

LAA et OLAA valables à partir du 1.1.2017 dans le domaine des tarifs médicaux

Fiche d'information

1. Situation initiale

La nouvelle loi sur l'assurance-accidents (LAA) et l'ordonnance d'exécution (OLAA) s'y rapportant entrent en vigueur le 1.1.2017.

La présente fiche d'information explique l'impact sur les tarifs médicaux des principales modifications apportées aux deux actes législatifs.

2. Modifications apportées à la LAA

L'article 56 LAA, déterminant pour les tarifs médicaux, n'a subi que quelques adaptations d'ordre rédactionnel. Les modifications apportées à la loi n'ont aucun effet sur les tarifs médicaux et leur application ; ce qui n'est pas le cas de l'OLAA.

3. Modifications apportées à l'OLAA

*(Remarque : les nouveautés dans le texte de l'ordonnance apparaissent en **bleu**)*

De manière générale, le législateur a procédé, dans la mesure du possible et du raisonnable, à des ajustements de l'OLAA à la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et son ordonnance d'exécution (art. 56 al. 2 nLAA).

3.1. Art. 15 al. 2 OLAA

Lorsque l'assuré entre dans une autre division que la division commune ou dans un autre hôpital, l'assureur prend à sa charge les frais qu'il aurait dû rembourser conformément à l'al. 1 pour le traitement dans la division commune ou dans l'hôpital le plus proche qui soit approprié. *L'hôpital ne peut prétendre qu'au remboursement de ces frais.*

Interprétation :

Par souci de clarté, le législateur précise qu'un hôpital sans convention tarifaire peut uniquement prétendre au remboursement de la «taxe de référence». En vertu du principe des prestations en nature, cette prétention n'existe que vis-à-vis de l'assureur. Aucune facture supplémentaire en lien avec le traitement ne doit être émise à l'attention de la personne assurée ou de ses proches.

3.2. Art. 20 al. 3 OLAA

Si les fournisseurs de prestations et les assureurs ne parviennent pas à se mettre d'accord, le DFI peut fixer des montants maximums pour le remboursement des frais de dégagement et de sauvetage.

Interprétation :

Les services de transports de sauvetage étant désormais mentionnés comme fournisseurs de prestations, des précisions sont nécessaires pour le cas où les parties ne parviennent pas à un accord. Ce qui est maintenant fait.

3.3. Article 67 OLAA

¹ Les assureurs garantissent aux assurés des soins suffisants, de qualité et appropriés, au coût le plus avantageux possible.

² Le traitement et les moyens auxiliaires sont appropriés lorsque, en fonction des circonstances concrètes du cas d'espèce, ils sont adéquats et propres à atteindre le but légal dans un rapport coût-bénéfice raisonnable.

Interprétation :

La CTM accueille en principe favorablement l'ancrage des critères EAE et de la jurisprudence fédérale récente dans l'OLAA.

Le rapport explicatif postule cependant, avec renvoi à l'art. 21 LAA, que l'objectif légal ne se limite pas à obtenir un état de santé stable permettant une réinsertion. Sous le titre «traitement médical après la fixation de la rente», l'art. 21 mentionne en effet aussi d'autres objectifs, par exemple améliorer notablement, par des mesures médicales, la capacité de gain ou empêcher une notable diminution de celle-ci lorsque l'assuré gravement blessé présente une incapacité de travail. La CTM estime que cette interprétation de l'objectif légal est bien large et laisse les responsables de l'application de la loi dans l'incertitude quant à savoir quelles mesures ou moyens auxiliaires sont considérés, dans le cas d'espèce, comme efficaces, appropriés et économiques. Une interprétation large risque d'entraîner une extension des droits des assurés, à l'égard de laquelle la CTM se montre sceptique, en particulier si l'on considère que la principale tâche des assureurs-accidents est de garantir une réinsertion appropriée dans le processus de travail.

Le rapport explicatif affirme en outre que l'OPAS doit aussi servir de référence pour la prise en charge des prestations dans l'assurance-accidents. En d'autres termes, *«les prestations qui ont déjà été examinées en vertu de la LAMal et qui sont inscrites dans l'annexe 1 de l'OPAS comme exclues de l'obligation de prise en charge ne sont pas non plus remboursées dans l'assurance-accidents»*.

En principe, nous pensons qu'une coopération entre les branches des assurances sociales apporte une contribution utile en termes d'efficacité et de rationalisation dans le système de santé suisse. La CTM entretient d'ailleurs à cet effet un échange intense et institutionnalisé avec le DFI, notamment avec l'OFSP. L'interprétation donnée dans le rapport explicatif équivaut cependant à se mettre au diapason des institutions LAMal, ce à quoi nous nous opposons.

L'obligation de prise en charge des prestations se fonde, aussi bien dans l'AOS que dans la LAA, sur les mêmes principes des critères EAE. Abstraction faite du lien de causalité, les prestations obligatoires peuvent être refusées dans la LAA uniquement s'il est prouvé que les critères EAE ne sont pas remplis. C'est pourquoi la CTM se réserve le droit de rembourser certaines prestations AOS non obligatoires.

En cas de prise en charge de prestations non obligatoires selon l'annexe 1 à l'OPAS, l'égalité de traitement entre tous les assurés doit toutefois être garantie selon des critères clairement définis. Les conditions nécessaires à cet égard sont garanties par la publication systématique de recommandations CTM.

Par ailleurs, l'assureur-accidents ne prend pas seulement en charge le traitement proprement dit, mais également les coûts de suivi. Cette situation de responsabilité permet de prendre, dans le domaine de la LAA, des décisions divergeant de celles du domaine de l'AOS.

Exemple d'application :

Selon le chapitre 1.3 (Orthopédie, traumatologie) de l'annexe 1 à l'OPAS, les traitements chirurgicaux du cartilage (greffe ostéocondrale autologue - transplantation de cartilage ou d'os / mosaïcplastie - ACI) ne sont pas obligatoirement à la charge de l'assurance. Cela se justifie du point de vue médical dans le domaine de l'AOS, puisque les traitements mentionnés sont contre-indiqués en présence d'une arthrose et d'une inflammation articulaire.

En revanche, l'application des mêmes méthodes est judicieuse en cas de lésions traumatiques dans un cartilage biologiquement sain, car elles permettent de retarder ou d'éviter l'implantation d'une endoprothèse totale, notamment chez les jeunes assurés.

Voir recommandation et catalogue des critères ACI:

<https://www.mtk-ctm.ch/de/beschluesse/beschluesse-zu-leistungen-und-technologien/autologe-chondrozyten-transplantation-im-kniegelenk-act>

3.4. Article 68 OLAA

¹ Sont réputés *hôpitaux* les établissements suisses ou leurs divisions qui, placés sous direction médicale permanente et disposant d'un personnel soignant spécialement formé et d'installations médicales appropriées, servent au traitement hospitalier de maladies et de suites d'accidents *ou aux mesures hospitalières de réadaptation médicale*.

² Sont réputés établissements de cure les institutions qui, placées sous direction médicale et disposant d'un personnel spécialement formé et d'installations appropriées, servent au traitement complémentaire *ou à une cure*.

Interprétation :

Cette modification permet une meilleure distinction entre les types d'institutions «hôpital» et «établissement de cure». La réadaptation médicale est dispensée dans des hôpitaux, tandis que les cures thermales et les séjours de convalescence ont lieu dans des établissements de cure. Auparavant, il y avait régulièrement des établissements de cure qui aimaient à se définir comme des cliniques de réadaptation et se positionner ainsi au même niveau que les hôpitaux. Cette modification entend garantir que des établissements de cure ne puissent plus se réclamer du statut d'hôpital.

3.5. Article 70 OLAA

¹ Sont applicables par analogie pour la fixation des tarifs :

a. l'art. 43, al. 2 et 3, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)²;

b. l'art 49, al 1 et 3 à 6 LAMal.

² Les tarifs sont calculés en fonction de critères d'économie d'entreprise, tout en veillant à une structure adéquate des tarifs. Le tarif couvre au plus les coûts de la prestation qui sont justifiés de manière transparente et les coûts nécessaires à la fourniture efficace des prestations.

² RS 832.10

Interprétation

D'une part, cet article crée le lien avec les dispositions de la LAMal et précise, d'autre part, que les tarifs doivent être fondés sur des coûts présentés avec la transparence voulue. La CTM approuve cette seconde disposition car elle encourage les partenaires tarifaires ou de négociations à fixer des tarifs correspondant aux dépenses effectives.

Interprétation : «par analogie»

La CTM donne une interprétation juridique au terme «par analogie». Autrement dit, les principes s'appliquent dans les deux lois, mais doivent être adaptés aux conditions ou spécificités propres. Ce que cela signifie dans le cas (individuel) concret, n'a pas encore été défini et est actuellement sujet à interprétation. Une pratique d'interprétation se mettra en place avec le temps.

Interprétation : «Le tarif couvre au plus les coûts de la prestation qui sont justifiés de manière transparente et les coûts nécessaires à la fourniture efficiente des prestations» (→ gain d'efficacité)

En vertu de l'arrêt du Tribunal administratif fédéral rendu en avril 2014 dans la cause de l'Hôpital cantonal de Lucerne, les «coûts de la prestation justifiés» que le tarif doit couvrir au plus selon l'art. 59c al. a let. a OAMal ne se rapportent pas aux coûts de l'hôpital dont le tarif est à déterminer, mais aux coûts des hôpitaux efficaces qui constituent l'indice de référence (cf. consid. 2.6 et 2.10.1).

Le benchmarking repose sur les frais d'exploitation déterminants démontrés par chaque hôpital de manière transparente (cf. consid. 2.8).

Il est également possible, selon les explications données par le Tribunal administratif fédéral, qu'un hôpital pratique des prix de base pertinents pour le tarif susceptibles d'apporter un gain d'efficacité.

3.6. Article 70a OLAA

L'ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie² s'applique par analogie aux hôpitaux et établissements de cure mentionnés à l'art. 56, al. 1, LAA. Les services spécialisés compétents de la Confédération, l'association Commission des tarifs médicaux LAA ainsi que les partenaires tarifaires ont accès aux documents.

² RS 832.104

3.7. Article 70b OLAA

¹ *Pour la rémunération du traitement ambulatoire, les assureurs concluent avec les personnes exerçant une activité dans le domaine médical, le personnel paramédical, les hôpitaux et les établissements de cure, ainsi que les entreprises de transport et de sauvetage, des conventions de portée nationale qui règlent la collaboration et les tarifs. Les tarifs à la prestation sont basés sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse.*

² *Le délai de dénonciation des conventions sur la collaboration et les tarifs est d'au moins six mois.*

Interprétation :

Les groupes de fournisseurs de prestations (médecins, dentistes, chiropraticiens) ne sont plus explicitement mentionnés, mais définis de manière générale comme «personnes exerçant une activité dans le domaine médical». Comme dans l'ordonnance précédente, les tarifs doivent être convenus à l'échelle nationale. La nouvelle ordonnance souligne explicitement que les tarifs à la prestation doivent être basés sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Cette précision reflète une harmonisation avec la LAMal (art. 43 al. 5). La réglementation inscrite dans l'OLAA se fonde sur les structures tarifaires définies dans la LAA. L'idée n'est pas d'instaurer *une* structure tarifaire uniforme pour l'ensemble du système de santé; il est possible également d'avoir une structure tarifaire pour le domaine de la LAMal et une structure tarifaire pour le domaine de la LAA.

La CTM est par ailleurs libre de conclure des conventions tarifaires avec des groupes professionnels qui ne sont pas explicitement mentionnés dans la loi. Afin de satisfaire à l'exigence selon laquelle les prestations fournies dans le cadre de l'ordonnance sur la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-accidents (OMAA) doivent être remboursées selon une structure uniforme pour l'ensemble de la Suisse, la CTM a conclu des conventions tarifaires avec différents groupes professionnels. Font par exemple partie de ces groupes professionnels organisés en associations les techniciens en orthopédie, les bottiers-orthopédistes, les techniciens dentaires et les audioprothésistes.

3.8. Article 70c OLAA

¹ Pour la rémunération du traitement, de la nourriture et du logement dans la division commune d'un hôpital, les assureurs concluent des conventions sur la collaboration et les tarifs et conviennent de forfaits avec les hôpitaux. Les forfaits sont liés aux prestations et doivent être basés sur les structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les tarifs hospitaliers s'alignent sur l'indemnisation des hôpitaux qui fournissent les prestations de manière efficiente et dans la qualité requise à un prix avantageux.

² Les partenaires contractuels peuvent convenir que certaines prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne sont pas comprises dans le forfait mais facturées séparément.

³ Les rémunérations visées aux al. 1 et 2 sont prises en charge à 100 % par les assureurs.

⁴ Le délai de dénonciation des conventions sur la collaboration et les tarifs est d'au moins six mois.

Interprétation :

Les conventions conclues par la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) avec les fournisseurs de prestations règlent les droits et les obligations des parties contractantes, y compris les tarifs des prestations, en tenant compte des critères économiques, structurels et de qualité. En règle générale, les tarifs s'appliquent également à l'assurance militaire et à l'assurance-invalidité.

L'ordonnance mentionne désormais aussi un degré de financement concret.