

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

Modifications prévues au 1^{er} janvier 2007

Commentaires et teneur des modifications (annexe)

Berne, septembre 2006

Contenu

1 Introduction	3
2 Révision de l'OAMal	3
21 Remise d'une copie de la facture à l'assuré (art. 59, al. 5)	3
22 Tarification (art. 59c)	4
221 Introduction	4
222 Commentaire de l'art. 59c	4
23 Médicaments (art. 73, al. 2 : Limitation globale)	5
24 Paiement des primes et conséquences d'un retard de paiement (art. 90; 105a ss)	6
3 Entrée en vigueur	8

1 Introduction

Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ont constaté certaines imprécisions ou absences de réglementation pouvant entraîner une certaine confusion parmi le public ou les autorités d'application du droit. Le DFI propose par les présentes modifications de l'OAMal de lever ces incertitudes et d'accroître la transparence, notamment dans l'intérêt des assurés.

2 Révision de l'OAMal

21 Remise d'une copie de la facture à l'assuré (art. 59, al. 5)

A propos de la facturation, le message du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie, FF 1992 152ss prévoyait ceci : « Le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires pour qu'il puisse vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. » (art. 36, al. 3 du projet). Il précisait en outre que « le projet tient à développer la responsabilité des assurés et à les rendre plus conscients des frais qu'ils occasionnent ». Ainsi, si l'assureur est le débiteur de la rémunération, il lui incombe de remettre à l'assuré une copie de la facture afin que ce dernier puisse la contrôler et se rendre compte des frais provoqués par le traitement.

Lors des débats parlementaires, la disposition correspondante de la LAMal a été complétée de la façon suivante : « Dans le système du tiers payant, l'assuré reçoit une copie de la facture qui a été adressée à l'assureur ». C'est à dessein que la question de savoir qui lui transmet la copie de la facture avait été laissée ouverte.

Dès lors, l'administration fédérale est partie du principe que la question de savoir qui transmet la copie devait être réglée contractuellement entre assureurs et fournisseurs de prestations. A ses yeux, il s'agissait d'une modalité de décompte n'ayant pas à être vérifiée lors de l'approbation des conventions tarifaires.

Entre-temps, l'administration a toutefois constaté que des assurés se plaignaient régulièrement de ne pas recevoir de copie des factures et en a conclu que les partenaires tarifaires ne traitaient pas ce point dans leur convention.

Or la loi stipule que l'assuré doit obtenir une copie des factures. Pour garantir le respect de ce principe, il convient donc de le concrétiser au niveau de l'ordonnance.

Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a eu l'occasion de s'exprimer à ce propos (arrêt 99/02 du 23 juin 2003, cons. 3.2) et a relevé que si, en vertu de l'art. 42, al. 3, LAMal, l'assuré a droit à une copie de la facture, ni la loi, ni l'ordonnance ne déterminent à qui, de l'assureur ou du fournisseur de prestations, il appartient de la lui remettre. En l'occurrence, l'assuré aurait pu exiger du fournisseur de prestations la copie de la facture. Dans un autre arrêt (arrêt K 1/02 du 10 avril 2002 non publié), le TFA a précisé que dans le système du tiers payant, un droit éventuel à la remise des factures originales ne concernait non pas l'assureur, mais le fournisseur de prestations.

A la lumière de ce qui précède et dans la mesure où l'assuré donne un mandat au fournisseur de prestations, il appartiendra à celui-ci de transmettre une copie de la facture. Il pourra toutefois convenir avec l'assureur qu'elle sera remise par ce dernier.

22 Tarification (art. 59c)

221 Introduction

La facturation par les fournisseurs de prestations, soit le calcul de la rétribution des prestations allouées, d'une part, et de la prise en charge des coûts par l'assuré ou l'assureur, d'autre part, se fonde sur les tarifs et prix applicables dans l'assurance obligatoire des soins. Ceux-ci sont convenus dans des conventions entre assureurs et fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas définis par le législateur, fixés par l'autorité compétente. Les dispositions de la loi sont donc également applicables si le gouvernement cantonal fixe le tarif en vertu de l'art. 47 LAMal ou si c'est le Conseil fédéral qui fixe une structure tarifaire parce que les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre (art. 43, al. 5).

Les conventions tarifaires ont besoin de l'approbation de l'autorité compétente selon l'art. 46 LAMal. Cette autorité vérifie qu'elles sont conformes à la loi et à l'équité et qu'elles satisfont au principe d'économie.

En vertu de l'art. 43, al. 7, LAMal, le Conseil fédéral peut établir des principes visant à ce que les tarifs soient *fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et structurés de manière appropriée* ; il peut aussi établir des principes relatifs à leur *adaptation*. Tout en s'abstenant jusqu'ici d'inscrire des principes dans le droit positif, le Conseil fédéral a établi certains principes au titre de sa jurisprudence sur les recours contre des décisions cantonales au sens des art. 46 et 47 LAMal. Comme, avec l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2007 de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAf, FF 2005 3875), le pouvoir juridictionnel passera au Tribunal administratif fédéral, il importe d'inscrire à présent quelques principes dans l'ordonnance et de concrétiser ainsi l'art. 43, al. 7, LAMal.

La tarification a pour objectif de contribuer à garantir des soins appropriés et de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible. Dans les trois domaines – définition des prestations, tarification et allocation des prestations – la garantie d'une haute qualité *et* du caractère économique des prestations est en définitive dans l'intérêt de la collectivité des assurés (message du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie, FF 1992 156). L'art. 59c OAMal définit des principes visant à garantir une tarification systématique et économique.

222 Commentaire de l'art. 59c

Les principes tarifaires de cette disposition s'adressent aussi bien aux partenaires tarifaires, lorsqu'ils définissent leurs tarifs, qu'à l'autorité compétente lorsqu'elle les approuve ou les fixe (*al. 1*).

Alinéa 1, let. a) : La transparence des coûts et des prestations est un critère-clé pour une tarification économique.

Alinéa 1, let. b) : Seuls peuvent être remboursés les coûts qui correspondent à des prestations fournies de manière efficace. Sur ce principe reposent les comparaisons des frais d'exploitation dans le secteur hospitalier et dans les établissements médico-sociaux, qui représentent des coûts comparables pour des prestations elles aussi comparables. Dans le secteur ambulatoire, tous les fournisseurs de prestations sont souvent soumis aux mêmes tarifs, calculés sur la base d'un échantillon des coûts des cabinets ou des laboratoires. En pareil cas, il importe que les coûts se réfèrent aux fournisseurs les plus efficaces à qualité égale plutôt qu'aux coûts moyens.

Le tarif influence la manière de fournir des prestations de manière efficace par le biais d'une infrastructure et d'une structure de personnel avantageuses. Il sert également à une meilleure répartition géographique des prestations fournies afin d'en atténuer la concentration dans les

centres-villes. Lors de l'utilisation d'appareils aussi (p. ex. tomographe à résonance magnétique), les coûts à financer sont non pas les coûts établis, mais seulement ceux qui reflètent un taux d'utilisation minimal (voir RAMA 5/2001, p. 377).

Alinéa 1, let. c) : Le principe de la neutralité des coûts, signifie qu'un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires si la qualité et la quantité des prestations fournies restent plus ou moins analogues à l'ancien modèle (voir la décision du Conseil fédéral du 18 octobre 2000 concernant les tarifs de physiothérapie d'Appenzell Rhodes-Extérieures et d'Appenzell Rhodes-Intérieures [RAMA 5/2001, p. 456], confirmé par la décision du Conseil fédéral du 19 décembre 2001 portant sur le tarif hospitalier zurichois [RAMA 4/2002, p. 309]. Ce principe est par ailleurs bien ancré dans la pratique (p. ex. TARMED, tarifs des établissements médico-sociaux et modifications des systèmes de financement hospitalier).

Alinéa 1, let. d) : Ce principe vise en premier lieu à éviter que la quantité de prestations augmente de manière injustifiée. Les tarifs sont donc soumis à des comparaisons cantonales et ne doivent pas générer des coûts plus élevés dans le domaine concerné.

Ce principe tarifaire découle des conditions de base fixées à l'art. 32 LAMal pour la prise en charge des coûts, à savoir que les prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques.

En outre, le principe d'équité et d'économie inscrit à l'art. 46, al. 4, LAMal implique que seul un tarif acceptable pour l'ensemble du système peut être qualifié d'« économique ».

Alinéa 2 (Mise à jour tarifaire) : Cet alinéa a pour objet la mise à jour des tarifs. Des réexamens réguliers, incombant en premier lieu aux partenaires tarifaires, sont nécessaires pour assurer le respect des principes inscrits à l'al. 1, au-delà de la phase d'approbation des tarifs. Il s'agit p. ex. de préciser que les tarifs doivent être réduits en cas de gain de productivité, autrement dit si des diminutions de coûts sont réalisées.

Alinéa 3 (Tarification) : Comme mentionné au début, les principes de la loi et donc les présentes dispositions sont applicables à la tarification même en cas d'absence de convention tarifaire.

23 Médicaments (art. 73, al. 2 : Limitation globale)

Le droit en vigueur prévoit que l'admission de médicaments dans la liste des spécialités (LS) peut être assortie d'une limitation. Celle-ci peut notamment se rapporter à la quantité ou aux indications médicales. Conformément à la systématique de l'ordonnance, le champ d'application matériel de cet article s'étend à la liste des spécialités (LS), à la liste des médicaments avec tarif (LMT) et à la liste des analyses (LAna).

Comme l'ont notamment montré les discussions menées au sein de la Commission fédérale des médicaments (CFM), qui conseille l'OFSP pour l'admission de médicaments dans la LS, des motifs liés à la transparence, à la clarté et à l'égalité peuvent justifier l'introduction d'une limitation uniforme pour toutes les préparations de la LS appartenant au même groupe thérapeutique. Une telle mesure a d'ailleurs déjà été appliquée dans le passé à certains groupes thérapeutiques de la LS (p. ex. anesthésiques).

24 Paiement des primes et conséquences d'un retard de paiement (art. 90; 105a ss)

Le 1^{er} janvier 2006, une base légale formelle pour l'obligation de payer les primes et les conséquences d'un retard de paiement a été introduite par l'art. 64a LAMal. En même temps, le législateur a révisé le droit concernant les conséquences d'un retard de paiement qui, jusque-là, faisait exclusivement l'objet de l'art. 90 OAMal. Cet article a été adapté à la nouvelle disposition légale le 1^{er} janvier 2006 également. Cette réglementation a, dès le début, été critiquée. On reprochait essentiellement au nouvel art. 90 OAMal l'absence de délais pour la procédure de sommation et de poursuite et de dispositions d'exécution sur la manière de procéder en cas de suspension de la prise en charge des prestations. La disposition concernant la compensation des prestations avec les primes a également fait l'objet de critiques. De plus, à la suite de la suspension de la prise en charge des coûts, des médicaments ou autres traitements médicalement indiqués ont été refusés à des assurés. Les problèmes surgis dans la pratique rendent ainsi nécessaire, après une année d'application déjà, une révision de l'art. 90 OAMal. Une réglementation plus en détail de la procédure en cas de retard de paiement, a entraîné une adaptation structurelle de l'art. 90 en vigueur en plus d'une adaptation matérielle.

Paiement des primes (Art. 90)

L'art. 90 ne règle plus que le paiement des primes.

Les autres alinéas réglant le non-paiement des primes et des participations aux coûts – partiellement modifiés et complétés – sont transférés dans les nouveaux articles 105a à 105d.

Intérêts moratoires (Art. 105a)

Le principe relatif aux intérêts moratoires sur les primes échues (actuel art. 90, al. 2) est désormais réglé à l'art. 105a OAMal.

Procédure de sommation et de poursuite (Art. 105b)

Alinéa 1: il fixe de manière contraignante pour tous les assureurs le délai pour la procédure de sommation.

Alinéa 2: il contient également un délai contraignant pour la réquisition de poursuite.

Alinéa 3: il subit une légère adaptation rédactionnelle et terminologique avec la notion de « frais de sommation et frais administratifs » au lieu de « frais de sommation et frais supplémentaires ». Le TFA a estimé dans des cas concrets que des frais de sommation et des frais administratifs s'élevant en tout à fr. 300.00, resp. fr. 190.00, étaient des montants adaptés selon les circonstances et dans ces limites.

Les précisions envisagées devraient lever les incertitudes qui sont apparues dans la pratique.

Suspension de la prise en charge des prestations (Art. 105c)

Cette disposition clarifie diverses questions qui se sont posées dans la pratique concernant la suspension de la prise en charge des prestations. Elle prévoit notamment la possibilité de renoncer à la suspension de la prise en charge des prestations lorsque le canton garantit le paiement des arriérés irrécouvrables des assurés insolubles.

Alinéa 1: il règle le moment à partir duquel les prestations sont suspendues ainsi que le début formel de celle-ci, soit à la date de la communication de la suspension.

La suspension de la prise en charge des coûts des prestations est également applicable dans le système du tiers payant.

Alinéa 2 : l'art. 64a, al. 3, LAMal fixe le moment à partir duquel les prestations fournies pendant la durée de la suspension doivent être prises en charge, autrement dit la fin de la suspension. Une suspension ne prend fin que lorsque toutes les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires faisant l'objet de la procédure de poursuite, ainsi que les frais de poursuite échus sont intégralement payés. Par ailleurs, les primes ou les participations aux

coûts dues mais qui ne font p. ex. que l'objet d'une sommation ne font pas obstacle à la fin de la suspension et à la prise en charge des prestations fournies pendant la durée de la suspension. Cette réglementation s'inspire en partie d'un arrêt du TFA (ATF 129 V 455) rendu avant l'adoption de l'art. 64a LAMal.

Alinéa 3 : pour les cantons, il est utile de pouvoir rapidement prendre connaissance des actes de défaut de biens reçus par les assureurs. Il est donc justifié d'imposer aux assureurs de faire cette communication.

Alinéa 4 : il interdit désormais aux assureurs, pendant la durée de la suspension de la prise en charge des prestations, toute compensation entre des prestations et des primes ou participations aux coûts qui leur sont dues. Ceci afin d'éviter, d'une part, que les assureurs ne recouvrent les coûts à la fois par le biais de la compensation et par celui du versement effectué par le canton, et d'autre part que les fournisseurs de prestations dont les factures restent impayées ne soient préterités.

Alinéa 5 : cette disposition correspond dans une large mesure à l'actuel art. 90, al. 7 OAMal concernant le changement d'assureur lorsqu'une suspension est en cours.

Alinéa 6 : cette nouvelle disposition indique les conditions permettant de renoncer à une suspension de la prise en charge des prestations. En effet, afin de décharger les cantons des tâches administratives engendrées par cette procédure considérée parfois comme trop lourde et afin surtout d'éviter que des assurés ne se voient refuser des traitements, la possibilité est laissée aux cantons de régler différemment la procédure de suspension. A la condition qu'il garantisse la prise en charge des primes, des participations aux coûts, des intérêts moratoires ainsi que des frais de poursuite ne pouvant être recouverts auprès d'assurés insolvable – par le biais p.ex. de prescriptions cantonales ou de réglementations contractuelles – le canton peut convenir avec un ou plusieurs assureurs des conditions auxquelles une renonciation à la suspension de la prise en charge des prestations est possible.

Alinéa 7 : cette disposition complète l'al. 6 visant à éviter que des assurés insolvable à l'encontre desquels une suspension de la prise en charge des prestations a été prononcée ne soient privés de soins. En dehors des cas prévus par l'al. 6, il demeure une frange de la population, ou certaines personnes dans des situations particulières, qui visiblement ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin car les primes ou des participations aux coûts sont restées impayées. Une solution consistant à contraindre les fournisseurs de prestations à fournir des prestations ne serait probablement ni réaliste ni praticable. Il appartiendra donc aux cantons de veiller au respect de l'accès aux soins pour tous tel qu'il est ancré dans la LAMal.

Les al. 6 et 7 ont donc pour objectif de mettre en place une procédure qui évitera que des assurés dans une situation précaire ne se voient refuser l'accès aux soins.

Assurés résidant dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège (Art. 105d)

Les conséquences du retard de paiement pour les assurés domiciliés dans un Etat de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège doivent également être réglées.

Alinéa 1 : certaines dispositions prévues pour les assurés domiciliés en Suisse doivent s'appliquer par analogie aux assurés domiciliés dans un Etat de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège.

Alinéa 2 : l'obligation de suspendre les prestations prévue à l'art. 64a LAMal. est également applicable à ces assurés. Par ailleurs, l'assureur ne doit plus, contrairement à la réglementation actuelle, informer l'institution commune LAMal de la suspension de la prise en charge des prestations. Comme auparavant, l'assureur doit informer l'institution d'entraide

compétente au lieu de résidence de l'assuré de la suspension de la prise en charge des prestations afin que celle-ci cesse d'accorder des prestations.

Alinéa 3 : les conditions applicables à la fin de la suspension sont clairement définies pour cette catégorie d'assurés à l'instar de la réglementation prévue à l'art. 105c, al. 2 pour les assurés domiciliés en Suisse. Les primes et les participations aux coûts impayées qui n'ont pas encore fait l'objet d'une sommation restée sans suite (c'est-à-dire à l'expiration du délai supplémentaire de 30 jours), ne font pas obstacle à la fin de la suspension.

Disposition transitoire

L'application du nouvel art. 105b, al. 1 et 2 est limitée aux primes à partir du 1^{er} janvier 2007 et aux participations aux coûts qui sont perçues sur les prestations fournies à compter du 1^{er} janvier 2007. Pour les procédures d'exécution qui sont introduites après le 1^{er} janvier 2007 pour des primes et des participations aux coûts non recouvertes d'années précédentes, le droit antérieur est applicable.

3 Entrée en vigueur

Les modifications de l'OAMal entreront en vigueur au 1^{er} janvier 2007.