelle évaluation.

### **b. Liste des moyens et appareils (Annexe 2 OPAS)**

#### **Semelle de compensation de hauteur à deux positions pour plâtres et orthèses**

L'AOS rembourse désormais, jusqu'à concurrence d'un montant maximal fixé, l'achat d'une semelle de compensation de hauteur à deux positions pour les patients qui suite à un accident ou à une opération doivent porter un plâtre ou une orthèse avec pour conséquence une différence de longueur des jambes.

### **c. Liste des analyses (annexe 3 OPAS)**

#### ***Nouveau tarif pour les analyses rapides effectuées en laboratoire de cabinet médical***

Une adaptation est opérée dans la liste des analyses au bénéfice de la médecine de base – en lien avec le masterplan « Médecine de famille et médecine de base » – et un chapitre spécial consacré aux analyses rapides y est ajouté. Ces 33 analyses rapides servent à répondre aux questions les plus fréquemment posées dans la médecine de base ; leur valeur diagnostique élevée permet au médecin de prendre immédiatement des décisions diagnostiques ou thérapeutiques déterminantes. Du fait que les résultats sont disponibles rapidement, leur tarification est plus élevée.

Les analyses rapides bénéficient d'une tarification adaptée aux conditions de production des laboratoires de cabinet médical. Les coûts précédemment couverts par la taxe de présence (position LA 4707.00), les suppléments des suffixes (positions LA 4707.10 et 4707.20) et le supplément de transition (position LA 4708.00) sont inclus dans le nouveau tarif. Aucun autre supplément ou taxe ne peut donc être ajouté au prix des analyses rapides.

Les analyses rapides peuvent être facturées par tous les médecins qui pratiquent dans leur propre laboratoire de cabinet médical (art. 54, al. 1, let. a, OAMal) des examens de laboratoire avec diagnostic en présence du patient (art. 54, al. 1, let. a, ch. 2, OAMal). Les autres fournisseurs de prestations ne peuvent pas en facturer.

La nouvelle structuration des analyses pour les laboratoires de cabinet médical, avec un sous-chapitre « Analyses rapides » et un sous-chapitre « Analyses complémentaires », constitue une solution provisoire. Un réexamen de l'ensemble de la liste des analyses est prévu dans le cadre du projet « transAL ». La structuration des annexes à la liste des analyses, au chap. 5, et la tarification des analyses rapides seront revues dans ce contexte.

#### ***Séquençage à haut débit (whole genome sequencing, next generation sequencing), position 2800.00 ss.***

Dans le domaine des analyses de génétique moléculaire, l'AOS prend désormais en charge le séquençage à haut débit, qui permet de séquencer simultanément plusieurs gènes ou le génome entier et de répondre à des questions génétiques pas possible jusqu'ici. Les conditions du remboursement de ces analyses extrêmement exigeantes sont publiées dans la liste des analyses (LA) et dans un document de référence.

Suite à l'inscription de cette technique dans la LA, les forfaits des positions 2810.00, 2810.01 et 2810.02 « Syndrome héréditaire du cancer du sein et/ou de l'ovaire, gènes BRCA1 et BRCA2 » sont levés et les analyses sont placés sous le séquençage à haut débit et le séquençage Sanger.

## **Préambule**

Pour faciliter la compréhension, le préambule à l'annexe 3 OPAS comprend désormais un paragraphe sur les conditions légales de la prise en charge des prestations spécifiques en cas de maternité.

Vous trouverez les modifications de l'OPAS et de son annexe 1 dans le recueil officiel du droit fédéral. 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 relation 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.

<http://www.bag.admin.ch/lima>

<http://www.bag.admin.ch/la>

## **II. Changements importants**

### **1. Procédure en cas de facturation erronée ou de non-respect de l'ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie**

L'ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2014. Pour la mise en œuvre de cette ordonnance, les assureurs sont tenus d'intervenir s'ils constatent des erreurs de facturation dans le sens d'une application erronée des adaptations tarifaires. A cet égard, il convient de rappeler les règles suivantes :

Conformément à l'art. 44, al. 1, LAMal, les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente ; ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la loi (protection tarifaire). A cet égard, lorsque la facturation est établie selon l'ancienne structure tarifaire, l'assureur est tenu de réclamer la facture erronée, indépendamment du fait que celle-ci dépasse ou non le montant de la participation aux coûts.

Selon l'art. 89, al. 1, LAMal, les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations sont jugés par un tribunal arbitral. L'al. 3 précise que le tribunal arbitral est aussi compétent si le débiteur de la rémunération est l'assuré (système du tiers garant au sens de l'art. 42, al. 1) ; en pareil cas, l'assureur représente, à ses frais, l'assuré au procès. Dans le système du tiers garant, l'assureur peut engager des actions au nom de la personne assurée, même contre la volonté de cette dernière. Il n'y est toutefois pas tenu si l'assuré ne l'a pas proposé. De son côté, la personne assurée ne peut pas saisir elle-même le tribunal arbitral ; elle peut le faire uniquement par l'intermédiaire de l'assureur.

L'art. 89, al. 3, LAMal vise à garantir que la personne assurée dans le système du tiers garant ne doit pas supporter les coûts lorsque le médecin n'a pas facturé sa prestation en tenant compte des tarifs, qu'il n'a pas respecté la protection tarifaire au sens de l'art. 44 LAMal ou qu'il a fourni une prestation non économique.

Dans le système du tiers garant, deux façons de procéder s'offrent concrètement à l'assureur :

- a) L'assureur paie intégralement la facture à la personne assurée et exige ensuite le montant payé en trop au fournisseur de prestations (*au nom de la personne assurée*), étant donné que celui-ci s'est enrichi de manière non justifiée. Si le fournisseur de prestations ne paie pas, l'assureur peut saisir un *tribunal arbitral* et, finalement, le Tribunal fédéral. Comme mentionné plus haut, l'assureur peut engager des actions au nom de la personne assurée contre la volonté de cette dernière.
- b) L'assureur ne paie pas intégralement la facture à la personne assurée. S'ensuit alors une différence entre le montant facturé par le fournisseur de prestations et le montant remboursé par l'assureur. Celui-ci est toutefois tenu d'informer la personne assurée afin qu'elle puisse contester la facture auprès du fournisseur de prestations. Si ce dernier maintient sa position, la personne assurée peut demander à l'assureur d'engager une action devant un tribunal arbitral

contre le fournisseur de prestations, conformément à l'art. 89, al. 3, LAMal. L'assureur représente, à ses frais, la personne assurée. Dans ce cas aussi, le Tribunal fédéral constitue l'instance la plus haute.

## 2. Rapport de l'actuaire

Les assureurs qui pratiquent l'assurance selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) et l'assurance LAMal dans la même entité juridique doivent désormais remettre à l'OFSP le rapport de l'actuaire conformément à l'art. 24 de la loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance (LSA).

## 3. Contrats de réassurance

Selon l'art. 18 OAMal, les réassureurs doivent communiquer les contrats de réassurance, leurs modifications et leurs compléments à l'OFSP. Nous prions donc les réassureurs d'assureurs selon la LAMal de faire parvenir à l'OFSP, jusqu'à fin février 2015, tous les contrats de réassurance valables pour 2015.

## 4. Rapports de gestion


Selon l'art. 60 al. 4 et 6 LAMal, les assureurs qui pratiquent l'assurance-maladie sociale doivent établir un rapport de gestion et le publier. Le rapport de gestion contient les comptes annuels statutaires et doit être établi soit selon les Swiss GAAP RPC 41 soit selon les Swiss GAAP RPC 41 complétées par les prescriptions figurant dans le plan comptable du DFI (voir Directive du Département fédéral de l'intérieur du 8 juillet 2011 concernant la présentation des comptes de l'assurance-maladie sociale et les comptes annuels relevant des nouvelles dispositions légales sur la surveillance).

Lors de l'analyse des rapports de gestion 2013 des assureurs-maladie, nous avons constaté des différences entre nos exigences et la qualité et/ou l'exhaustivité des informations transmises. En nous référant au devoir d'information des assureurs-maladie quant à leur activité, nous attendons que les standards minimums soient appliqués par tous les assureurs-maladie :

- selon les Swiss GAAP RPC 41 le rapport de gestion doit contenir **les comptes statutaires individuels** avec les cinq parties : le bilan, le compte de résultat, le tableau de flux de trésorerie, le tableau de variation des fonds propres et l'annexe (y c. le compte de résultat sectoriel et l'attestation de contrôle signée par l'organe de révision).
- selon l'art. 28b al. 2 OAMal le rapport de gestion contient au minimum les chiffres-clés pour **chaque assureur-maladie individuellement**. Des indicateurs supplémentaires sont souhaités, tels que des chiffres-clés par branches d'assurance, diagrammes et autres chiffres-clés relatifs à chaque assureur individuel.

En vous remerciant pour l'agréable collaboration en 2014 et en vous présentant tous nos vœux pour la nouvelle année, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos meilleures salutations.

Division Surveillance de l'assurance  
La responsable



Helga Portmann