

Participation aux coûts en cas de maternité, analyses de laboratoire lors de consultations à domicile et obligation de s'assurer pour les enseignants et les chercheurs étrangers

Nouvelle réglementation dans l'assurance-maladie

Gabriela Lang^a,
Susanne Christen^b

- a Avocate, Service juridique de la FMH
b Dr, département Tarifs et conventions pour la médecine ambulatoire en Suisse

Participation aux coûts en cas de maternité

A partir du 1^{er} mars 2014, les femmes seront exemptées [1] de la participation aux coûts (franchise, quote-part, frais hospitaliers) pour les prestations médicales fournies entre la 13^e semaine de grossesse et la 8^e semaine [2] qui suit l'accouchement, qu'elles rencontrent ou non des complications durant leur grossesse. Jusqu'à présent, selon une jurisprudence constante, les femmes ne participent pas aux coûts si leur grossesse se déroule normalement. Conformément à la nouvelle réglementation, le médecin qui suit la grossesse devra mentionner le début présumé de la 13^e semaine de grossesse sur la facture.

Les femmes qui subiront une fausse couche ou la naissance d'un enfant mort-né à partir de la 13^e semaine de grossesse ne devront pas non plus participer aux coûts des prestations fournies de la 13^e semaine de grossesse à la fausse couche ou à la naissance de l'enfant mort-né. La naissance d'un enfant mort-né après la 23^e semaine de grossesse sera considérée comme un accouchement, ce qui signifie que les prestations fournies durant les huit semaines qui suivent seront également exemptées de la participation aux coûts. En revanche, l'interruption de grossesse ne sera pas exemptée de la participation aux coûts.

Disposition transitoire: La réglementation actuelle de l'art. 104 al. 2 let. c OAMal s'applique pour les prestations fournies avant le 1^{er} mars 2014 (la date déterminante étant celle du traitement).

Prise en charge par l'AOS de six analyses effectuées lors de consultations à domicile

La FMH a demandé à l'OFSP une adaptation des conditions d'admission des laboratoires de cabinets médicaux afin de permettre à l'avenir au médecin traitant d'effectuer six analyses en dehors de son propre cabinet, à l'occasion d'une consultation au domicile du patient ou dans une maison de retraite ou un EMS, et de les facturer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). En effet, la réalisation de ces analyses, au moyen de bandelettes de test ou de petits appareils portables, permet d'obtenir un résultat en quelques minutes, ce qui facilite et accélère la pose de diagnostic et le traitement. Cela profite avant tout au patient et a aussi pour effet de réduire les coûts, en évitant une éventuelle deuxième consultation au cabinet ou au domicile du patient

voire un transport du patient au cabinet ou une hospitalisation.

La modification demandée a été approuvée par le Conseil fédéral et est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2014 [3]. Auparavant, ces analyses n'étaient prises en charge par l'AOS que si elles étaient effectuées dans un laboratoire de cabinet médical. Il s'agit de six analyses figurant sur la liste des analyses et pratiquées pour surveiller l'état de santé de malades chroniques ou en cas d'urgence, à savoir:

- D-dimère, qn (n° de position 1260.00)
- Glucose, sang/plasma/sérum (n° de position 1356.00)
- Temps de thromboplastine selon Quick/INR (n° de position 1700.00)
- Troponine, T ou I, test rapide; limitation: non cumulable avec position 1249.00 créatine-kinase (CK) (n° de position 1735.00)
- Bilan urinaire, partiel, 5-10 paramètres (n° de position 1740.00)
- Streptococcus bêta-hémolytique du groupe A, par méthode rapide (n° de position 3469.00)

Depuis le 1^{er} janvier 2014, ces analyses sont énumérées au chapitre 5.1 de la liste des analyses (Annexe A) dans le nouveau sous-chapitre 5.1.4 «Analyses effectuées par les médecins à l'occasion d'une consultation à domicile».

Obligation de s'assurer pour les enseignants et les chercheurs étrangers

Afin de renforcer le principe de solidarité dans le domaine de l'assurance-maladie, le Conseil fédéral a également décidé de lever au 1^{er} janvier 2014 l'exception de l'obligation de s'assurer pour les enseignants et les chercheurs étrangers domiciliés en Suisse. Depuis cette date, ces personnes sont également tenues de conclure une assurance-maladie obligatoire conformément à la loi sur l'assurance-maladie. Auparavant, les cantons pouvaient exempter de l'obligation de s'assurer les enseignants et les chercheurs étrangers ainsi que leur famille durant six ans au maximum. Ceux-ci devaient toutefois prouver qu'ils étaient assurés en cas de maladie.

Disposition transitoire: A titre transitoire, les exemptions accordées par les cantons avant l'entrée en vigueur de cette modification restent valables jusqu'à leur échéance, soit au maximum durant trois ans.

- 1 Art. 64 al. 7 LAMal révisé: L'assureur ne peut prélever aucune participation aux coûts des prestations suivantes: a) les prestations visées à l'art. 29 al. 2 LAMal et b) les prestations visées aux art. 25 et 25a LAMal qui sont fournies à partir de la 13^e semaine de grossesse, pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement.
- 2 Ce délai prend fin le 56^e jour après l'accouchement, à minuit (art. 105 al. 3 OAMal, nouveau).
- 3 Art. 54 al. 1 let. a ch. 4 OAMal révisé.

Correspondance:
Service juridique de la FMH
Elfenstrasse 18
Case postale 300
CH-3000 Berne 15
Tél. 031 359 11 11
Fax 031 359 11 12

lex[at]fmh.ch