

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 four- nies par les médecins

est modifiée comme suit:

1.4 Chirurgie de la colonne vertébrale

Mesures	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Cimentation (vertébroplastie, cy- phoplastie) pour le traitement des fractures vertébrales ostéoporo- tiques	Oui	En cas de fracture vertébrale ostéoporotique, lorsqu'une thérapie conservatrice de la douleur ne per- met pas ou ne devrait pas permettre de soulager suffi- samment la douleur pour assurer la mobilisation, con- formément aux lignes directrices ² du 12 juin 2023 de la Société suisse de chirurgie du rachis, de la Société suisse de neurochirurgie (SSNC), de la Société suisse de neuroradiologie et de la Société suisse d'orthopé- die et de traumatologie de l'appareil locomoteur (SO) concernant le traitement chirurgical des fractures ver- tébrales ostéoporotiques Indications interdisciplinaires par un <i>spine board</i> , com- posé d'un spécialiste en neurochirurgie ou en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil loco- moteur, au bénéfice dans les deux cas d'une formation approfondie en chirurgie de la colonne vertébrale (SSNC et SO , programme de formation postgraduée du 1 ^{er} janvier 2021 ³), et d'au moins un spécialiste en médecine interne générale, en rhumatologie ou en en- docrinologie. La réunion et la pose de l'indication doi- vent être documentées. L'intervention doit être pratiquée dans un centre où exerce au moins un spécialiste en neurochirurgie ou en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appa- reil locomoteur avec formation approfondie en chirur- gie de la colonne vertébrale (SSNC et SO , programme de formation postgraduée du 1 ^{er} janvier 2021 ⁴).	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2011/ 1.1.2013/ 1.7.2022/ 1.1.2024
Spondylodèse par cage intersoma- tique ou greffe osseuse pour le traitement des indications sui- vantes :- Instabilité de la colonne	Oui	L'opération doit être exécutée par un spécialiste en neurochirurgie ou en chirurgie orthopédique et trauma- tologie de l'appareil locomoteur, au bénéfice dans les	1.1.1999/ 1.1.2002/ 1.7.2002/

¹ Pas publiée dans le RO.

² Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

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

Mesures	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
vertébrale avec hernie discale, récidive de hernie discale ou sténose chez des patients présentant un syndrome vertébral ou radiculaire invalidant, résistant au traitement conservateur, causé par une pathologie dégénérative de la colonne vertébrale avec instabilité, cliniquement et radiologiquement vérifiées. - Après échec d'une spondylodèse postérieure avec système de vis pédiculaires.		deux cas d'une formation approfondie en chirurgie de la colonne vertébrale (SSNC et SO, programme de formation postgraduée du 1 ^{er} janvier 2021 ⁵). Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien qui ne remplit pas les conditions susmentionnées, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.	1.1.2004/ 1.1.2024
Prothèses de disques cervicaux	Oui	Indication: Dégénérescence symptomatique des disques intervertébraux de la colonne vertébrale et lombaire. Échec d'une thérapie conservatrice de 3 mois, exception faite des patients présentant une dégénérescence symptomatique des disques intervertébraux de la colonne vertébrale cervicale et souffrant également, dans des conditions thérapeutiques stationnaires, de douleurs incontrôlables ou chez lesquels des pertes neurologiques progressives apparaissent malgré une thérapie conservatrice. – Dégénérescence de 2 segments maximum – Absence de cyphose segmentaire primaire – Prise en compte de toutes les contre-indications générales. L'opération doit être exécutée par un spécialiste en neurochirurgie ou en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, au bénéfice dans les deux cas d'une formation approfondie en chirurgie de la colonne vertébrale (SSNC et SO, programme de formation postgraduée du 1 ^{er} janvier 2021 ⁶). Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien qui ne remplit pas les conditions susmentionnées, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017/ 1.7.2022/ 1.1.2024
Prothèses de disques lombaires	Oui	Indication: Dégénérescence symptomatique des disques intervertébraux de la colonne vertébrale lombaire. Échec d'une thérapie conservatrice de 6 mois, exception faite des patients présentant une dégénérescence symptomatique des disques intervertébraux de la colonne vertébrale lombaire et souffrant également, dans des conditions thérapeutiques stationnaires, de douleurs incontrôlables. – Dégénérescence de 2 segments maximum – Absence d'arthrose primaire des articulations vertébrales	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017/ 1.7.2022/ 1.1.2024

⁵ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

⁶ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

Mesures	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<p>– Prise en compte de toutes les contre-indications générales.</p> <p>L'opération doit être exécutée par un spécialiste en neurochirurgie ou en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, au bénéfice dans les deux cas d'une formation approfondie en chirurgie de la colonne vertébrale (SSNC et SO, programme de formation postgraduée du 1^{er} janvier 2021⁷).</p> <p>Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien qui ne remplit pas les conditions susmentionnées, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.</p>	
Stabilisation interépineuse et dynamique de la colonne vertébrale	Oui	<p>Indication:</p> <p>Sténose vertébrale dynamique, sténose vertébrale avec décompression, récurrence de hernie discale avec décompression et syndrome facettaire.</p> <p>L'opération doit être exécutée par un spécialiste en neurochirurgie ou en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, au bénéfice dans les deux cas d'une formation approfondie en chirurgie de la colonne vertébrale (SSNC et SO, programme de formation postgraduée du 1^{er} janvier 2021⁸).</p> <p>Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien qui ne remplit pas les conditions susmentionnées, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.</p>	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017/ 1.7.2022/ 1.1.2024
Système de vis pédiculaires postérieur et stabilisation dynamique de la colonne vertébrale	Oui	<p>Indications:</p> <p>– Sténose vertébrale avec ou sans spondylolisthésis dégénératif sur deux segments maximum; au-delà de deux segments, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil</p> <p>– Dégénérescence des disques intervertébraux sur deux segments maximum, évent. avec arthrose des articulations vertébrales.</p> <p>Échec d'une thérapie conservatrice de 6 mois, exception faite des patients présentant une dégénérescence symptomatique des disques intervertébraux de la colonne vertébrale et souffrant également, dans des conditions thérapeutiques stationnaires, de douleurs incontrôlables ou chez lesquels des pertes neurologiques progressives apparaissent malgré une thérapie conservatrice.</p> <p>L'opération doit être exécutée par un spécialiste en neurochirurgie ou en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, au bénéfice dans les deux cas d'une formation approfondie en chirurgie de</p>	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017/ 1.7.2021/ 1.1.2024

⁷ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

⁸ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

Mesures	Obligatoire-ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		la colonne vertébrale (SSNC et SO, programme de formation postgraduée du 1 ^{er} janvier 2021 ⁹). Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien qui ne remplit pas les conditions, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.	

1.6 Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique

Mesure	Obligatoire-ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Augmentation mammaire de symétrisation du sein sain après mastectomie ou ablation partielle du sein malade	Oui	Pour corriger une asymétrie mammaire et rétablir l'intégrité physique et psychique de la patiente. - Dans les cinq ans qui suivent un traitement contre le cancer ou une reconstruction mammaire. - Au moyen d'une prothèse en silicone et/ou - Au moyen d'une transplantation de graisse autologue (jusqu'à trois séances) par des spécialistes en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique.	1.1.2024
Transplantation de graisse autologue pour la reconstruction mammaire post-opératoire	Oui	En cours d'évaluation: Comme mesure complémentaire à la mesure «Reconstruction mammaire» Par des spécialistes en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique. Maximum trois séances et pas de traitement ultérieur incluant une transplantation de graisse autologue.	1.7.2018/ 1.7.2023/ 1.1.2024 jusqu'au 30.6.2024

2.1 Médecine interne générale et divers

Mesure	Obligatoire-ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Polygraphie respiratoire	Oui	Fort suspicion d'un syndrome de l'apnée du sommeil. Exécution uniquement par un médecin spécialisé en pneumologie, oto-rhino-laryngologie ou pédiatrie avec formation approfondie en pneumologie pédiatrique (programme de formation postgraduée du 16 juin 2016 ¹⁰), pouvant justifier d'une formation et d'une expérience pratique en polygraphie respiratoire qui répond aux conditions de certification des « Directives pour la reconnaissance des Centres de Médecine du Sommeil et	1.7.2002/ 1.1.2006/ 1.1.2012/ 15.7.2015/ 1.7.2017/ 1.7.2020/ 1.1.2024

⁹ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

¹⁰ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<p>pour l'obtention du certificat pour l'enregistrement de polygraphies respiratoires » du 1 janvier 2019¹¹ de la Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology (SSSSC) ou aux « Directives pour la délivrance d'un certificat d'aptitude à la réalisation de polygraphies respiratoires par des médecins ORL » du 26 mars 2015 de la Société suisse d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale (SSORL)¹².</p> <p>Les médecins spécialistes (pneumologie, oto-rhino-laryngologie ou pédiatrie avec formation approfondie en pneumologie pédiatrique [programme de formation du 16 juin 2016¹³]) reconnus par la Société suisse de pneumologie (SSP) ou la SSORL sont réputés satisfaire à ces conditions.</p> <p>Si l'examen est exécuté par un médecin spécialiste non reconnu par la SSP ou la SSORL, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.</p>	

2.2 Cardiologie

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Programme de télémédecine pour patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique	Oui	<p>En cas d'insuffisance cardiaque au stade NYHA II ou III et si les conditions suivantes sont remplies de manière cumulative :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fraction d'éjection ventriculaire gauche < 40 % – Hospitalisation pour décompensation cardiaque au cours des douze derniers mois – Prescription par un autre médecin que celui du centre de télémédecine – La prescription médicale doit être renouvelée entre trois et douze mois après la première prescription, puis chaque année. <p>Le programme dirigé par un médecin comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Direction par un médecin pratiquant en Suisse – Instruction du participant concernant l'utilisation de la télésurveillance – Télésurveillance quotidienne du poids – Consultation régulière sur les symptômes liés à la maladie – Mise en place d'un centre de télémédecine qui procède au traitement algorithmique des 	1.4.2024

¹¹ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

¹² Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

¹³ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<p>données et examine les messages d'alerte de la télésurveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> – Définition de seuils individuels pour le déclenchement des messages d'alerte – En cas d'anomalie ou de dépassement des seuils individuels, un spécialiste contacte le participant et/ou le médecin traitant par téléphone – Télécoaching régulier sur le tableau clinique, d'autres aspects pertinents (p. ex. facteurs de risque, affections associées typiques, interventions non pharmacologiques) et instructions concernant la gestion individuelle (p. ex. surveillance quotidienne du poids, reconnaissance d'une détérioration cardiaque comme la prise de poids ou les problèmes respiratoires et d'une situation d'urgence, adhésion aux médicaments prescrits, changement de style de vie comme activité physique, alimentation et arrêt du tabac) <p>Un remboursement forfaitaire doit être convenu.</p>	

2.5 Oncologie et hématologie

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Test d'expression multigénique en cas de cancer du sein	Oui	<p>En cours d'évaluation</p> <p>Indication:</p> <p>Examen du tissu tumoral d'un cancer du sein, primaire, invasif avec les caractéristiques suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> – état positif au récepteur d'œstrogènes; – état négatif au récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2-); – jusqu'à trois ganglions lymphatiques loco-régionaux sont atteints; – les résultats conventionnels seuls ne permettent pas de décider clairement d'une chimiothérapie adjuvante. <p>Exigences concernant le test:</p> <p>Le test doit être effectué par des médecins ayant suivi une formation postgraduée qui corresponde au programme de formation complémentaire en pathologie moléculaire (programme de formation postgraduée du 1^{er} janvier 2002, révisé le 6 juin 2013¹⁴). S'il a lieu dans un laboratoire étranger, celui-ci doit satisfaire à la directive IVDD 98/79/CE¹⁵ ou à la norme ISO 15189 /17025¹⁶.</p>	<p>1.1.2011/ 1.1.2015/ 1.1.2019/ 1.1.2024 jusqu'au 31.12.2025</p>

¹⁴ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

¹⁵ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

¹⁶ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Grefe de cellules souches hé-mato-poïétiques		...	
– autologue		...	
– allogénique	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - leucémie myéloïde aiguë - leucémie lymphatique aiguë - leucémie myéloïde chronique et néoplasies myéloprolifératives BCR-ABL1 négatives - syndrome myéloдисplasique - anémie aplasique - déficit immunitaire et enzymopathie congénitale - thalassémie et anémie drépanocytaire - myélome multiple - tumeur du système lymphatique (lymphome de Hodgkin, lymphome non hodgkinien, leucémie lymphatique chronique) 	1.1.1997/ 1.1.2013/ 1.1.2018/ 1.1.2024

6 Ophtalmologie

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Chirurgie minimalement invasive du glaucome (MIGS)	Non		1.1.2024