

Annexe 1 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)

Prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de certaines prestations fournies par les médecins

est modifiée comme suit:

1.1 Chirurgie générale et divers

Mesures	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Liposuction pour le traitement des douleurs en cas de lipœdème	Oui	En cours d'évaluation Si les douleurs liées au lipœdème répondent insuffisamment à des thérapies conservatrices intensives et documentées (traitement compressif conséquent, traitement par drainage lymphatique manuel) durant au moins 12 mois. Prise en charge des coûts uniquement sur garantie préalable spéciale de l'assureur, qui tient compte de la recommandation du médecin-conseil. Pose de l'indication interdisciplinaire par au moins deux médecins spécialisés issus des disciplines suivantes : angiologie, chirurgie plastique reconstructive et esthétique, endocrinologie/diabétologie, dermatologie. Réalisation par un médecin spécialisé au bénéfice d'une connaissance approfondie des techniques de liposuction.	1.7.2021/ 1.1.2025 jusqu'au 31.12.2025 31.12.2026

1.6 Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique

Mesures	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Transplantation de graisse autologue pour la reconstruction mammaire post-opératoire	Oui	En cours d'évaluation Comme mesure complémentaire à la mesure «Reconstruction mammaire»	1.7.2018/ 1.7.2023/ 1.1.2024/ 1.7.2024/

¹ Pas publiée dans le RO.

Mesures	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		Par des spécialistes en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique. Maximum trois séances et pas de traitement ultérieur incluant une transplantation de graisse autologue.	1.1.2025 jusqu'au 31.12.2024

2.1 Médecine interne générale et divers

Mesures	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Hépatico-gastrostomie ou pancréatico-gastrostomie par écho-endoscopie (EUS-HGS/PGS)	Oui		1.1.2025
Photophérese extracorporelle	Oui	En cours d'évaluation En cas de syndrome de bronchiolite oblitérante après une transplantation pulmonaire, lorsque l'augmentation de l'immunosuppression ou la tentative de traitement par macrolides ont échoué.	1.1.2009/ 1.8.2016/ 1.1.2020/ 1.1.2022 jusqu'au 31.12.2024 31.12.2025

2.5 Oncologie et hématologie

Mesures	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Thérapie par lymphocytes CAR-T (CAR = récepteur antigénique chimérique) avec/chez:		La thérapie comprend le complexe thérapeutique suivant: le prélèvement de lymphocytes T autologues (aphérèse), leur modification génétique et leur expansion ex vivo, les éventuelles préthérapies de lymphodéplétion, la perfusion des lymphocytes CAR-T ainsi que le traitement des éventuels effets secondaires spécifiques à ces lymphocytes. Réalisation dans les centres accrédités par « <i>The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)</i> » selon les normes éditées par JACIE et la « <i>Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)</i> »: « <i>FACT-JACIE International Standards for hematopoietic Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration</i> », 6.1 ^e édition de février 2017, 7 ^e édition de mars 2018, 8 ^e édition de mai 2021 ou 8.1 ^e édition de décembre 2021 ² . Tous les cas doivent être saisis dans un registre. Si la thérapie doit être effectuée dans un centre qui n'est pas reconnu conformément aux exigences susmentionnées, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui	1.1.2020/ 1.1.2022/ 1.7.2024

2

Les documents peuvent être consultés à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

Mesures	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		prend en compte la recommandation du médecin-conseil.	
<p>- Tisagenlecleucel:</p> <p>En cas de lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB, selon la classification 2008 des néoplasies hématopoïétiques et lymphoïdes de l'OMS) en rechute ou réfractaire à la thérapie, après au moins deux lignes de traitement.</p> <p>Chez les patients pédiatriques et les jeunes adultes jusqu'à l'âge de 25 ans présentant une leucémie aiguë lymphoblastique à cellules B (LAL à cellules B), qui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - est réfractaire, - a récidivé après une transplantation autologue de cellules souches, ou qui - a récidivé après deux ou plus lignes de traitement. 	Oui	<p>En cours d'évaluation</p> <p>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.</p>	<p>1.1.2020/ 1.1.2023/ 1.1.2024/ 1.1.2025 jusqu'au 31.12.2025</p>
<p>- Axicabtagène ciloleucel:</p> <p>En cas de lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB, selon la classification 2008 des néoplasies hématopoïétiques et lymphoïdes de l'OMS) en rechute ou réfractaire à la thérapie ou de lymphome médiastinal primitif à cellules B (LBPM), après au moins deux lignes de traitement</p>	Oui	<p>En cours d'évaluation</p> <p>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.</p>	<p>1.1.2020/ 1.1.2023/ 1.1.2024/ 1.1.2025 jusqu'au 31.12.2025</p>
<p>- Axicabtagène ciloleucel:</p> <p>En cas de Lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) ou lymphome à cellules B de haut grade (LBHG) réfractaire au traitement de première ligne ou en rechute dans les 12 mois suivant le traitement de première ligne</p>	Oui	<p>En cours d'évaluation</p> <p>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.</p>	<p>1.1.2025 jusqu'au 31.12.2027</p>
<p>- Lisocabtagène maraleucel:</p> <p>En cas de Lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB), lymphome à cellules B de haut grade (LBHG) ou lymphome médiastinal primitif à grandes cellules B (LMPGB), réfractaire au traitement de première ligne ou en rechute dans les 12 mois suivant le traitement de première ligne</p>	Oui	<p>En cours d'évaluation</p> <p>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.</p>	<p>1.1.2025 jusqu'au 31.12.2027</p>

Mesures	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
- Brexucabtagène autoleuclé : Chez les adultes avec leucémie lymphoblastique aiguë à précurseurs des cellules B (leucémie lymphoblastique aiguë, LLA) en rechute ou réfractaire après au moins deux lignes de traitement systémique	Oui	En cours d'évaluation Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.	1.1.2025 jusqu'au 30.06.2027

9.2 Radiologie interventionnelle

Mesures	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Embolisation des artères prostatiques en cas d'hyperplasie bénigne symptomatique de la prostate	Oui	En cours d'évaluation Chez les patients présentant des troubles obstructifs modérés à sévères (IPSS > 8, QoL > 3) en cas d'hyperplasie de la prostate > 30-50 ml et répondant à au moins un des critères suivants: <ul style="list-style-type: none"> - après une tentative infructueuse de traitement médicamenteux ou une intolérance aux médicaments, ou - rétention urinaire chronique sans limite de volume prostatique, ou - préoccupations quant à une éjaculation rétrograde, une dysfonction érectile ou une incontinence urinaire, ou - si une opération est contre-indiquée en raison de l'âge, de comorbidités multiples ou de coagulopathies, ou - si le patient refuse une opération. Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.	1.7.2022/ jusqu'au 31.12.2024 1.1.2025 jusqu'au 31.12.2025

9.4 Médecine nucléaire

Mesures	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Tomographie par émission de positrons (TEP/TC, TEP/RM) en cas de syndrome parkinsonien, avec F-18 dihydroxyphenylalanine (DOPA)	Oui	Pose de l'indication et prescription par un spécialiste en neurologie.	1.7.2024
Tomographie par émission de positrons (TEP/TC, TEP/RM) en cas de carcinome de la prostate, avec traceur PSMA, p. ex. F-18 PSMA	Oui	Pour les indications suivantes: — en cas de carcinome de la prostate de risque intermédiaire — en cas de récurrence biochimique (ascension du PSA) — pour la sélection des patients en vue d'un traitement par PSMA pour l'évaluation de la réponse thérapeutique sous ou après traitement par PSMA	— 1.7.2023/ 1.7.2024
Tomographie par émission de positrons (TEP/TC, TEP/RM) sans diagnostic de démence	Oui	Produits radiopharmaceutiques indications et questionnements conformes aux directives cliniques de la SSMN du 1^{er} juillet 2023 1 ^{er} juillet 2024 ³ Les produits radiopharmaceutiques utilisés doivent disposer d'une autorisation valable. Dans des centres qui satisfont aux directives administratives du 1 ^{er} mars 2021 ⁴ de la Société suisse de médecine nucléaire (SSMN).	1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/ 1.1.2001/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.8.2006/ 1.1.2009/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2016/ 1.7.2018/ 1.1.2019/ 1.3.2019/ 1.4.2020/ 1.1.2021/ 1.7.2021/ 1.1.2022/ 1.7.2022/ 1.7.2023/ 1.1.2025

³ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

⁴ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref