

Ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS)

Modifications prévues pour le 1^{er} juillet 2009

Commentaire et teneur des modifications

Berne, le 18 décembre 2008

Table des matières

Ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS)

Financement des soins

1	Introduction	3
11	Rappel des faits	3
12	Prestations prescrites par les chiropraticiens	3
13	Soins ambulatoires ou dispensés dans un établissement médico-social	3
2	Dispositions	4
21	Prestations prescrites par les chiropraticiens (art. 4)	4
22	Titre précédant l'art. 7	4
23	Définition des soins (art. 7)	4
24	Montants (art. 7a)	4
25	Prise en charge des soins aigus et de transition (art. 7b)	5
26	Prescription ou mandat médical et évaluation des soins requis (art. 8)	5
27	Procédure de contrôle et de conciliation (art. 8a)	5
28	Facturation (art. 9)	5
29	Transparence des coûts et limites tarifaires (art. 9a)	5

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 2009.

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 sociales sous condition de ressources (plus particulièrement les prestations complémentaires [PC]). 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. Les assurés 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 sont responsables pour 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 Prestations prescrites par les chiropraticiens

De par la révision de la loi (art. 25, al. 2 let. a), des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un chiropraticien peuvent également exercer, à charge de l'assurance obligatoire des soins. Il ressort clairement des délibérations parlementaires (BO 2006 E 652 ss) que l'intention du législateur est de permettre aux chiropraticiens de prescrire des prestations fournies par des physiothérapeutes. Par conséquent, il est prévu d'étendre les prestations pouvant être prescrites par les chiropraticiens aux prestations de physiothérapie.

13 Soins ambulatoires ou dispensés dans un établissement médico-social

Le financement des soins, fournis en ambulatoire ou dans un établissement médico-social, est nouvellement réglé. La loi révisée ne prévoit pas un financement uniforme de tous les soins mais procède à une distinction entre prestations de "soins" et prestations de "soins aigus et de transition". Pour les prestations de "soins", l'accent est mis sur un besoin en soins de longue durée. Les assurances-maladie rembourseront ces soins par des montants en francs qui seront déterminés par le Conseil fédéral, respectivement et avec la délégation nécessaire (art. 33 let. h OAMal), par le département. Les dispositions tarifaires de la LAMal se rapportant aux prestations de soins ne seront, par conséquent, plus applicables. Les "soins aigus et de transition" répondent à un besoin en soins limité dans le temps et consécutif à un séjour hospitalier. Ils sont remboursés selon les règles du financement hospitalier. Pour ces prestations, dont le contenu correspond à celui des prestations de l'art. 7 OPAS, les assureurs et les fournisseurs de prestations doivent convenir de tarifs forfaitaires. De cette façon, il sera possible de se baser sur les dispositions tarifaires qui se trouvent actuellement dans la loi et aucune disposition supplémentaire ne sera nécessaire au niveau des ordonnances.

Aujourd'hui déjà, les prestations de soins sont définies à l'art. 7, al. 2 OPAS et la description de la catégorie de prestations au niveau de l'ordonnance est en principe maintenue. En ce qui concerne la catégorie de prestations, il n'y a aucune différenciation à faire entre les prestations de soins et les prestations des soins aigus et de transition. Par conséquent, un remboursement cumulé des soins et des soins aigus et de transition est exclu. Toutefois, en raison des règles de remboursement différentes des adaptations au niveau des ordonnances sont nécessaires.

Il faut encore ajouter qu'une révision, en lien avec la définition des soins et leur étendue, est prévue ultérieurement. En particulier il s'agira de clarifier, si les besoins des personnes recevant des soins et qui, par ailleurs, nécessitent des soins palliatifs ou dus à la démence devront être considérés de manière appropriée et, le cas échéant, si des adaptations seront nécessaires.

2 Dispositions

21 Prestations prescrites par les chiropraticiens (art. 4)

La phrase introductive est changée et une lettre e, nouvellement introduite, permettant ainsi aux chiropraticiens de prescrire des prestations de physiothérapie.

22 Titre précédant l'art. 7

La notion de soins "à domicile" n'existe plus dans la loi révisée car cette notion est contenue dans celle d'"ambulatoire". Pour cette raison, le titre de la section 3 a été modifié en "Soins ambulatoires ou dispensés dans un établissement médico-social".

23 Définition des soins (art. 7)

L'al. 1 se réfère aux prestations nommées à l'art. 33 OAMal pour les préciser. L'al. 2ter est introduit afin de tenir compte de la notion, nouvellement introduite dans la loi, de "structures de jour ou de nuit". L'al. 3 donne une définition des soins aigus et de transition. Les prestations sont analogues à celles des soins selon l'art. 7, al. 2, OPAS et les fournisseurs de prestations sont les mêmes que ceux déjà mentionnés à l'art 7, al. 1, OPAS. De plus, l'ordonnance précise aussi que les soins aigus et de transitions ne sont fournis que directement à la suite d'un séjour hospitalier.

24 Montants (art.7a)

Cet article énumère les montants que l'assurance obligatoire des soins devra verser en fonction des prestations de soins fournies. La forme actuelle de remboursement ne change pas fondamentalement, c'est-à-dire que les prestations de soins ambulatoires continuent d'être remboursées selon une base horaire et que les prestations de soins fournies dans les établissements médico-sociaux le sont selon une base journalière.

La détermination des montants se base sur le principe de neutralité des coûts pour l'assurance-maladie, objectif énoncé au 1er alinéa des dispositions transitoires de la loi. Pour les établissements médico-sociaux, une base quantitative, servant à l'établissement d'un système linéaire de montants, a été estimée à partir des données de la statistique des établissements de santé non hospitaliers. Ce système a, ensuite, été mis en relation avec les remboursements estimés versés par l'assurance-maladie en 2006 pour les prestations de soins (environ 1,5 mia. Frs, sans les remboursements pour les prestations médicales, médicaments, etc.). Les montants ainsi déterminés ont encore été adaptés en fonction de l'augmentation moyenne entre 2006 et 2008 des tarifs-cadres (3,17%) et arrondis aux 50 cts.

Pour le domaine des soins à domicile, il a été tenu compte, pour une détermination de montants neutres du point de vue des coûts, de l'enquête du bureau d'experts INFRAS (INFRAS, Financement des soins: Détermination des coûts des soins, 16 mai 2007, Zurich). Le résultat de cette enquête permet de calculer les coûts moyens par heure de prestation de soins et par type de prestation. Ces coûts ont, ensuite, été mis en relation avec les remboursements, estimés d'après la statistique 2006 des soins à domicile pour les prestations OPAS par heure (environ 56 Frs), versés par l'assurance-maladie. Les montants ainsi déterminés ont encore été adaptés en fonction de l'augmentation moyenne entre 2006 et 2008 des tarifs-cadres (2,93%) et arrondis aux 5 cts.

À l'al. 1, les montants sont donnés, par heure, en fonction des catégories de prestations de l'art. 7, al. 2, pour les fournisseurs de prestations définis à l'art. 7, al. 1, let. a et b. L'al. 2 prévoit toutefois que le remboursement des montants devra s'effectuer par unité de temps de 5 minutes. Du fait que, en règle générale, ces fournisseurs de prestations visitent et soignent les patients à leur domicile, il est important de fixer une durée minimum à prendre en compte. Par conséquent, le remboursement doit comprendre au moins 10 minutes par intervention. En ce qui concerne une limitation des heures remboursées, la règle donnée à l'art. 8a, al. 3, OPAS reste en principe applicable (cf. chiffre 27). À l'al. 3, pour les établissements médico-sociaux, les montants sont échelonnés selon le besoin en soins. L'échelonnement s'effectue linéairement par périodes de 20 minutes. Cela doit, premièrement, garantir une différenciation suffisante des besoins en soins. Deuxièmement, grâce au décompte par minutes, les systèmes actuels - structurés de différentes manières - peuvent être ramenés à un dénominateur commun. Cela signifie également que les systèmes actuels peuvent être maintenus.

25 Prise en charge des soins aigus et de transition (art. 7b)

Cet article décrit la prise en charge des soins aigus et de transition.

La rémunération est définie aux al. 1 et 2 selon les dispositions légales sur le financement hospitalier.

26 Prescription ou mandat médical et évaluation des soins requis (art. 8)

L'al. 3 stipule de manière explicite que le besoin en soins aigus et de transition doit être évalué selon des critères uniformes et que ce besoin doit être consigné sur un formulaire unique.

L'al. 4 renvoie aux niveaux de soins selon le nouvel art. 7a, al. 2, OPAS. Les exigences légales concernant les prescriptions médicales pour les soins aigus et de transition ont été ajoutées à l'al. 6. Il a été nécessaire d'ajouter à l'al. 7 que les prescriptions ou mandats médicaux pour des soins aigus et de transition ne peuvent pas être renouvelés.

27 Procédure de contrôle et de conciliation (art. 8a)

Compte tenu de l'introduction de la solution des contributions pour les prestations de soins et avec l'entrée en vigueur de la loi, les références, des al. 1 et 2, aux conventions tarifaires, respectivement à la fixation des tarifs devront être biffées. De plus, en raison de la suppression de la notion "à domicile" au niveau de la loi, à l'art. 25, al. 2, LAMal, à l'al. 1, les "soins prodigués **à domicile**" ont dû être remplacés par les "soins **ambulatoires** prodigués". La nécessité de préciser que ce sont les fournisseurs de prestations selon l'art. 7, al. 1, let. a et b qui sont concernés par l'art. 8a vient de la suppression cette notion.

Une proposition est faite, à l'al. 3, en ce qui concerne la compétence pour la vérification des ordonnances médicales. Lorsque plus de 60 heures de soins par trimestre sont prévues, le médecin-conseil peut procéder à un examen.

28 Facturation (art. 9)

Avec l'entrée en vigueur de la loi et l'introduction de la solution des contributions pour les prestations de soins, les dispositions tarifaires de cet article devront être biffées. Toutefois, afin de garantir un système de facturation uniforme et compréhensible, la précision que les factures doivent être établies selon un système analogue à celui de la différenciation des contributions doit être maintenue aux al. 1 et 2. Pour les autres prestations fournies dans les EMS ou par les organisations de soins à domicile et pour les tarifs devant être convenus (p.ex. soins aigus et de transition ou prestations médicales dans un home), les art. 43 ss LAMal restent applicables.

29 Transparence des coûts et limites tarifaires (art. 9a)

Avec l'entrée en vigueur de la loi 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.