

# **Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie**

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

**Modification du 10 décembre 2008**

---

*Le Département fédéral de l'intérieur  
arrête:*

I

L'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins<sup>1</sup> est modifiée comme suit:

*Art. 1*

Figurent à l'annexe 1 les prestations visées par l'art. 33, let. a et c, OAMal, qui ont été examinées par la Commission fédérale des prestations générales et des principes de l'assurance-maladie et dont l'assurance-maladie obligatoire des soins (assurance):

- a. prend en charge les coûts;
- b. prend en charge les coûts à certaines conditions;
- c. ne prend pas en charge les coûts.

*Art. 5, al. 4 et 5*

<sup>4</sup> Pour que, après un traitement équivalent à 36 séances, celui-ci continue à être pris en charge, le médecin traitant doit adresser un rapport au médecin-conseil de l'assureur et lui remettre une proposition dûment motivée. Le médecin-conseil propose de poursuivre ou non la thérapie aux frais de l'assurance, en indiquant dans quelle mesure et à quel moment le prochain rapport doit être présenté.

<sup>5</sup> Si l'évolution d'une maladie chronique ou d'une infirmité congénitale entraîne momentanément un dépassement des neuf séances sur une période de trois mois, le médecin traitant doit adresser un rapport au médecin-conseil et lui remettre une proposition dûment motivée. Après avoir examiné ladite proposition, le médecin-conseil peut recommander à l'assureur de prendre en charge le nombre requis de séances.

<sup>1</sup> RS 832.112.31

*Art. 6, al. 4 et 5*

<sup>4</sup> Pour que, après un traitement équivalent à 36 séances, celui-ci continue à être pris en charge, le médecin traitant doit adresser un rapport au médecin-conseil de l'assureur et lui remettre une proposition dûment motivée. Le médecin-conseil propose de poursuivre ou non la thérapie aux frais de l'assurance, en indiquant dans quelle mesure et à quel moment le prochain rapport doit être présenté.

<sup>5</sup> Si l'évolution d'une maladie chronique ou d'une infirmité congénitale entraîne momentanément un dépassement des neuf séances sur une période de trois mois, le médecin traitant doit adresser un rapport au médecin-conseil et lui remettre une proposition dûment motivée. Après avoir examiné ladite proposition, le médecin-conseil peut recommander à l'assureur de prendre en charge le nombre requis de séances.

*Art. 12a* Vaccinations prophylactiques

L'assurance prend en charge les coûts des vaccinations prophylactiques suivantes aux conditions ci-après:

Mesure	Conditions
a. Vaccination et rappels contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite; vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole	Pour les enfants et les adolescents jusqu'à l'âge de seize ans et pour les adultes non immunisés, selon le «Plan de vaccination suisse 2008» établi par l'OFSP et la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV) <sup>2</sup> .
b. Rappel dT	Pour les personnes de plus de seize ans, selon le «Plan de vaccination suisse 2008» établi par l'OFSP et la CFV.
c. Vaccination contre <i>Haemophilus influenzae</i>	Pour les enfants jusqu'à l'âge de cinq ans, selon le «Plan de vaccination suisse 2008» établi par l'OFSP et la CFV.

<sup>2</sup> Directives et recommandations n° 8 (Plan de vaccination suisse 2008). Office fédéral de la santé publique et Commission fédérale pour les vaccinations, Berne 2008.

Mesure	Conditions
d. Vaccination contre l'influenza	<p>1. Vaccination annuelle pour les personnes souffrant d'une maladie chronique et chez qui la grippe pourrait provoquer des complications importantes (selon les recommandations pour la prévention de la grippe établies par l'OFSP, le groupe de travail Influenza et la CFV, état août 2000; Supplementum XIII, OFSP, 2000) et pour les personnes de plus de 65 ans.</p> <p>2. En cas de menace de pandémie d'influenza ou lors d'une pandémie d'influenza, pour les personnes pour lesquelles l'OFSP recommande une vaccination (conformément à l'art. 12 de l'O du 27 avril 2005 sur la pandémie d'influenza<sup>3</sup>).</p> <p>Aucune franchise n'est prélevée pour cette prestation. Une somme forfaitaire est accordée pour la vaccination (y compris pour le vaccin).</p>
e. Vaccination contre l'hépatite B	<p>1. Pour les nouveau-nés de mères HBsAg-positives et les personnes exposées à un risque de contamination. En cas d'indication professionnelle, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.</p> <p>2. Vaccination selon les recommandations établies en 1997 par l'OFSP et la CFV (Supplément du Bulletin de l'OFSP 5/98 et Complément du Bulletin 36/98) et selon le «Plan de vaccination suisse 2008» établi par l'OFSP et la CFV.</p>
f. Vaccination passive avec Hépatites B-Immunoglobuline	Pour les nouveau-nés de mères HbsAg-positives.

<sup>3</sup> RS 818.101.23

Mesure	Conditions
g. Vaccination contre les pneumocoques	<p>1. Avec le vaccin polysaccharidique: adultes à partir de 65 ans, adultes et enfants de plus de deux ans présentant une maladie chronique sévère, une déficience immunitaire, un diabète sucré, une fistule de liquide céphalo-rachidien, une asplénie fonctionnelle ou anatomique, un implant cochléaire ou une malformation de la base du crâne, ou avant une splénectomie ou la pose d'un implant cochléaire, selon le «Plan de vaccination suisse 2008» établi par l'OFSP et la CFV.</p> <p>2. Avec le vaccin conjugué: enfants de moins de deux ans et enfants de moins de cinq ans atteints de maladies chroniques, selon le «Plan de vaccination suisse 2008» établi par l'OFSP et la CFV.</p>
h. Vaccination contre les méningocoques	Selon le «Plan de vaccination suisse 2008» établi par l'OFSP et la CFV.
i. Vaccination contre la tuberculose	Avec le vaccin BCG, selon les lignes directrices établies en 1996 par l'Association suisse contre la tuberculose et les maladies pulmonaires (ASTP) et l'OFSP (Bulletin de l'OFSP 16/1996).
j. Vaccination contre l'encéphalite à tiques (FSME)	<p>Selon le «Plan de vaccination suisse 2008» établi par l'OFSP et la CFV et selon les recommandations de mars 2006 de l'OFSP et de la CFV (Bulletin de l'OFSP 13/2006).</p> <p>En cas d'indication professionnelle la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.</p>
k. Vaccination contre la varicelle	Vaccination des adolescents et adultes non immunisés, ainsi que des groupes à risque spécifiques, selon les recommandations de novembre 2004 de l'OFSP et de la CFV (Bulletin de l'OFSP 45/2004).

Mesure	Conditions
	Vaccination des personnes (parents, fratrie, personnel d'encadrement) en contact avec des enfants nés avant la 33 <sup>e</sup> semaine de grossesse.
1. Vaccination contre le papillomavirus humain (HPV)	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Selon les recommandations de l'OFSP et de la CFV de juin 2007 (Bulletin de l'OFSP 25/2007):<ol style="list-style-type: none"><li>a. vaccination générale des filles en âge scolaire;</li><li>b. vaccination des filles et des jeunes femmes de 15 à 19 ans. Cette disposition est applicable jusqu'au 31 décembre 2012.</li></ol></li><li>2. Vaccination dans le cadre de programmes cantonaux de vaccination qui doivent satisfaire aux exigences minimales suivantes:<ol style="list-style-type: none"><li>a. l'information des groupes cibles et de leurs parents/représentants légaux sur la disponibilité des vaccins et les recommandations de l'OFSP et de la CFV est assurée;</li><li>b. aucune franchise n'est prélevée sur cette prestation;</li><li>c. la vaccination complète (schéma de vaccination selon les recommandations de l'OFSP et de la CFV) est visée;</li><li>d. les prestations et les obligations des responsables du programme, des médecins chargés de la vaccination et des assureurs-maladie sont définies;</li><li>e. la collecte des données, le décompte, les flux informatif et financier sont réglés.</li></ol></li><li>3. Aucune franchise n'est prélevée sur cette prestation.</li></ol>

Mesure	Conditions
m. Vaccination contre l'hépatite A	<p>Pour les patients atteints d'une affection chronique du foie, pour les enfants en provenance de pays à forte ou moyenne endémie qui vivent en Suisse et retournent dans leur pays d'origine pour un séjour temporaire, pour les consommateurs de drogue par injection et pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (en dehors d'une relation stable).</p> <p>Selon les recommandations de l'OFSP et de la CFV de janvier 2007 (Annexe au Bulletin de l'OFSP 3/2007).</p> <p>En cas d'indication professionnelle et recommandation médicale aux voyageurs, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.</p>

*Art. 13, let. a, ch. 1, et d.*

Mesure	Conditions
a. contrôles	
1. lors d'une grossesse normale sept examens	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>première consultation</i>: anamnèse, examen gynécologique et clinique généraux et conseils, examen des veines et recherche d'œdèmes des jambes; prescription des analyses de laboratoire nécessaires conformément à la liste des analyses (LA);</li> <li>– <i>consultations ultérieures</i>: contrôle du poids, de la tension artérielle, de la hauteur de l'utérus, examen urinaire et auscultation des bruits cardiaques fœtaux; prescription des analyses de laboratoire nécessaires conformément à la liste des analyses (LA).</li> </ul>

---

Mesure	Conditions
d. amniocentèse, prélèvement des villosités choriales	après un entretien approfondi qui doit être consigné pour: <ul style="list-style-type: none"><li>– les femmes âgées de plus de 35 ans</li><li>– les femmes âgées de moins de 35 ans présentant un risque de 1:380 ou plus que l'enfant soit atteint d'une maladie due à des facteurs exclusivement génétiques.</li></ul> Analyses de laboratoire selon la liste des analyses (LA).

---

*Art. 16* Prestations des sages-femmes

<sup>1</sup> Les sages-femmes peuvent effectuer à la charge de l'assurance les prestations suivantes:

- a. les prestations définies à l'art. 13, let. a:
  1. lors d'une grossesse normale, la sage-femme peut effectuer six examens de contrôle; elle est tenue de signaler à l'assurée qu'une consultation médicale est indiquée avant la 16<sup>e</sup> semaine de grossesse,
  2. lors d'une grossesse à risque, sans manifestation pathologique, la sage-femme collabore avec le médecin; lors d'une grossesse pathologique, la sage-femme effectue ses prestations selon la prescription médicale.
- b. la prescription, lors d'un examen de contrôle, d'un contrôle ultrasonique mentionné à l'art. 13, let. b.
- c. les prestations définies à l'art. 13, let. c et e, ainsi qu'aux art. 14 et 15.

<sup>2</sup> Les sages-femmes peuvent prescrire les analyses de laboratoire nécessaires, pour les prestations mentionnées à l'art. 13, let. a et e, conformément à une désignation distincte dans la liste des analyses (LA).

<sup>3</sup> Elles peuvent aussi fournir les prestations citées à l'art. 7, al. 2, à la charge de l'assurance. Ces prestations doivent être fournies après un accouchement à domicile, après un accouchement ambulatoire ou après la sortie anticipée d'un hôpital ou d'une maison de naissance.

## II

<sup>1</sup> L'annexe 1 est modifiée conformément au texte ci-joint.

<sup>2</sup> L'annexe 2 «Liste des moyens et appareils»<sup>4</sup> est applicable dans sa teneur du 1<sup>er</sup> janvier 2009.

<sup>3</sup> L'annexe 3 «Liste des analyses»<sup>5</sup> est applicable dans sa teneur du 1<sup>er</sup> janvier 2009.

## III

La présente modification entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009.

10 décembre 2008

Département fédéral de l'intérieur:

Pascal Couchepin

<sup>4</sup> Non publiée au RO (art. 28)

<sup>5</sup> Non publiée au RO (art. 28)



## Prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de certaines prestations fournies par les médecins

### Remarques préliminaires

La présente annexe se fonde sur l'art. 1 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins. Elle ne contient pas une énumération exhaustive des prestations fournies par les médecins, à la charge ou non de l'assurance-maladie. Elle indique:

- les prestations dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique ont été examinés par la Commission des prestations et des principes et dont les coûts sont pris en charge, le cas échéant à certaines conditions, ou ne sont pas pris en charge;
- les prestations dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont encore en cours d'évaluation, mais dont les coûts sont pris en charge dans une certaine mesure et à certaines conditions;
- les prestations particulièrement coûteuses ou difficiles qui ne sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins que lorsqu'elles sont pratiquées par des fournisseurs de prestations qualifiés.

### Ch. 2, 3, 6, 9 et 11

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
<b>2 Médecine interne</b>			
<i>2.1 Médecine interne générale</i>			
...			
Photophorèse extracor- porelle	Oui	Réticulomatosse cutanée (syndrome de Sézary)	1.1.1997
	Non	– Maladie du greffon contre l'hôte – En cas de transplantation pulmonaire	1.1.2009
...			

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
<i>2.3 Neurologie, y compris la thérapie des douleurs</i>			
...			
Chirurgie palliative de l'épilepsie par:	Oui	Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.	1.1.1996/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.8.2006/ 1.1.2009
– commissurotomie			
– opération sous-apicale multiple (selon Morell-Whisler)		Lorsque les investigations montrent que la chirurgie curative de l'épilepsie focale n'est pas indiquée et qu'une méthode palliative permet un meilleur contrôle des crises et une amélioration de la qualité de vie.	
– stimulation du nerf vague		Investigations et exécution dans un centre pour épileptiques qui dispose des équipements diagnostiques adéquats (en électrophysiologie, IRM, etc.), d'un service de neuro-psychologie, du savoir-faire chirurgical et thérapeutique et de possibilités de suivi du traitement.	
...			
Prothèse de disque	Oui	En cours d'évaluation Dégénérescence symptomatique des disques intervertébraux de la colonne vertébrale cervicale et lombaire. Echec d'une thérapie conservatrice de 3 mois (colonne vertébrale cervicale) ou de 6 mois (colonne vertébrale lombaire) – exception faite des patients présentant une dégénérescence symptomatique des disques intervertébraux de la colonne vertébrale cervicale et lombaire, 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 – Dégénérescence minimale des segments contigus – Absence d'arthrose primaire des articulations vertébrales (colonne vertébrale lombaire) – Absence de cyphose segmentaire primaire (colonne vertébrale cervicale) – Prise en compte de toutes les contre-indications générales. L'opération doit être exécutée par un chirurgien agréé par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009 jusqu'au 31.7.2009

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		d'orthopédie et de la Société suisse de neurochirurgie. Les fournisseurs de prestations tiennent un registre national, coordonné par l'Institut de recherche évaluative en chirurgie orthopédique de l'Université de Berne.	
Stabilisation intrarachi- dienne et dynamique de la colonne vertébrale (par ex. de type DIAM)	Oui	En cours d'évaluation L'opération doit être exécutée par un chirurgien agréé par la Société Suisse de chirurgie spinale, la Société Suisse d'orthopédie et la Société Suisse de neurochirurgie.	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009 jusqu'au 31.7.2009
Stabilisation dynamique du rachis lombaire (par ex. de type DYNESIS)	Oui	En cours d'évaluation L'opération doit être exécutée par un chirurgien agréé par la Société Suisse de chirurgie spinale, la Société Suisse d'orthopédie et la Société Suisse de neurochirurgie. Les fournisseurs de prestations tiennent un registre national, coordonné par l'Institut de recherche évaluative en chirurgie orthopédique de l'Université de Berne.	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009 jusqu'au 31.7.2009
...			
2.5	<i>Oncologie</i>		
...			
<i>Photo-chimiothérapie extracorporelle</i>		<i>Abrogée</i>	
Low-dose-rate- Curiethérapie	Oui	En cours d'évaluation Par grains d'iode 125 ou de palladium 103. En cas de carcinome de la prostate avec risque de récurrence faible ou moyen et – espérance de vie > 5 ans – volume de la prostate < 60 ccm – pas d'obstruction vésicale sévère. Centre qualifié offrant une collaboration interdisciplinaire étroite entre urologues, radio-oncologues et physiciens médicaux.	1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2009 jusqu'au 31.12.2013

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		Système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	
...			
<b>3</b>		<b>Gynécologie, obstétrique</b>	
...			
Interventions mammaires mini-invasives sous guidage radiologique ou échographique	Oui	Selon les directives du 2 novembre 2001 de la Société Suisse de Sénologie.	1.7.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2009 jusqu' au 31.7.2009
...			
<b>6</b>		<b>Ophthalmologie</b>	
...			
Thérapie photodynamique de la dégénérescence maculaire par perfusion de Verteporfine	Oui	Dégénérescence maculaire exsudative liée à l'âge, sous sa forme prédominante classique.	1.1.2006
	Oui	En cours d'évaluation En cas de néovascularisation provoquée par une myopie pathologique. Système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.1.2009 jusqu' au 31.12.2011
	Non	Autres formes de la dégénérescence maculaire liée à l'âge.	1.1.2008
...			
<b>9</b>		<b>Radiologie</b>	
9.2		<i>Autres procédés d'imagerie</i>	
...			
Tomographie par émission de positrons (TEP)	Oui	1. Réalisation selon les directives cliniques pour TEP au FDG du 7 avril 2008 de la Société suisse de médecine nucléaire (SSMN) dans des centres qui satisfont aux directives administratives du 20 juin 2008 de la SSMN. 2. Pour les indications suivantes: a. en cardiologie: – comme mesure préopératoire avant une transplantation cardiaque; b. en oncologie.	1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/ 1.1.2001/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.8.2006/ 1.1.2009

Mesure	Obligationnement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
	Non	Pour les indications suivantes: a. en cardiologie: – en cas de statut documenté après infarctus et suspicion d'«hibernation myocardique» avant une intervention (PTCA/CABG) – pour confirmer ou exclure une ischémie en cas de maladie de plusieurs vaisseaux documentée par angiographie ou d'anatomie complexe des coronaires, par ex. après une revascularisation ou en cas de suspicion de troubles de la microcirculation; b. en neurologie: – évaluation préopératoire pour chirurgie de revascularisation complexe en cas d'ischémie cérébrale – évaluation d'une démence – épilepsie focale résistante à la thérapie.	1.8.2006/ 1.1.2007
...			
<b>11</b>	<b>Réadaptation</b>		
...			
Réadaptation des patients souffrant de maladies cardio-vasculaires	Oui	Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. – Patients ayant fait un infarctus du myocarde, avec ou sans PTCA – Patients ayant subi un pontage – Patients ayant subi d'autres interventions au niveau du cœur ou des gros vaisseaux – Patients après PTCA, en particulier après une période d'inactivité et/ou présentant de multiples facteurs de risque – Patients souffrant d'une maladie cardiaque chronique et présentant de multiples facteurs de risque réfractaires à la thérapie mais ayant une bonne espérance de vie – Patients souffrant d'une maladie cardiaque chronique et d'une mauvaise fonction ventriculaire.  La thérapie peut être pratiquée en ambulatoire ou en hôpital dans une institution dirigée par un médecin. Le déroulement du programme, le personnel et	12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.1.2009

---

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<p>l'infrastructure doivent correspondre aux indications formulées au 29 mars 2001 par le Groupe de travail pour la réhabilitation cardiaque de la Société suisse de cardiologie.</p> <p>Un traitement hospitalier est indiqué lorsqu'il existe:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– un risque cardiaque élevé</li><li>– une insuffisance myocardique</li><li>– une comorbidité (diabète sucré, COPD, etc.).</li></ul> <p>La durée du traitement ambulatoire est de deux à six mois selon l'intensité du traitement requis.</p> <p>La durée du traitement hospitalier est en règle générale de 4 semaines, mais peut être, dans des cas simples, réduite à 2 ou 3 semaines.</p>	
...			

---