



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 6 décembre 2019

*Le Département fédéral de l'intérieur (DFI)
arrête:*

I

L'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins¹ est modifiée comme suit:

Remplacement d'une expression

Ne concerne que le texte italien.

Art. 12a, let. c

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

Mesure	Conditions
c. Vaccination contre l'influenza	<ol style="list-style-type: none">1. Vaccination annuelle pour les personnes présentant un risque de complications élevé, selon le Plan de vaccination 2019.2. En cas de menace de pandémie d'influenza ou lors d'une pandémie d'influenza, pour les personnes pour lesquelles l'OFSP recommande une vaccination². <p>Une somme forfaitaire est accordée pour la vaccination (vaccin compris).</p>

¹ RS **832.112.31**

² Voir l'O du 29 avr. 2015 sur les épidémies; RS **818.101.1**.

Art. 12e, let. d

L'assurance prend en charge les coûts des mesures suivantes en vue du dépistage précoce de maladies chez certains groupes à risques aux conditions ci-après:

Mesure	Conditions
d. Dépistage du cancer du côlon	Tranche d'âge de 50 à 69 ans Méthodes: <ul style="list-style-type: none">– analyse visant à détecter la présence de sang occulte dans les selles, tous les deux ans, analyses de laboratoire selon la liste des analyses (LA), coloscopie en cas de résultat positif, ou– coloscopie, tous les dix ans. Si l'analyse a lieu dans le cadre des programmes cantonaux de Bâle-Ville, de Fribourg, de Genève, des Grisons, du Jura, de Neuchâtel, d'Uri, de Vaud, du Valais ou de l'arrondissement administratif du Jura bernois, aucune franchise n'est perçue pour cette prestation.

II

¹ Les annexes 1 et 1a sont modifiées conformément aux textes ci-joints.

² L'annexe 2³ («Liste des moyens et appareils») est modifiée.

III

La présente ordonnance entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

6 décembre 2019

Département fédéral de l'intérieur:
Alain Berset

³ Non publiée au RO (art. 20a). La modification peut être consultée à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Assurances > Assurance-maladie > Prestations et tarifs > Liste des moyens et appareils (LiMa)

Annexe I
(art. 1)**Prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de certaines prestations fournies par les médecins***Ch. 1.3, 2.1, 2.5 et 9.2*

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
1 Chirurgie			
<i>1.3 Orthopédie, traumatologie</i>			
...			
Greffe autologue de chondrocytes	Oui	En cours d'évaluation Traitement des lésions osseuses post-traumatiques de l'articulation du genou. Les indications et contre-indications énumérées dans la fiche d'information 2016.131.725.01-1 du 26 octobre 2011 de la Commission des tarifs médicaux LAA (CMT) sont déterminantes. Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.	1.1.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2017 / 1.1.2020 jusqu'au 31.12.2020
...			
2 Médecine interne			
<i>2.1 Médecine interne générale</i>			
...			
Photophorèse extracorporelle	Oui	Réticulomatose cutanée (syndrome de Sézary).	1.1.1997
	Oui	Maladie du greffon contre l'hôte en cas d'échec de la thérapie conventionnelle (par ex. corticostéroïdes).	1.1.2009/ 1.1.2012
	Oui	En cours d'évaluation En cas de syndrome de bronchiolite oblitérante après une transplantation pulmonaire, lorsque l'augmentation de l'immunosuppression ou la tentative de traitement par macrolides ont échoué.	1.1.2009/ 1.8.2016/ 1.1.2020 jusqu'au 31.12.2021
<i>2.5 Oncologie</i>			
...			
Thérapie par lymphocytes CAR-T (CAR = récepteur antigénique chimérique) avec/chez:	Oui	La thérapie comprend le complexe thérapeutique suivant: le prélèvement de lymphocytes T autologues (aphérèse), leur modification génétique et leur expansion ex vivo, les éventuelles préthérapies de lymphodéplétion, la perfusion des lymphocytes CAR-T ainsi que le traitement des	1.1.2020

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
– Tisagenlecleucel: Oui		<p>éventuels effets secondaires spécifiques à ces lymphocytes. Réalisation dans les centres accrédités par «<i>The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)</i>» pour la transplantation allogénique et/ou autologue de cellules souches et selon les normes éditées par JACIE et la «<i>Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)</i>»: «<i>FACT-JACIE International Standards for hematopoietic Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration</i>», 6^e édition de mars 2017 ou 7^e édition de mars 2018.</p> <p>Tous les cas doivent être saisis dans un registre.</p> <p>Si la thérapie doit être effectuée dans un centre qui n'est pas reconnu conformément aux exigences susmentionnées, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.</p> <p>En cours d'évaluation.</p>	1.1.2020 jusqu'au 31.12.2022
<p>En cas de lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB, selon la classification 2008 des néoplasies hématopoïétiques et lymphoïdes de l'OMS) en rechute ou réfractaire à la thérapie, après au moins deux lignes de traitement.</p>		<p>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.</p>	
<p>Chez les patients pédiatriques et les jeunes adultes jusqu'à l'âge de 25 ans présentant une leucémie aiguë lymphoblastique à cellules B (LAL à cellules B), qui:</p> <ul style="list-style-type: none"> – est réfractaire, – a récidivé après une transplantation autologue de cellules souches, ou qui – a récidivé après deux ou plus lignes de traitement. 			

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
– Acicabtagène Ciloleucel: En cas de lymphome diffus à grandes cel- lules B (LDGCB, selon la classification 2008 des néoplasies hémato-poiétiques et lym-phoïdes de l'OMS) en rechute ou réfractaire à la théra- pie ou de lymphome médiastinal primitif à cellules B (LBPM), après au moins deux lignes de traitement	Oui	En cours d'évaluation. Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.	1.1.2020 jusqu'au 31.12.2022
9 Radiologie			
9.2 <i>Autres procédés d'imagerie</i>			
...			
Tomographie par émission de posi- trons (TEP, TEP/TC)	Oui	Dans des centres qui satisfont aux directives administratives du 20 juin 2008 de la Société suisse de médecine nucléaire (SSMN) ⁴ . a) Au moyen de 18F-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), seulement pour les indications sui- vantes: 1. en cardiologie: – comme mesure préopératoire avant une transplantation cardiaque, – en cas de suspicion de sarcoïdose car- diaque, comme diagnostic secondaire et contrôle thérapeutique – en cas de suspicion d'infection d'implants cardiologiques; 2. en oncologie: – selon les directives cliniques du 28 avril 2011 de la SSMN ⁵ , cha- pitre 1.0, pour TEP au FDG, 3. en neurologie: – comme mesure préopératoire en cas d'épilepsie focale résistante à la théra- pie, – pour diagnostic de démence: comme examen complémentaire dans des cas peu clairs, après examen préalable par des spécialistes en gériatrie, psy- chiatry ou neurologie; jusqu'à l'âge de 80 ans révolus, avec un test de	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/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2016/ 1.7.2018/ 1.1.2019/ 1.3.2019

⁴ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref.

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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		Folstein (Mini-Mental-Status-Test) d'au moins 10 points et une démence durant depuis 5 ans au maximum; pas d'examen préalable par TEP ou TEMP (<i>Single Photon Emission Computed Tomography</i>).	
		4. En médecine interne générale ou infectiologie: <ul style="list-style-type: none"> – en cas de fièvre d'origine inconnue, après un examen non conclusif en médecine interne et en infectiologie et imagerie médicale y compris IRM ou TC, selon prescription par des spécialistes en médecine interne générale, en infectiologie, en rhumatologie, en allergologie et immunologie clinique, – en cas de suspicion d'infection de grefons vasculaires, – en cas d'échinococcose alvéolaire dans la perspective d'une éventuelle suspension du traitement médicamenteux; 	
		5. En cours d'évaluation: <ul style="list-style-type: none"> pour la question «effet de masse», selon les directives cliniques du 28 avril 2011 de la SSMN, chapitre 2.0, pour TEP au FDG. 	1.7.2014/ 1.1.2018/ 1.1.2019/ 1.1.2020 jusqu'au 31.12.2020
		b) Au moyen de N-13 Ammoniaque, seulement pour l'indication suivante: <ul style="list-style-type: none"> pour examiner la perfusion du myocarde (au repos et à l'effort) en vue d'évaluer l'ischémie du myocarde. 	1.7.2013
		c) Au moyen de rubidium 82, seulement pour l'indication suivante: <ul style="list-style-type: none"> pour examiner la perfusion du myocarde (au repos et à l'effort) en vue d'évaluer l'ischémie du myocarde. 	1.7.2013
		d) Au moyen de 18F-Fluorocholine, seulement pour les indications suivantes: <ul style="list-style-type: none"> pour examiner une récurrence biochimique démontrée (élévation du PSA) d'un carcinome prostatique 	1.7.2014/ 1.1.2018/ 1.1.2019
		En cours d'évaluation: <ul style="list-style-type: none"> pour la localisation préopératoire d'un adénome parathyroïdien en cas d'hyperparathyroïdie primaire, si l'imagerie médicale conventionnelle est négative ou non conclusive (scintigraphie au sestamibi ou -TEMP/TC). 	1.7.2018 jusqu'au 30.6.2020

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		e) Au moyen de 18F Ethyl-Thyrosine (FET), seulement pour l'indication suivante: à des fins d'évaluation dans le cas des tumeurs cérébrales et de réévaluation dans le cas des tumeurs cérébrales malignes.	1.1.2016
		f) Au moyen du traceur PSMA, seulement pour l'indication suivante: pour examiner une récurrence biochimique démontrée (élévation du PSA) d'un carci- nome prostatique.	1.1.2017/ 1.1.2019
		g) Au moyen de peptides DOTA, seulement pour l'indication suivante: tumeurs neuroendocrines différenciées: éva- luation (<i>staging</i>) et réévaluation (<i>restaging</i>) du stade d'évolution de la maladie.	1.7.2017
		h) Au moyen de H ₂ ¹⁵ O, seulement pour l'indication suivante: pour mesurer la perfusion avant et après une intervention de revascularisation cérébrale en cas de maladie de Moyamoya.	1.7.2018
	Non	a) Au moyen de 18F-Fluoride	1.1.2013/ 1.7.2014/
		b) Au moyen de 18F-Florbetapir	1.1.2015/
		c) Avec d'autres isotopes que 18F-Fluoro-Deoxy- Glucose (FDG), 18F-Fluorocholine, N-13 Ammoniaque, rubidium 82 ou 18F-Ethyl- Thyrosine (FET), PSMA, péptides DOTA ou H ₂ ¹⁵ O	1.1.2011/ 1.1.2016/ 1.7.2017/ 1.7.2018/ 1.1.2019
...			

Annexe 1a
(art. 3c)**Restriction de prise en charge des coûts pour certaines interventions électives***Ch. I***I. Liste des interventions électives à effectuer en ambulatoire****1. Opérations des veines variqueuses des membres inférieurs**

Les interventions marquées d'un astérisque (*) ne doivent être effectuées en ambulatoire en principe que si elles sont unilatérales.

Code selon CHOP 2020 ⁶	Dénomination
<i>Ligature et stripping de veines variqueuses:</i>	
38.50	Ligature et stripping de veines variqueuses, site non précisé
<i>Ligature et stripping de veines variqueuses des membres inférieurs:</i>	
38.59.00	Ligature et stripping de veines variqueuses des membres inférieurs, SAP
38.59.10	Ligature, excision et stripping de veines variqueuses et veines perforantes des membres inférieurs (en tant qu'intervention indépendante)
38.59.20*	Crossectomie et stripping de veines variqueuses des membres inférieurs, SAP
38.59.21*	Crossectomie et stripping de la veine grande saphène
38.59.22*	Crossectomie et stripping de la veine petite saphène
38.59.30*	Crossectomie (isolée), SAP
38.59.31*	Crossectomie (isolée), veine grande saphène
38.59.32*	Crossectomie (isolée), veine petite saphène
38.59.40	Traitement de veines variqueuses par laser local
38.59.50	Traitement endoluminal de veines variqueuses
38.59.51	Traitement de veines variqueuses par laser endoveineux (EVLT)
38.59.52	Ablation endoveineuse de veines variqueuses par radiofréquence
38.59.59	Traitement endoluminal de veines variqueuses, autre
38.59.99	Ligature et stripping de veines variqueuses des membres inférieurs, autre
<i>Autre excision de vaisseau:</i>	
38.69	Autre excision de veines de membre inférieur

⁶ La classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP), version 2020, est disponible sur: www.statistique.admin.ch > Trouver des statistiques > Santé > Bases statistiques et enquêtes > Nomenclatures > Classifications et codages médicaux > Instruments pour le codage médical.

2. Interventions pour hémorroïdes

Code selon CHOP 2020	Dénomination
-------------------------	--------------

Interventions pour hémorroïdes:

49.40	Interventions pour hémorroïdes, SAP
49.41	Réduction d'hémorroïdes
49.42	Injection d'hémorroïdes
49.43	Cautérisation d'hémorroïdes
49.44	Destruction d'hémorroïdes par cryothérapie
49.45	Ligature d'hémorroïdes

Excision d'hémorroïdes:

49.46.00	Excision d'hémorroïdes, SAP
49.46.10	Excision d'hémorroïdes, hémorroïdopexie
49.46.11	Excision d'hémorroïdes, ligature d'artère hémorroïdale
49.46.12	Excision d'hémorroïdes avec plastie réparatrice
49.46.99	Excision d'hémorroïdes, autre
49.47	Évacuation d'hémorroïdes thrombosées
49.49	Interventions pour hémorroïdes, autre

3. Opérations unilatérales des hernies

Les interventions électives suivantes ne doivent en principe être effectuées en ambulatoire que:

- a. si elles concernent un seul côté du corps;
- b. s'il ne s'agit pas d'une opération de récurrence.

Code selon CHOP 2020	Dénomination
-------------------------	--------------

Réparation de hernie inguinale:

53.00	Réparation de hernie inguinale, SAP
-------	-------------------------------------

Opération de hernie inguinale, par chirurgie ouverte:

53.06.11	Opération de hernie inguinale, par chirurgie ouverte, sans implantation de membranes ou filets
53.06.21	Opération de hernie inguinale, par chirurgie ouverte, avec implantation de membranes et filets

Opération de hernie inguinale, par laparoscopie (:

53.07.11	Opération de hernie inguinale, par laparoscopie, sans implantation de membranes ou filets
53.07.21	Opération de hernie inguinale, par laparoscopie, avec implantation de membranes et filets
53.09	Réparation de hernie inguinale, autre

4. Examens/interventions au niveau du col utérin ou de l'utérus

Les interventions marquées du signe «°» ne doivent en principe être effectuées en ambulatoire que si elles sont indépendantes d'un accouchement.

Code selon CHOP 2020	Dénomination
<i>Opérations du col utérin:</i>	
67.0	Dilatation du canal cervical
<i>Techniques diagnostiques concernant le col utérin:</i>	
67.11	Biopsie endocervicale
67.12	Autre biopsie du col utérin
67.19	Autres techniques diagnostiques concernant le col utérin
67.2	Conisation du col utérin
<i>Autre excision ou destruction de lésion ou de tissu du col utérin:</i>	
67.31	Marsupialisation de kyste du col utérin
67.32	Destruction de lésion du col utérin par cautérisation
67.33	Destruction de lésion du col utérin par cryochirurgie
67.34	Destruction de lésion ou de tissu du col utérin par électrocoagulation
67.35	Destruction de lésion ou de tissu du col utérin par coagulation au laser
67.39	Autre excision ou destruction de lésion ou de tissu du col utérin
<i>Techniques diagnostiques concernant l'utérus et les structures de soutien:</i>	
68.11	Examen digital de l'utérus
<i>Endoscopie diagnostique de l'utérus et des structures de soutien:</i>	
68.12.00	Endoscopie diagnostique de l'utérus et des structures de soutien, SAP
68.12.10	Hystéroscopie, SAP
68.12.11	Hystéroscopie diagnostique
68.12.12	Hystérosalpingoscopie diagnostique
68.12.19	Hystéroscopie, autre
68.12.99	Endoscopie diagnostique de l'utérus et des structures de soutien, autre
68.15	Biopsie fermée des ligaments utérins
68.16	Biopsie fermée de l'utérus
<i>Autres opérations de l'utérus et des structures de soutien, Dilatation et curetage de l'utérus:</i>	
69.02°	Dilatation et curetage utérin après accouchement ou avortement
69.09	Autre dilatation et curetage de l'utérus
<i>Aspiration curetage de l'utérus:</i>	
69.52°	Aspiration curetage d'utérus après accouchement ou avortement
69.59	Aspiration curetage de l'utérus, autre

5. Arthroscopies du genou, y compris opérations du ménisque

Code selon CHOP 2020	Dénomination
-------------------------	--------------

Arthroscopie, genou:

80.26.00	Arthroscopie, genou, SAP
80.26.10	Arthroscopie diagnostique, genou
80.26.99	Arthroscopie, genou, autre

Menissectomie du genou:

80.6X.00	Ménissectomie du genou, SAP
80.6X.10	Ménissectomie du genou, sous arthroscopie, partielle
80.6X.11	Ménissectomie du genou, sous arthroscopie, totale
80.6X.99	Ménissectomie du genou, autre

Autre excision ou destruction locale de lésion articulaire, genou:

80.86.11	Débridement de l'articulation du genou
80.86.13	Excision de kyste méniscal de l'articulation du genou

6. Opérations sur des amygdales et des végétations adénoïdes

Code selon CHOP 2020	Dénomination
-------------------------	--------------

Tonsillotomie et adénoïdectomie:

28.2X.10	Résection partielle d'amygdale, sans excision de végétations adénoïdes
28.6	Excision de végétations adénoïdes, sans amygdaléctomie
