



# Réponses aux questions les plus fréquentes sur la modification de la rémunération du matériel de soins au 1<sup>er</sup> octobre 2021

## Questions fréquentes

---

Date : **4 juillet 2022**

---

### 1. Où est réglé le financement des moyens et des appareils ?

*Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal):*

Art. 25, al. 2, let. b ; art. 25a, al. 1, deuxième phrase, et al. 2, troisième phrase ; art. 52, al. 1, let. a, ch. 3, et al. 3, deuxième et troisième phrase ; dispositions transitoires relatives à la modification du 18 décembre 2020 (rémunération du matériel de soins).

*Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal):*

Art. 33, let. e ; art. 37a, let. B ; art. 37f, art. 55.

*Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), chapitre 6:*

Moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques (art. 20 à 24) et annexe 2 (liste des moyens et appareils [LiMA]).

### 2. Qu'est-ce qu'un montant maximal de remboursement (MMR) ?

Le montant maximal de remboursement inscrit dans la LiMA marque la limite de ce que rémunèrent les assureurs au titre de l'assurance obligatoire des soins (AOS).

**C'est le prix réel, TVA comprise qui est déterminant pour la facturation.**

**Si la rubrique "Quantité / Unité" contient une indication "Forfait" ou "par an", il peut s'agir de positions qui contiennent différents produits individuels. Pour ces positions, les produits (le plus souvent des consommables) sont nécessaires dans des quantités différentes selon une certaine régularité. Le MMR correspondant est donc indiqué sous la forme d'un montant forfaitaire. Ce MMR ne représente pas une rémunération forfaitaire dans l'unité de temps correspondante (par exemple "par/jour", "par/mois", "par an"), mais correspond à la prise en charge maximale des coûts des matériaux effectivement utilisés. Les matériaux utilisés doivent être facturés au prix effectif.**

#### Informations complémentaires :

Fiches d'information et newsletter des fédérations de prestataires de soins

Office fédéral de la santé publique, unité de direction Assurance maladie et accidents, section Analyses, moyens et appareils, EAMGK-MiGeL-Sekretariat@bag.admin.ch, www.bag.admin.ch

Cette publication est également disponible en allemand et en italien.

### **3. Que comprend la catégorie A?**

La catégorie A renvoie aux consommables simples en lien direct avec les prestations de soins ainsi qu'aux moyens et appareils utilisés de manière répétée pour différents patients.

### **4. Que comprend la catégorie B?**

La catégorie B regroupe les moyens et appareils utilisés par l'assuré lui-même, avec l'aide d'un intervenant non professionnel impliqué dans l'examen ou le traitement, ou dans le cadre de prestations de soins fournies par des infirmiers exerçant à titre indépendant, des organisations d'aide et de soins à domicile ou des établissements médico-sociaux (EMS).

### **5. Que comprend la catégorie C?**

La catégorie C renvoie aux moyens et appareils qui ne peuvent être utilisés que dans le cadre de prestations fournies par des infirmiers exerçant à titre indépendant, des organisations d'aide et de soins à domicile ou des EMS.

### **6. Quand faut-il appliquer le MMR utilisation personnelle?**

Le MMR utilisation personnelle s'applique aux moyens et appareils de la catégorie B qui peuvent être utilisés par l'assuré lui-même, avec l'aide d'un intervenant non professionnel impliqué dans l'examen ou le traitement, ou dans le cadre de prestations de soins fournies par des infirmiers exerçant à titre indépendant, des organisations d'aide et de soins à domicile ou des EMS. Dans ce cas, le produit n'est pas facturé par les infirmiers exerçant à titre indépendant ou les organisations d'aide et de soins à domicile. Le MMR utilisation personnelle ne s'applique pas si le produit est utilisé durant le séjour de l'assuré en EMS.

### **7. Quand faut-il appliquer le MMR soins réduit?**

Le MMR soins s'applique si les moyens et appareils sont utilisés durant le séjour de l'assuré en EMS ou s'ils sont facturés par des infirmiers exerçant à titre indépendant ou des organisations d'aide et de soins à domicile.

### **8. Quel MMR faut-il appliquer si un produit est facturé par un pharmacien, un médecin ou un autre centre de remise (hormis le personnel soignant ou les organisations d'aide et de soins à domicile)?**

Dans ces cas, il convient d'appliquer le MMR utilisation personnelle, si

- le produit est utilisé soit par l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel impliqué dans l'examen ou le traitement, soit dans le cadre de prestations de soins fournies par des infirmiers exerçant à titre indépendant, des organisations d'aide et de soins à domicile;
- la personne assurée ne séjourne pas en EMS.

Si la personne assurée séjourne en EMS, le MMR soins s'applique.

### **9. Comment se déroule le remboursement des moyens et appareils utilisés dans le cadre d'un traitement médical ambulatoire?**

Les moyens et appareils utilisés dans le cadre d'un traitement médical ambulatoire sont remboursés selon les conventions tarifaires pour ces fournisseurs de prestations et les assureurs.

#### **Informations complémentaires :**

Fiches d'information et newsletter des fédérations de prestataires de soins

Office fédéral de la santé publique, unité de direction Assurance maladie et accidents, section Analyses, moyens et appareils, EAMGK-MiGeL-Sekretariat@bag.admin.ch, www.bag.admin.ch

Cette publication est également disponible en allemand et en italien.

**10. Une ordonnance médicale spécifique est-elle nécessaire pour la prise en charge du matériel de soins?**

Une ordonnance médicale spécifique n'est pas nécessaire pour le remboursement des produits inscrits dans la catégorie A. Elle est nécessaire pour la rémunération du matériel de soins des catégories B et C. Une ordonnance médicale pour les prestations de soins ne suffit pas.

**11. Quel MMR faut-il utiliser si les moyens et appareils pour les assurés ne séjournant pas en EMS sont facturés à la fois par des infirmiers exerçant à titre indépendant ou des organisations d'aide et de soins à domicile et par un autre centre de remise?**

Plusieurs MMR annuels s'appliquent déjà actuellement à certains moyens et appareils (p. ex. aides pour l'incontinence) en fonction de la situation (p. ex. degré d'incontinence). Par conséquent, la rémunération annuelle maximale doit déjà être calculée au prorata, par exemple si le degré d'incontinence change en cours d'année. Il est aussi nécessaire de calculer le MMR annuel au prorata en cas de facturation au cours de la même année sur la base du MMR utilisation personnelle et du MMR soins.

**12. Les infirmiers, les organisations d'aide et de soins à domicile et les EMS peuvent-ils facturer les moyens et appareils utilisés dans le cadre de prestations fournies par du personnel infirmier sans contrat de remise avec l'assurance (selon l'art. 55 OAMal)?**

Un contrat de remise n'est pas nécessaire si les moyens et appareils sont utilisés par du personnel infirmier dans le cadre de prestations de soins prescrites médicalement. Toutefois, un contrat de remise est nécessaire si les produits sont utilisés par l'assuré lui-même avec ou sans l'aide d'un intervenant non professionnel impliqué dans l'examen ou le traitement.

**13. Quel prix peut-on demander pour du matériel de soins?**

À notre avis, les EMS et les organisations d'aide et de soins à domicile peuvent facturer le prix effectif, c'est-à-dire le prix d'achat (qui peut comprendre un rabais), auquel ils ajoutent les coûts de logistique, de stockage et d'administration. Ces coûts varient selon les rabais accordés, l'organisation, le volume, etc. Ils doivent être contrôlés et justifiés dans la comptabilité analytique. Comme pour le prix public concernant les centres de remise, les EMS et les organisations d'aide et de soins à domicile sont tenus de répercuter aux patients ou à leur assureur-maladie les avantages qu'ils perçoivent (art. 56, al. 3, LAMal). En vertu de l'obligation de transparence prévue dans la loi révisée sur les produits thérapeutiques, les autorités peuvent désormais contrôler le respect de l'obligation de répercuter les avantages reçus (art. 56 loi sur les produits thérapeutiques [LPTh]). En outre, ces coûts de logistique, de stockage et d'administration ne peuvent pas être facturés une seconde fois d'une autre manière.

Toutefois, en conformité avec le calcul du MMR soins, les conseils aux assurés ne devront pas être inclus dans le prix.

La Commission fédérale des analyses, moyens et appareils (CFAMA) était chargée d'estimer la réduction par rapport au MMR utilisation personnelle pour déterminer le MMR soins et faire une recommandation au Département fédéral de l'intérieur (DFI) pour permettre à celui-ci de prendre une décision définitive sur le MMR soins. À cette fin, l'OFSP a commandé une étude dans laquelle les experts ont fondé la réduction sur les principes suivants : si les moyens et appareils sont remis par du personnel infirmier, les coûts sont moins élevés. D'une part, en raison de la structure d'acquisition plus favorable, et, d'autre part, parce que certains éléments des prestations (p. ex. les conseils aux assurés) ne sont pas inclus dans le MMR lorsqu'ils sont utilisés par le personnel soignant ou qu'ils peuvent être facturés via d'autres systèmes tarifaires. Le MMR soins a été fixé de manière à ce que la rémunération couvre juste les coûts.

**Informations complémentaires :**

Fiches d'information et newsletter des fédérations de prestataires de soins

Office fédéral de la santé publique, unité de direction Assurance maladie et accidents, section Analyses, moyens et appareils, EAMGK-MiGeL-Sekretariat@bag.admin.ch, www.bag.admin.ch

Cette publication est également disponible en allemand et en italien.

#### **14. Quand les produits demandés peuvent-ils être facturés conformément à la LiMA?**

Après le dépôt de la demande, l'OFSP vérifie si le dossier est complet. Si ce n'est pas le cas, le demandeur est invité à fournir des informations complémentaires. Si cela est jugé nécessaire, l'OFSP peut entreprendre d'autres démarches pour compléter le dossier, à savoir par exemple des consultations d'experts ou des recherches bibliographiques supplémentaires. Une fois le dossier complet et traité par l'OFSP, il est soumis à la sous-commission Moyens et appareils de la Commission fédérale des analyses, moyens et appareils (CFAMA ; art. 37f, al. 1, OAMal). Cette dernière évalue le respect des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (art. 32, al. 1, LAMal) avant d'émettre une recommandation à l'intention du DFI. Si des informations supplémentaires sont nécessaires, la sous-commission renvoie la demande à l'OFSP ou au demandeur pour un traitement ultérieur.

La recommandation de la sous-commission Moyens et appareils de la CFAMA fait l'objet d'une consultation des offices. Ensuite, les retours de la consultation des offices sont envoyés au DFI avec la recommandation de la sous-commission de la CFAMA. Le DFI décide des modifications de la LiMA sur la base de ces documents.

Il faut compter environ quatre mois entre la recommandation de la sous-commission de la CFAMA et la décision du DFI. Ensuite, les modifications sont publiées sur le site Internet de l'OFSP, et le demandeur est informé. Nous vous recommandons de vous abonner à la [newsletter sur les prestations de l'assurance maladie](#) pour recevoir régulièrement des informations sur les changements en matière de remboursement. Les modifications concernant le remboursement du matériel de soins devraient être publiées en septembre.

#### **15. Comment se déroule la facturation lorsqu'une institution est à la fois un centre de remise et une organisation d'aide et de soins à domicile?**

Si une institution souhaite facturer des prestations en tant que centre de remise, elle a besoin, en complément de l'admission en tant qu'organisation d'aide et de soins à domicile conformément à l'art. 51 OAMal, d'être admise en tant que centre de remise de moyens et d'appareils conformément à l'art. 55 OAMal et ainsi d'avoir conclu un contrat de remise avec les assureurs. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les cantons sont responsables de délivrer les admissions à pratiquer à la charge de l'AOS aux (nouveaux) fournisseurs de prestations ambulatoires. SASIS SA continue d'attribuer le numéro du registre des codes-créanciers (n° RCC).

Une institution exerce en tant qu'organisation d'aide et de soins à domicile pour les personnes assurées pour lesquelles elle fournit ou facture des prestations listées à l'art. 7, al. 2, OPAS, et doit ainsi appliquer le MMR soins pour le financement des moyens et appareils, conformément à la nouvelle disposition de l'art. 24, al. 2, let. b, OPAS, comme toute autre organisation d'aide et de soins à domicile. En revanche, si elle exerce en tant que centre de remise conformément à l'art. 55 OAMal, respectivement qu'elle ne fournit ou facture aucune prestation de soins à la personne assurée conformément à l'art. 7 OPAS, le MMR utilisation personnelle s'applique. De la même manière, l'institution doit respecter la disposition indiquée à l'art. 24, al. 2, let. a, OPAS, selon laquelle le MMR soins s'applique toujours à la rémunération des moyens et appareils durant le séjour de la personne assurée dans un EMS.

S'appuyant sur l'art. 52, al. 3, troisième phrase, LAMal, l'art. 24, al. 6, OPAS prévoit que les assureurs peuvent convenir de tarifs au sens de l'art. 46 LAMal avec les EMS, les organisations d'aide et de soins à domicile ou les infirmiers pour la rémunération des moyens et appareils figurant dans la liste. Ces fournisseurs de prestations sont ainsi libres de conclure notamment des conventions tarifaires pour rémunérer de manière forfaitaire le matériel de soins. Au sens de l'art. 46, al. 4, LAMal, ces conventions tarifaires doivent être conformes à la loi et à l'équité et satisfaire au principe d'économie. L'autorité d'approbation doit contrôler ce point. Cela signifie que ces conventions prévoient également l'utilisation de contributions

#### **Informations complémentaires :**

Fiches d'information et newsletter des fédérations de prestataires de soins

Office fédéral de la santé publique, unité de direction Assurance maladie et accidents, section Analyses, moyens et appareils, EAMGK-MiGeL-Sekretariat@bag.admin.ch, www.bag.admin.ch

Cette publication est également disponible en allemand et en italien.

réduites pour les situations décrites à l'art. 24, al. 2, OPAS et doivent tenir compte des réductions prévues dans la LiMA du MMR soins par rapport au MMR utilisation personnelle.

**Informations complémentaires :**

Fiches d'information et newsletter des fédérations de prestataires de soins

Office fédéral de la santé publique, unité de direction Assurance maladie et accidents, section Analyses, moyens et appareils, EAMGK-MiGeL-Sekretariat@bag.admin.ch, www.bag.admin.ch

Cette publication est également disponible en allemand et en italien.