

Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)

Modifications prévues pour le 1^{er} août 2009 (autres modifications) et pour le 1^{er} juillet 2010 (financement des soins)

Commentaire et teneur des modifications

Berne, le 10 juin 2009

Table des matières

Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)

I. Financement des soins

1	Introduction	3
11	Rappel des faits	3
12	Révision de l'ordonnance	3
2	Dispositions	4
21	Prestations générales (art. 33)	4
22	Tarifs-cadre (art. 59a)	4

II. Autres modifications

1	Introduction	5
2	Dispositions	5
21	Projets pilotes pour la prise en charge de prestations à l'étranger, prolongation de la durée du projet (art. 36a)	5
211	Contexte	5
212	Dispositions	6
22	Physiothérapeutes (art. 47)	6
23	Organisations de physiothérapie (art. 52a)	6
231	Contexte	6
232	Bases légales	7
233	Disposition	7
24	Ordre des réductions de primes (art. 90b)	7

III. Annexe 1

I. Financement des soins

1 Introduction

11 Rappel des faits

Les Chambres fédérales ont adopté, le 13 juin 2008, la révision de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) pour le domaine du financement des soins (FF 2008 4751). Cette révision a pour effet que les ordonnances touchées par les modifications adoptées doivent elles aussi être adaptées. Elles sont au nombre de deux: l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102) et l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS; RS 832.112.31). Le règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants (RAVS; RS 831.101) doit être adapté notamment par rapport à la définition des homes.

La fixation de la date d'entrée en vigueur de la loi sur le nouveau régime de financement des soins (ci-après: la loi) est de la compétence du Conseil fédéral. L'entrée en vigueur est prévue au 1er juillet 2010.

Le nouveau régime de financement des soins prévoit le versement, par l'assurance obligatoire des soins, d'une contribution en francs qui varie en fonction du besoin en soins. Les montants sont fixés par le Conseil fédéral et sont définis uniformément au niveau national. Ces contributions concernent uniquement les prestations de soins au sens de l'art. 25a, al. 1, LAMal, les frais de pension et d'encadrement devant être assumés comme aujourd'hui par les personnes nécessitant les soins, subsidiairement par les prestations complémentaires (PC) sous condition de ressources. Les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales sont financés par les personnes assurées jusqu'à concurrence d'un montant correspondant au max. au 20% de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral (art. 25a, al. 5, LAMal). Dans la notion d'"assurances sociales" sont comprises essentiellement les prestations de l'assurance obligatoire des soins. Lors des débats parlementaires il n'a, dans ce contexte, jamais été question des prestations complémentaires et elles n'entrent pas dans cette notion. En ce qui concerne les allocations pour impotents, qui, potentiellement, pourraient être incluses, il n'y avait pas, dans le cadre des discussions parlementaires, de consensus quant à leur prise en compte. Du fait que les allocations pour impotents ne représentent pas une prestation en espèces destinée à des fins spécifiques, on peut en déduire que celles-ci n'entrent pas non plus dans la notion d'"assurances sociales". Les assurés, outre à leur participation aux coûts des soins, sont tenus de s'acquitter, aussi sur le montant prévu pour les soins, de la participation aux coûts prévue à l'art. 64 LAMal. Les cantons doivent ensuite régler le financement résiduel. Compte tenu de la date d'entrée en vigueur du financement des soins prévue, les cantons sont invités à élaborer, aussi rapidement que possible, les dispositions d'exécutions cantonales nécessaires.

12 Révision de l'ordonnance

Selon l'art. 25a, al. 1, de la loi, l'assurance obligatoire des soins est tenue de fournir une contribution aux soins dispensés, sous forme ambulatoire, sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré.

Le Conseil fédéral désigne les soins et définit la procédure d'évaluation des besoins en soins. Il fixe également le montant des contributions en francs en fonction des besoins ainsi que les modalités d'un contrôle de qualité.

La loi fédérale urgente du 8 octobre 2004 (Tarifs des soins; RO 2004 4375) a introduit dans la LAMal une disposition transitoire prévoyant le gel des tarifs des soins en empêchant ainsi un dépassement des tarifs-cadre. En prévision du nouveau régime de financement des soins la validité de cette loi a été limitée jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau régime, mais au plus tard jusqu'au 31 décembre 2006. La validité de la loi urgente a ensuite été prolongée jusqu'au 31 décembre 2008 (RO 2006 5767). Même si la date prévue pour l'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins ne fait pas directement suite à l'échéance de la validité de la loi urgente, une prorogation du gel des tarifs-cadres n'est pas jugée comme absolument nécessaire et n'est de ce fait pas prévue. En effet, les dispositions concernant les tarifs-cadre, applicables à l'heure actuelle, le restent même après

l'échéance de la loi urgente. Par conséquent, les tarifs-cadre ne peuvent être dépassés qu'aux conditions données par l'art 9a OPAS.

Toutefois, l'entrée en vigueur de la loi rendra le système des tarifs-cadre caduc. Par conséquent, les dispositions pertinentes devront être abrogées à ce moment là.

2 Dispositions

21 Prestations générales (art. 33)

L'art. 33 OAMal énumère les compétences, concernant la désignation des prestations, que le Conseil fédéral délègue au département. Avec le nouveau régime de financement des soins, les règles concernant les prestations de soins sont nouvellement structurées au niveau de la loi. L'art. 25 LAMal décrit les prestations générales en cas de maladie, selon l'art. 33, al. 2, le Conseil fédéral désigne en détail les prestations qui ne sont pas fournies par un médecin ou un chiropraticien. Le nouvel art. 25a de la loi règle la question de la prise en charge des coûts des prestations de soins au sens strict et, de ce fait, délègue des compétences exécutives supplémentaires au Conseil fédéral. Par conséquent, une délégation de ces compétences au département nécessite une adaptation conforme de l'art. 33 OAMal.

À la lettre b, le Conseil fédéral délègue au département la compétence de désigner les prestations visées à l'art. 25, al. 2, LAMal, qui ne sont pas fournies par des médecins ou des chiropraticiens. Dans le domaine des soins, le département a déjà utilisé cette compétence à l'art. 7 OPAS. En raison du complément apporté par l'art. 25a, al. 3, de la loi, la lettre b doit être précisée afin d'explicitier que le département a, en référence à cet article, aussi la compétence de désigner les prestations au sens de l'art. 25a, al. 1 et 2.

Il faut encore ajouter une lettre h selon laquelle la compétence de définir la procédure d'évaluation des soins requis au sens de l'art. 25a, al. 3, de la loi est explicitement déléguée au département. Les art. 8 et 9 OPAS prévoient déjà des dispositions pour, en particulier, imposer un échelonnement par niveaux de besoin en soins.

De par la nouvelle lettre i, le département se voit en outre attribuer la compétence, en vertu de l'art 25a, al. 1 et 4, de la loi, de fixer les montants, en francs, des contributions des prestations de soins différenciés en fonction du besoin en soins.

Le département a, par conséquent, également la compétence de procéder aux éventuelles adaptations nécessaires au sens de l'al. 1 des dispositions transitoires prévues par la loi.

22 Tarifs-cadre (art. 59a)

Jusqu'à présent, selon l'art. 59a OAMal le département a la compétence d'édicter des tarifs-cadre applicables aux prestations de soins. Avec l'entrée en vigueur de la loi, l'abrogation de l'art. 104a LAMal et l'introduction de la solution des contributions pour les prestations de soins, la nécessité de fixer des tarifs-cadre disparaît. Cet article doit, par conséquent, être abrogé.

La question du financement résiduel, respectivement de la fixation des taxes maximales pour les soins (base: 100% des frais de soins) doit être réglée dans les dispositions cantonales.

En ce qui concerne le financement résiduel, par les cantons, de séjours dans un établissement médico-social situé hors du canton de résidence, il doit être réglé par les dispositions cantonales en tenant compte des dispositions du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC; RS 210) relatives au domicile ainsi qu'à la jurisprudence récente y relative.

La prise en charge des coûts des soins est ainsi répartie entre l'assurance-maladie, à hauteur des montants prévus à l'art. 7a OPAS, l'assuré, à hauteur du 20% de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral et le canton de résidence pour le reste.

Les frais payés au titre de participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal sont remboursés par le canton aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle (art. 14, al. 1, let. g, de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC; RS 831.30)).

Concernant la prise en charge des coûts des soins imputée à l'assuré, à savoir le 20% de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral, celle-ci peut être, par année, au maximum égale à 365 x le 20% de la contribution maximale (voir Annexe 1). A ne pas oublier le fait que la part de l'assuré ne

peut lui être imputée que dans le cas où les coûts des soins fournis ne sont pas entièrement couverts par les montants prévus dans l'OPAS.

II. Autres modifications

1 Introduction

Indépendamment de la révision liée au financement des soins, présentée ci-dessus, d'ultérieures modifications ont été apportées à l'OAMal. Elles concernent la prolongation de la durée des projets pilotes visant la prise en charge des coûts de prestations fournies à l'étranger (art. 36a), les physiothérapeutes (art. 47), les organisations de physiothérapie (art. 52a), ainsi que des adaptations d'ordre technique (art. 90b).

2 Dispositions

21 Projets pilotes pour la prise en charge de prestations à l'étranger, prolongation de la durée du projet (art. 36a)

211 Contexte

Le 26 avril 2006, dans le cadre d'une révision de l'OAMal, le Conseil fédéral a décidé d'assouplir, de manière contrôlée, le principe de territorialité dans l'assurance-maladie. L'art. 36a OAMal permet au Département fédéral de l'intérieur (DFI) d'autoriser des projets pilotes prévoyant une prise en charge des prestations qui sont fournies dans des zones frontalières à des assurés domiciliés en Suisse. Les projets sont présentés conjointement par un ou plusieurs cantons et un ou plusieurs assureurs. La durée de validité de ces projets est limitée au 31 décembre 2009. Chaque projet pilote fait l'objet d'un suivi scientifique. Cette disposition est entrée en vigueur le 10 mai 2006.

Lors de l'adoption de l'art. 36a OAMal, le Conseil fédéral a également arrêté la décision suivante : « Le DFI est autorisé à proposer au Parlement, dans le cadre des délibérations en cours relatives aux révisions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), l'insertion d'une base légale prévoyant la possibilité de procéder à des projets pilotes concernant l'assouplissement du principe de la territorialité. ». Sur la base de cette décision, un projet a été soumis au Parlement pour un nouvel art. 34, al. 3, LAMal, permettant au Conseil fédéral de prévoir une prise en charge des coûts des prestations fournies à l'étranger dans le cadre de projets pilotes limités dans le temps. Cette proposition a été intégrée au volet Managed Care (04.062) du projet de révision de la LAMal. Le Conseil des Etats en a débattu lors de la session d'hiver 2006 et il a adopté le nouvel article 34, alinéa 3, LAMal le 5 décembre 2006. Cette disposition n'a toutefois pas encore été discutée par le Conseil national.

Le premier projet pilote qui a débuté le 1^{er} janvier 2007 concerne la région frontière des cantons de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne et du district de Lörrach. Il est ouvert aux personnes qui ont conclu leur assurance obligatoire des soins auprès d'un assureur participant au projet et qui résident dans le canton de Bâle-Ville ou de Bâle-Campagne. Ce projet contient une liste des fournisseurs de prestations étrangers et des prestations fournies dans le district de Lörrach. Le suivi scientifique est assuré par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan). Il ressort du rapport intermédiaire relatif à la première année du projet que, jusqu'à présent, seules quelques personnes sont allées se faire soigner en Allemagne. La plupart des participants au projet le qualifient toutefois de positif. Le projet permet également aux assurés allemands de la région de Lörrach de se faire soigner dans les hôpitaux des cantons de Bâle-Ville et Bâle-Campagne.

Un deuxième projet concernant le canton de St-Gall et la Principauté du Liechtenstein a été autorisé au 1^{er} janvier 2008. Les assurés qui ont conclu l'assurance obligatoire des soins auprès d'un assureur participant au projet et domiciliés dans le canton de St-Gall peuvent également se faire soigner à l'hôpital de Vaduz. Inversement, les assurés de la Principauté peuvent se faire soigner dans les hôpitaux du canton de St-Gall, et ce depuis plusieurs années déjà.

Conformément à l'actuelle disposition ancrée dans l'ordonnance, la durée de validité du projet est limitée au 31 décembre 2009 (art. 36a, al. 3, let. a, OAMal). Cela signifie que les projets en cours devraient se terminer à fin 2009. Le projet pilote de Bâle n'aurait ainsi duré que trois ans en tout et

celui de St-Gall deux ans. Les projets pilotes existants ne pourraient donc se poursuivre que pour un laps de temps relativement court.

Les projets pilotes doivent servir à élaborer des bases décisionnelles pour déterminer définitivement dans quelle mesure le principe de territorialité inscrit dans l'assurance-maladie doit être assoupli et inscrit en droit ordinaire. Si l'on veut atteindre ce but, on a besoin de suffisamment de données pour assurer le suivi scientifique. C'est pourquoi les projets pilotes devraient durer au minimum quatre ans, mais avec la possibilité de les interrompre plus tôt, au cas par cas. Il faudrait en outre disposer d'au moins quatre à six projets, répartis autant que possible entre les diverses zones frontalières de Suisse. Partant de l'idée que d'autres cantons seraient intéressés à réaliser un projet de ce genre, mais qu'ils y renoncent compte tenu du fait que la durée en est limitée au 31 décembre 2009, l'Office fédéral de la santé publique a effectué, le 8 mai 2008, un sondage dans ce sens auprès de tous les cantons frontaliers. Ce sondage a révélé que certains d'entre eux mettraient sur pied un projet pilote pour la prise en charge de prestations à l'étranger, pour autant que la durée de validité en soit prolongée.

212 Dispositions

Art. 36a, al. 3, let. a : au vu de ce qui précède, la révision de l'ordonnance prévoit de modifier la limitation dans le temps, ancrée à l'article 36a, alinéa 3, lettre a, OAMal. Étant donné que les projets pilotes n'ont pas tous débuté en même temps et que d'autres seront encore lancés, la disposition proposée vise à fixer à quatre ans la durée de chaque projet pilote, avec possibilité de prolongation unique de quatre ans au plus. Afin que de nouveaux projets pilotes ne puissent pas être déposés sans limitation, de manière à ce que ces derniers puissent être clos et que l'on puisse en tirer les expériences, la disposition doit prévoir que de nouveaux projets pilotes ne peuvent être déposés que jusqu'au 31 décembre 2012.

Disposition transitoire : comme deux projets sont déjà en cours, il y a lieu d'édicter une disposition transitoire selon laquelle l'article 36a, alinéa 3, lettre a, OAMal dans sa nouvelle teneur s'applique également aux projets pilotes déjà existants. Cela signifie que ces deux projets pourront durer 4 ans avec la possibilité de les prolonger de 4 ans au maximum. La durée déjà écoulée au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification est déduite de la durée de quatre ans.

22 Physiothérapeutes (art. 47)

Un physiothérapeute doit, notamment, afin de pouvoir fournir de manière indépendante et facturer à son propre compte des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins, justifier d'une activité de deux ans. Cette activité peut, par exemple, avoir été exercée auprès de physiothérapeutes admis selon l'OAMal (art. 46, al. 1, en lien avec art. 47, al. 1, let. b, OAMal). Les physiothérapeutes actifs dans les organisations de physiothérapie nouvellement créées par cette révision (voire ci-dessous art. 52a) doivent remplir les mêmes conditions que leurs collègues indépendants. De cette manière il est justifié d'admettre l'activité pratique exercée auprès d'une organisation de physiothérapie aux mêmes conditions qu'auprès d'un physiothérapeute indépendant. Pour cette raison, l'art. 47, al. 1, let. b, est complété dans ce sens.

23 Organisations de physiothérapie (art. 52a)

231 Contexte

Dans la pratique, depuis des années, les physiothérapeutes fournissent des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins non seulement dans le cadre d'une activité indépendante mais aussi en tant qu'employés par des physiothérapeutes indépendants. Dans le droit actuel, cela n'est autorisé que dans la mesure où il s'agit d'une activité pratique destinée à obtenir la possibilité d'exercer à leur compte. Dans d'autres catégories de fournisseurs de prestations, des relations de travail sont parfois autorisées en dehors de la formation postgraduée, par exemple pour l'ergothérapie ou les soins. Sur cette base, il est sensé d'adapter les bases légales à la pratique courante et de rejoindre ainsi une proposition de l'Association suisse de physiothérapie (Fisio), devenue physioswiss, allant dans ce même sens.

232 Bases légales

L'art. 35 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) énumère les fournisseurs de prestations admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. La physiothérapie n'est pas expressément mentionnée dans la LAMal. Selon l'art. 35, al. 2, let. e, LAMal, sont admises à pratiquer les personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical ainsi que les organisations qui les emploient. L'art. 38 LAMal accorde au Conseil fédéral la compétence de fixer les exigences que ces personnes et organisations doivent remplir.

233 Disposition

Les organisations de physiothérapie doivent être nouvellement admises en tant que fournisseurs de prestations. De cette manière la pratique courante, selon laquelle les physiothérapeutes employés fournissent des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins, pourra être prise en compte sans pour autant engendrer une augmentation des quantités dans la physiothérapie.

Les organisations de physiothérapie, de manière analogue aux organisations d'ergothérapie, doivent, selon le nouvel art. 52a OAMal, être admises en vertu de la législation du canton dans lequel elles exercent leur activité (let. a); délimiter leur champ d'activité quant au lieu, au temps, aux soins et aux personnes auxquelles elles fournissent leurs prestations (let. b); disposer des équipements nécessaires correspondant à leur champ d'activité (let. d) et participer aux mesures de contrôle de la qualité (art. 77) qui garantissent que leur champ d'activité soit rempli et que des soins adéquats et de bonne qualité soient dispensés (let. e). Par contre, les prestations des organisations de physiothérapie doivent être fournies par des personnes qui remplissent les conditions, nécessaires à l'exercice indépendant de la profession de physiothérapeute, énoncées à l'art. 47 (let. c). On peut partir de l'idée que cela correspond à la pratique évoquée en introduction. En outre, cette formulation est indiquée afin d'éviter une augmentation des quantités et afin d'améliorer la qualité.

24 Ordre des réductions des réductions de primes (art. 90b)

Dans l'arrêt 9C_599/2007 du 18 décembre 2007¹, dans lequel le Tribunal fédéral s'est notamment prononcé sur la question de l'ordre des réductions de primes de l'art. 90b, let. c et d, OAMal, appliqué aux assurances avec franchise à option et choix limité du fournisseur de prestations. La disposition doit être adaptée, sur la base des conclusions de cet arrêt.

Les primes sont échelonnées en premier lieu pour la fixation des primes de l'assurance ordinaire. Il s'agit en l'occurrence de la réglementation des let. a et b, soit des réductions de primes liées aux régions de primes (art. 91, al. 1 et 2) et à l'âge (art. 91, al. 3).

Dans son arrêt, le Tribunal fédéral confirme aussi que la prime ordinaire est celle pour laquelle ces réductions ont été prises en compte.

Le Conseil fédéral voulait régler aux let. c et d de l'art. 90b l'ordre des réductions pour les assurances avec franchise à option (art. 95) et celles avec un choix limité de fournisseurs de prestations (art. 101). Le Tribunal fédéral a cependant jugé à ce propos que la procédure de l'office fédéral, laquelle consiste à calculer la réduction de primes autorisée pour le choix limité de fournisseurs de prestations en pourcentage de la prime déjà réduite en raison du rabais correspondant à la franchise choisie, et non en pourcentage de la prime pour l'assurance ordinaire contrevenait à l'art. 101, al. 3, OAMal.

L'arrêt du Tribunal fédéral ne s'exprime pas sur la let. e de la réduction de primes qui correspond à la suspension de la couverture des accidents (art. 91a). La déduction en pourcentage se réfère, conformément au texte de l'ordonnance, à la prime comprenant l'assurance-accidents (et pas toujours à l'assurance ordinaire, comme c'est le cas dans les formes particulières d'assurance selon les art. 93 à 101).

¹ <http://www.bger.ch/fr/index/jurisdiction/jurisdiction-inherit-template/jurisdiction-recht/jurisdiction-recht-urteile2000.htm>

Comme l'ordre des réductions pour les let. a, b et e est clair et que les let. c et d ne peuvent pas être réglées en raison de l'arrêt du Tribunal fédéral et de la situation légale actuelle, une réglementation portant sur l'ordre des réductions de primes s'avère superflue. L'art. 90*b* doit donc être abrogé.

III. Annexe 1

Exemples de participation aux coûts des patients dans le nouveau régime de financement des soins

Conformément à l'art. 25a, al. 5, LAMal (nouveau), 20% au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral peuvent être imputés à la personne assurée.

Patient soigné dans un établissement médico-social

Exemple 1: Le patient a un besoin en soins de 45 minutes par jour

Taxe de soins du home (supposition):	Fr.	45.00
Montant AOS niveau 3 (Brut)	Fr.	27.00
Reste (non couvert par l'AOS)	Fr.	18.00
Participation aux coûts du patient (max. 20% de Fr. 108.-- = Fr. 21.60)	Fr.	18.00
Financement résiduel (canton)	Fr.	0.00

Exemple 2: Le patient a un besoin en soins supérieur à 300 minutes par jour

Taxe de soins du home (supposition):	Fr.	200.00
Montant AOS niveau 12 (Brut)	Fr.	108.00
Reste (non couvert par l'AOS)	Fr.	92.00
Participation aux coûts du patient (max. 20% de Fr. 108.-- = Fr. 21.60)	Fr.	21.60
Financement résiduel (canton)	Fr.	70.40

Patient à la maison, organisation de soins et d'aide à domicile

Exemple 1: Le patient a un besoin en soins de 20 minutes (10 minutes soins de traitement et 10 minutes soins de base) par jour

Tarif soins à domicile (supposition):	Fr.	35.00
Montant AOS pour 10 min. soins de traitement (Brut)	Fr.	10.90
Montant AOS pour 10 min. soins de base (Brut)	Fr.	9.10
Reste (non couvert par l'AOS)	Fr.	15.00
Participation aux coûts du patient (max. 20% de Fr. 79.80 = Fr. 15.95)	Fr.	15.00
Financement résiduel (canton)	Fr.	0.00

Exemple 2: Le patient a un besoin en soins de 80 minutes (20 minutes soins de traitement et 60 minutes soins de base) par jour

Tarif soins à domicile (supposition):	Fr.	140.00
Montant AOS pour 20 min. soins de traitement (Brut)	Fr.	21.80
Montant AOS pour 60 min. soins de base (Brut)	Fr.	54.60
Reste (non couvert par l'AOS)	Fr.	63.60
Participation aux coûts du patient (max. 20% de Fr. 79.80 = Fr. 15.95)	Fr.	15.95
Financement résiduel (canton)	Fr.	47.65