



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI

Catalogue de mesures

Table ronde sur la maîtrise des coûts

du 27 octobre 2025



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI

C
GDK
S

Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
Conferenza delle diretrici e dei direttori cantonali della sanità

{FMH

ETH zürich

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

zhaw



science INDUSTRIES
SWITZERLAND

Universität
Zürich^{UZH}

spo
osp
osp
PATIENTENORGANISATION
ORGANISATION SUISSE
DE DES PATIENTS
ORGANIZZAZIONE SVIZZERA
DEI PAZIENTI

prio.SWISS



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Surveillance des prix

H+

DIE SPÄTÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Table des matières

Introduction	3
Contexte	3
Objectifs.....	3
Principes de travail.....	3
Remarque concernant l'estimation des économies	4
1. Mise en œuvre des recommandations ETS	5
Contexte	5
1.1. Autorégulation dans trois cas concrets d'ETS	6
1.2. Collaboration entre les assureurs et l'OFSP : contributions et dialogue permanent.....	6
2. Mise en œuvre plus efficace des modèles de prix	7
Contexte	7
2.1. Les codes d'indication réduisent la complexité des demandes de restitution	7
2.2. Les assureurs bénéficient d'un meilleur accès à l'information	8
2.3. Efforts supplémentaires pour faire valoir les demandes de restitution pour les années 2019-2025	8
3. Économies dans la liste des moyens et appareils	8
Contexte	8
3.1. Collaboration plus étroite entre les assureurs et l'OFSP	9
3.2. Adaptation des montants maximaux de remboursement dans la LiMA pour la location d'appareils CPAP.....	9
3.3. Enquête sur les prix des appareils	10
3.4. Mécanisme pour une communication régulière des prix des appareils.....	10
3.5. Réalisation d'une ETS	10
3.6. Révision du modèle de calcul des prix de location	10
4. Encouragement des soins ambulatoires	10
Contexte	10
4.1. Faire connaître les projets visant à encourager les soins ambulatoires	11
4.2. Extension de la liste AVOS	12
5. Encouragement de la <i>smarter medicine</i>	12
Contexte	12
5.1. Extension à d'autres sociétés de discipline médicale	12
5.2. Informations sur les soins excessifs et inappropriés dans les salles d'attente ..	12
5.3. Renforcer l'information des médecins de premier recours.....	12
5.4. Intégrer la <i>smarter medicine</i> dans les contrats de qualité.....	13
5.5. Développement du projet « LUCID ».....	13
6. Promotion des génériques et des biosimilaires	13
Contexte	13

6.1.	Prescription de principes actifs lors de la première prise en charge	13
6.2.	Passage des hôpitaux aux génériques et aux biosimilaires.....	14
6.3.	Adaptation de l'ordonnance concernant la quote-part	14
7.	Information des assurés.....	14
	Contexte	14
7.1.	Entrée en vigueur anticipée des art. 56a et 84, al. 1, let. j, LAMal	15
7.2.	Information des assurés concernant la quote-part majorée.....	15
7.3.	Informations complémentaires pour les assurés	15
8.	Laboratoires.....	16
	Contexte	16
8.1.	Réduction de dix francs de la taxe de commande	16
8.2.	Recommandation de la FAMH et de H+ à leurs membres visant à renoncer aux fees for service ou autres avantages.....	16
9.	Réduction des factures papier.....	17
	Contexte	17
9.1.	Entrée en vigueur de l'art. 42, al. 3 ^{ter} , LAMal au 1 ^{er} juillet 2026	17
9.2.	Définition d'une norme uniforme	18
9.3.	Délai transitoire de cinq ans pour les factures papier avec obligation de prise en charge des frais pour les fournisseurs de prestations	18
10.	Sensibilisation aux coûts et renforcement des compétences système.....	18
	Contexte	18
10.1.	Renforcement de la communication sur l'évolution des coûts	19
10.2.	Renforcement des compétences et des connaissances système.....	19
11.	Frais administratifs des assureurs.....	20
	Contexte	20
11.1.	Réduire les frais administratifs de 2 %	20
11.2.	Réduction des frais de port	20
12.	Répercussion des rabais.....	21
	Contexte	21
12.1.	Courrier à tous les médecins, hôpitaux et pharmaciens	21
12.2.	Davantage de membres de la convention nationale.....	22
12.3.	Tous les membres de H+ (218 hôpitaux et cliniques suisses) adhèrent à la convention	22
12.4.	Conclusion d'une convention entre pharmaSuisse et les assureurs	22
12.5.	Inscription des dispositifs médicaux dans l'ordonnance sur l'intégrité et la transparence dans le domaine des produits thérapeutiques (OITPTh).....	22

Introduction

Contexte

Depuis des années, la maîtrise des coûts de la santé est un élément important de la politique suisse de la santé. Les efforts portent, d'une part, sur des projets législatifs, tels que les deux volets de mesures visant à maîtriser les coûts adoptés par le Parlement, le contre-projet à l'initiative pour un frein aux coûts et l'encouragement des traitements ambulatoires par le biais du financement uniforme des prestations. D'autre part, la hausse des coûts est aussi endiguée par des mesures à court terme décidées par le Conseil fédéral, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) ou l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Ces dernières années, ces mesures à court terme ont permis d'économiser au moins 300 millions de francs par an, ce qui correspond à peu près à 1 % des primes.

Plusieurs acteurs du secteur de la santé ont déclaré qu'ils auraient souhaité une plus grande implication dans leur élaboration. Cette collaboration permettrait de mettre au point des mesures plus ciblées et plus pertinentes.

La conseillère fédérale Elisabeth Baume-Schneider a pris acte de cette critique. Soucieuse de renforcer la confiance entre les différents acteurs du système de santé et de favoriser la collaboration, elle a mis en place, fin novembre 2024, une table ronde sur la maîtrise des coûts de la santé.

Objectifs

La première table ronde s'est déroulée le 11 novembre 2024 à Berne. Elle a réuni des représentants des cantons (Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé, CDS), du corps médical (FMH), des hôpitaux (H+), des assureurs-maladie (aujourd'hui prio.swiss), de l'industrie pharmaceutique (scienceindustries, Intergenerika, Interpharma, vips), des organisations suisses de patients (OSP) et des milieux scientifiques, ainsi que le Surveillant des prix. À l'occasion de cette première table ronde, les acteurs ont convenu d'un objectif d'économies d'environ 300 millions de francs par an dès 2026, tout en excluant explicitement que ces économies s'effectuent au détriment des prestations médicales nécessaires et pertinentes.

Principes de travail

Un groupe d'experts a été institué afin d'élaborer des mesures concrètes visant à maîtriser les coûts ; tous les acteurs de la table ronde y sont représentés. Ce groupe se compose actuellement des personnes suivantes :

Stefan Honegger (direction) – Simon Wieser (représentant des milieux scientifiques / ZHAW) – Kerstin Noëlle Vokinger (représentante des milieux scientifiques / Université de Zurich et EPFZ) – Stéphanie Monod (représentante des milieux scientifiques / Université de Lausanne ; jusqu'au 1^{er} septembre 2025) – Kathrin Huber (secrétaire générale CDS) – Chantal Britt (membre du Conseil des patients OSP) – Manuel Jung (responsable Domaine de la santé, Surveillant des prix) – Tobias Burkhardt (médecin spécialiste en médecine interne FMH / président de la Société des médecins du canton de Zurich) – Kristian Schneider (CEO du Centre hospitalier Biel-Bienne / vice-président H+) – Marco Romano (directeur suppléant prio.swiss) – Alex Friedl (responsable Prestations et conseils au client, Sanitas) – Katharina Gasser (directrice générale Roche Pharma Suisse / présidente du comité de politique pharmaceutique scienceindustries). Thomas Christen (directeur suppléant de l'OFSP) a également participé aux réunions du groupe d'experts.

Dans le cadre de ses travaux, le groupe d'experts s'est notamment appuyé sur les grandes lignes suivantes :

- Les propositions de mesures visant à maîtriser les coûts dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) sont soumises par les membres du groupe d'experts ; l'administration soutient le groupe d'experts en lui apportant son expertise.
- Si possible, il convient d'élaborer des mesures qui se fondent notamment sur l'engagement volontaire des acteurs et qui ne passent pas forcément par la réglementation.
- Si les acteurs concernés par certaines mesures ne sont pas représentés à la table ronde, ils sont consultés.
- Les membres du groupe d'experts échangent régulièrement avec leurs représentants au sein de la table ronde sur l'avancement des travaux.
- L'objectif est d'obtenir le soutien le plus large possible pour les mesures élaborées, à la fois au sein du groupe d'experts et de la table ronde.
- La confidentialité des travaux est un élément essentiel pour la formation de l'opinion et la collaboration dans le groupe d'experts.

En 2025, le groupe d'experts s'est réuni huit fois pour travailler sur des propositions de mesures à l'attention de la table ronde. Début 2025, il a commencé par un large éventail d'une centaine de mesures soumises par les membres eux-mêmes. Ces propositions ont été classées par catégories, discutées et évaluées en groupes de travail. Quant à la méthodologie de travail, il était essentiel que tous les membres proposent aussi des mesures dans leur domaine de compétence, ce qui a favorisé une collaboration basée sur la confiance au sein du groupe d'experts et a permis de se concentrer sur des mesures impliquant des engagements volontaires de la part des acteurs.

Enfin, le groupe d'experts a choisi douze champs de mesures possibles pour une mise en œuvre à court terme en 2026 et 2027. Il a élaboré deux à cinq mesures par champ et cherché le dialogue avec les acteurs concernés qui ne sont pas représentés à la table ronde. Dès l'été 2025, les participants à la table ronde ont été associés de manière toujours plus étroite au processus, afin de parvenir à une adoption unanime du catalogue de mesures à l'occasion de la troisième table ronde, le 27 octobre 2025.

Dans le cadre de ses réunions, le groupe d'experts s'est, par ailleurs, tenu régulièrement informé de l'avancement des travaux relatifs à la « boîte à idées électronique ». Toute personne intéressée a pu y soumettre des propositions concrètes pour maîtriser la hausse des coûts du 15 mai au 20 juin 2025. Le groupe d'experts analysera minutieusement les propositions pertinentes qui lui ont été soumises dans un prochain bloc de travail, sans doute en 2026, pour les intégrer dans ses travaux à l'attention de la table ronde.

Remarque concernant l'estimation des économies

L'estimation des économies escomptées est un défi, notamment parce qu'il n'a pas été possible d'appliquer des modèles de calcul mathématiques dans le peu de temps disponible. La table ronde a donc décidé de ne chiffrer que les économies pour lesquelles elle disposait de bases suffisantes pour une estimation. Pour toutes les autres mesures, elle a renoncé à des estimations concrètes, raison pour laquelle le montant des économies effectivement réalisables devrait être nettement plus élevé que les 303 millions de francs indiqués.

Certaines mesures ne permettront de réaliser des économies qu'à partir de la moitié de l'année 2026, par exemple parce que des modifications d'ordonnance sont encore nécessaires. Les montants indiqués correspondent toutefois aux économies estimées par an. Il est important que les différents projets et les économies prévues soient accompagnés et vérifiés. À cet égard, la responsabilité incombe, dans la mesure du possible, aux acteurs chargés des mesures concernées.

1. Mise en œuvre des recommandations ETS

Secteur de la santé : ensemble du secteur

Acteurs : fournisseurs de prestations, assureurs-maladie, Confédération/OFSP

Potentiel d'économies : 25 millions de francs

Mode de mise en œuvre : engagement volontaire

Contexte

Au niveau international, l'évaluation des technologies de la santé (ETS, ou *health technology assessment*, HTA) désigne l'évaluation systématique des procédures et technologies médicales. L'ETS est considérée comme un instrument important de conseil politique et de prise de décision factuels. Elle permet d'analyser l'efficacité, l'adéquation et l'économicité d'une prestation médicale. Les résultats peuvent contribuer à limiter ou à supprimer les prestations inefficaces ou non économiques dans l'obligation de prise en charge. Une réduction de telles prestations améliore la qualité du système de santé et diminue les coûts. L'OFSP est chargé de la mise en œuvre des programmes ETS.

En Suisse, une ETS peut conduire de deux façons à l'exclusion d'une prestation de la prise en charge par l'AOS :

1. Régulation

- a) *Exclusion générale* : la prestation est déclarée, en principe, non remboursable. Cette décision est prise par voie d'ordonnance ou, dans le cas des médicaments, par voie de décision dans le cadre de la liste des spécialités.
- b) *Exclusion sous conditions* : la prestation n'est remboursée qu'à certaines conditions. Celles-ci sont fixées sous la forme de limitations clairement définies, par exemple l'indication de traitement autorisée et sont aussi réglementées par voie d'ordonnance ou de décision.

2. Autorégulation

Afin d'éviter une exclusion sous conditions, qui peut s'avérer très lourde sur le plan administratif, il peut être judicieux de commencer par emprunter la voie de l'autorégulation. L'accent porte alors sur le fait que les fournisseurs de prestations, sans régulation, se limitent aux applications de la prestation qui sont réellement indiquées. Une *régulation* est seulement mise en place si l'*autorégulation* est infructueuse.

La mise en œuvre de l'*autorégulation* est un défi, car les fournisseurs de prestations concernés doivent en être informés et incités à l'appliquer sur une base volontaire. Dans le même temps, le contrôle par les assureurs-maladie est fastidieux, car les décomptes de prestations ne contiennent généralement aucune donnée sur l'indication de traitement.

Les membres de la table ronde souhaitent contribuer, grâce aux mesures suivantes, à une mise en œuvre encore plus volontariste des recommandations existantes et futures en matière d'autorégulation.

La réduction visée par les prestations suivantes devrait permettre des économies de l'ordre de 25 millions de francs. À plus long terme, l'attention accrue portée à la mise en œuvre des ETS devrait permettre des économies nettement plus importantes.

1.1. Autorégulation dans trois cas concrets d'ETS

L'OFSP a réalisé et publié les trois ETS suivantes : tests hormonaux en cas de suspicion de dysfonctionnement de la glande thyroïde, tests de vitamine B12, décompression sous-acromiale comme traitement contre les douleurs à l'épaule inférieure.

Les associations des hôpitaux et du corps médical, H+ et la FMH, prennent des mesures de communication appropriées afin d'attirer davantage l'attention des fournisseurs de prestations sur ces ETS et d'améliorer leur mise en œuvre, à condition que les sociétés de discipline médicale concernées soutiennent les recommandations par leur expertise médicale.

Les mesures de communication suivantes sont prévues :

- tests hormonaux en cas de suspicion de dysfonctionnement de la glande thyroïde et tests de vitamine B12 :
 - o lettre d'information, y c. fiche d'information des sociétés de discipline médicale à l'attention des membres de la Société suisse de médecine interne générale
 - o articles sur ces deux thèmes dans les revues spécialisées BMS (*Bulletin des médecins suisses*), *Competence H+* et – dans la mesure du possible – *Swiss Medical Weekly*.
 - o examen de leur intégration dans les recommandations de *smarter medicine*
 - o échange entre les sociétés de discipline médicale et l'Association des laboratoires médicaux de Suisse (FAMH) sur la manière dont les formulaires de demande peuvent être adaptés pour les analyses de laboratoire
- décompression sous-acromiale comme traitement contre les douleurs à l'épaule inférieure :
 - o lettre d'information de l'OFSP, au nom de la table ronde, aux membres de la Société suisse d'orthopédie et de traumatologie (swiss orthopaedics) indiquant qu'il convient de renoncer aux traitements isolés. Information selon laquelle l'OFSP assurera le monitoring du nombre de telles opérations isolées, dans la mesure du possible, et sans charges administratives excessives.

L'objectif de cette campagne de communication est :

- une réduction de 10 % des tests hormonaux en cas de suspicion de dysfonctionnement de la glande thyroïde → économies d'environ 8 millions de francs
- une réduction de 20 % des tests de vitamine B12 → économies d'environ 7 millions de francs
- pas de décompression sous-acromiale isolée comme traitement contre les douleurs à l'épaule inférieure → économies de 10 millions de francs

1.2. Collaboration entre les assureurs et l'OFSP : contributions et dialogue permanent

L'OFSP et prio.swiss doivent collaborer encore plus étroitement pour identifier les thèmes ETS. Cette coopération a pour objectif d'identifier assez tôt les questions pertinentes et de garantir une sélection judicieuse et appropriée des thèmes ETS. Elle comprend notamment un échange régulier d'informations sur les thèmes potentiels et une évaluation conjointe des propositions de thèmes selon des critères définis. La mise en œuvre de cette mesure s'inscrit dans le cadre des ateliers initiés en 2024 par l'OFSP avec différents assureurs et leur association prio.swiss. Les processus et les responsabilités en matière d'identification et d'examen des thèmes ETS y sont définis afin de garantir une collaboration efficace à long terme.

2. Mise en œuvre plus efficace des modèles de prix

Secteur de la santé : médicaments

Acteurs : entreprises pharmaceutiques; assureurs-maladie, fournisseurs de prestations

Potentiel d'économies : 20 millions de francs

Mode de mise en œuvre : optimisation des processus et engagement volontaire

Contexte

S'agissant des médicaments onéreux, des restitutions sur les prix sont fixées au profit des assurés à l'aide de modèles de prix. Cette mesure vise, d'une part, à garantir l'accès des patients suisses à des médicaments innovants et onéreux. À cet effet, il existe, « derrière » les prix officiels, des conventions de rabais entre l'industrie pharmaceutique et l'OFSP.

D'autre part, des modèles de prix peuvent être appliqués pour freiner la hausse des coûts et minimiser les risques lorsqu'il existe des incertitudes quant aux quantités de médicaments vendus ou à leur efficacité. Les modèles de prix peuvent être publiés ou confidentiels.

Les modèles de prix dans la liste des spécialités – la liste des médicaments remboursés par l'AOS – ainsi que pour le remboursement des médicaments au cas par cas génèrent donc pour les assureurs-maladie un droit de restitution à l'égard des entreprises pharmaceutiques, afin que ces restitutions profitent effectivement au collectif d'assurés.

L'expérience montre que ces restitutions sont exigées avec beaucoup de retard et que le taux de restitution varie selon les assureurs. D'après les estimations, jusqu'à 20 % des prétentions n'auraient pas été réclamées depuis l'introduction des modèles de prix. Les raisons en sont multiples. En premier lieu, les assureurs ne disposent parfois pas des informations nécessaires sur l'usage concret du médicament sous une forme automatisable. Ces informations figurent dans la demande de garantie de prise en charge, mais pas sur la facture. Cela signifie que les assureurs doivent associer à la facture les modèles de prix et les détails de la formation des prix pour le remboursement au cas par cas (p. ex. statut du brevet, comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger, distinction entre indication principale et secondaire), ce qui nécessite un travail manuel important.

La table ronde s'accorde sur la nécessité de prendre des mesures pour simplifier le processus et augmenter le taux de restitution. En partant du principe que le taux de restitution peut passer de 80 à 90 %, il est possible d'escompter des économies de l'ordre de 20 millions de francs.

2.1. Les codes d'indication réduisent la complexité des demandes de restitution

L'OFSP a élaboré des mesures visant à réduire la complexité des demandes de restitution, en particulier une nouvelle obligation de produire un code d'indication sur la facture. Ce code permet de déterminer le modèle de prix applicable et simplifie la formulation de la demande de restitution aux entreprises pharmaceutiques par les assureurs.

Le code d'indication sera obligatoire dès le 1^{er} janvier 2027. Dès lors, les factures sans code d'indication seront refusées par les assureurs.

Les obligations suivantes contribuent à une application aussi étendue que possible du code d'indication dès 2026 :

- début 2026, l'OFSP publiera une circulaire recommandant de produire dès lors le code d'indication sur la facture ;
- prio.swiss s'engage à demander à tous les assureurs de produire le code d'indication à appliquer pour les garanties de prise en charge et aux fournisseurs de prestations d'indiquer ce code sur la facture ;
- H+ et la FMH s'engagent à transmettre la circulaire de l'OFSP à leurs membres afin de s'assurer que les codes d'indication figurent déjà sur les factures en 2026 ;
- prio.swiss s'engage à désigner des codes d'indication dans le classement sectoriel des utilisations hors indication afin de permettre une application uniforme.

2.2. Les assureurs bénéficient d'un meilleur accès à l'information

Les associations pharmaceutiques s'engagent, par ailleurs, à convaincre leurs membres de s'affilier, d'ici fin 2025, à un prestataire professionnel qui garantit aux assureurs la transparence sur les modèles de prix et les modèles de rémunération dans des cas particuliers au sens de l'art. 71a ss de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal). Il existe déjà une solution sectorielle pour les modèles de prix dans la liste des spécialités (SmartMIP), qui couvre environ 80 % des modèles de prix, une proportion qu'il faudrait encore augmenter. Il existe aussi une possibilité (SmartSL) pour la publication de la formation des prix dans le cadre de la prise en charge dans des cas particuliers au sens de l'art. 71a ss OAMal, dont la branche doit encore davantage tenir compte.

2.3. Efforts supplémentaires pour faire valoir les demandes de restitution pour les années 2019-2025

Les assureurs-maladie sont conscients que les droits à la restitution prévus dans les modèles de prix peuvent se prescrire ou s'éteindre après un certain temps. C'est pourquoi ils feront valoir a posteriori en 2025 et 2026 les droits à la restitution depuis l'introduction des modèles de prix. Pour ce faire, ils renforceront leurs équipes chargées des demandes de restitution ou feront appel à un prestataire professionnel.

3. Économies dans la liste des moyens et appareils

Secteur de la santé : moyens et appareils

Acteurs : assureurs-maladie, centres de remise de moyens et d'appareils, Confédération/OFSP

Potentiel d'économies : 7 millions de francs (mesure 3.2), renoncement à une estimation pour les autres mesures

Mode de mise en œuvre : modification d'ordonnance ; enquêtes

Contexte

La liste des moyens et appareils (LiMA) de l'OFSP répertorie les dispositifs médicaux prescrits par un médecin et servant à examiner ou à traiter une maladie à domicile ou en EMS. L'AOS prend en charge les coûts de ces dispositifs. Il s'agit de dispositifs tels que les appareils de thérapie respiratoire, le matériel d'incontinence ou les lecteurs de glycémie.

La prise en charge des moyens et appareils a fait l'objet d'une étude approfondie menée par un sous-groupe du groupe d'experts. Cette étude s'est concentrée sur plusieurs éléments :

- introduction d'options ou d'obligations d'achat à la place de la location, qui est fréquente à l'heure actuelle ;
- analyse visant à déterminer pourquoi les options d'achat sont rarement utilisées ;
- contrôle des paramètres essentiels pour la fixation des montants maximaux de remboursement, à savoir les prix des dispositifs et la durée moyenne de location.

Les résultats de cette étude peuvent se résumer comme suit :

- Les travaux menés dans ce cadre ont révélé que les assureurs disposent de diverses données intéressantes pour actualiser les montants maximaux de remboursement. C'est pourquoi il est indispensable d'approfondir la collaboration entre l'OFSP et les assureurs.
- En principe, l'introduction de nouvelles options d'achat, voire d'obligations d'achat, est soutenue. Toutefois, il y a de nombreuses questions en suspens. Il s'agit de les examiner en détail, dans le cadre d'une évaluation des technologies de la santé (ETS), à partir de l'exemple des appareils CPAP (*continuous positive airway pressure*, c.-à-d. des appareils de thérapie respiratoire).
- Le modèle de calcul actuellement appliqué pour fixer la rétribution des locations date de 2020. Du point de vue de plusieurs prestataires, ce modèle ne donne pas des résultats pertinents. Son actualisation est donc proposée.
- En vérifiant les bases de données concernant la durée de location, il est apparu que la durée de location appliquée pour les appareils CPAP (position 14.11.02.00.1) était trop courte. Les données des assureurs montrent que la durée moyenne de location est nettement supérieure à celle prise en compte dans le calcul de la location. Il convient donc de demander au DFI de corriger rapidement le montant maximal de remboursement de la location des appareils CPAP.
- Les prix des appareils enregistrés dans les modèles de calcul sont peu fondés et ne sont pas régulièrement actualisés. Le sous-groupe a cherché à déterminer les prix actuels des appareils, qui ne lui ont toutefois pas été communiqués dans les délais impartis. Il est donc proposé à l'OFSP de s'adresser aux principaux prestataires au nom de la table ronde et de réaliser une nouvelle enquête sur les prix. De plus, il est nécessaire d'élaborer un nouveau mécanisme qui prévoit une obligation de déclaration régulière des prix (y c. indication des prix dans les pays de référence), par exemple tous les 24 mois.

La table ronde soutient ces recommandations et les mesures suivantes qui en découlent :

3.1. Collaboration plus étroite entre les assureurs et l'OFSP

Les assureurs s'engagent à former, par l'intermédiaire de prio.swiss, un groupe de travail avec l'OFSP à partir de 2026 afin de pouvoir échanger les données importantes pour la fixation des montants maximaux de remboursement. La charge administrative des assureurs doit rester faible.

3.2. Adaptation des montants maximaux de remboursement dans la LiMA pour la location d'appareils CPAP

Sur la base des nouvelles données des assureurs (durée moyenne de location), le montant maximal de remboursement pour la location d'appareils CPAP (position 14.11.02.00.2) doit être réduit de 1,50 franc à 1,36 franc. Le DFI est chargé de procéder à une adaptation de la LiMA au 1^{er} juillet 2026 et de fixer le nouveau montant du remboursement de la location.

3.3. Enquête sur les prix des appareils

Il convient de charger l'OFSP, de mener une enquête, au nom de la table ronde, afin de recenser les prix actualisés des moyens et appareils (y c. l'indication des prix pratiqués dans les pays de référence) les plus vendus et de recalculer les montants maximaux de remboursement en conséquence.

3.4. Mécanisme pour une communication régulière des prix des appareils

La table ronde propose au DFI d'introduire un nouveau mécanisme prévoyant une obligation de communiquer régulièrement les prix des appareils (p. ex. tous les deux ans).

3.5. Réalisation d'une ETS

Une ETS permet d'examiner en détail les évolutions possibles de la LiMA. L'accent doit porter sur les obligations d'achat, les options d'achat et les montants maximaux de remboursement échelonnés pour la location.

Le cas des appareils CPAP (location), un poste de coûts important de la LiMA, peut servir de base solide grâce à la méthodologie ETS. Sur cette base, un modèle économique tenant compte de toutes les variables pertinentes en matière de location ou d'achat permet d'élaborer des scénarios cohérents pour les montants de remboursement et les autres conditions de prise en charge (durée de location, indications, etc.).

3.6. Révision du modèle de calcul des prix de location

Le modèle de calcul des locations sera revu et actualisé dès que les ressources de l'OFSP le permettront.

4. Encouragement des soins ambulatoires

Secteur de la santé : traitements ambulatoires

Acteurs : fournisseurs de prestations, cantons, assureurs-maladie

Potentiel d'économies : 5 millions de francs

Mode de mise en œuvre : modification d'ordonnance, engagement volontaire

Contexte

Le système de financement actuel incite les hôpitaux et leurs prestataires médicaux à fournir des traitements en milieu stationnaire qui pourraient être effectués en ambulatoire d'un point de vue médical. Cette situation s'explique, d'une part, par une meilleure rémunération dans le domaine stationnaire par rapport au domaine hospitalier ambulatoire et, d'autre part, par l'absence (actuelle) de structures optimisées pour les traitements ambulatoires. Les assurances complémentaires ont aussi une certaine influence sur le recours aux soins ambulatoires.

La liste continuellement actualisée des interventions, dont les coûts ne sont pris en charge qu'en ambulatoire (liste AVOS [« ambulatoire avant stationnaire »] ; annexe 1a de l'OPAS), impose de fournir des justifications médicales lorsqu'un traitement figurant sur cette liste est dispensé en milieu stationnaire. C'est pourquoi le DFI prévoit d'élargir encore cette liste AVOS. La table ronde y est favorable. Dans le même temps, toutes les parties prenantes sont conscientes que les effets précis de la nouvelle structure tarifaire ambulatoire à partir de

2026 en termes de couverture des coûts ne pourront être analysés qu'après un certain temps et que les incitations inopportunies décrites ci-dessus n'ont pas encore été supprimées.

Tous les acteurs concernés – hôpitaux, cantons et assureurs – ont intérêt à promouvoir le recours aux soins ambulatoires avant même l'entrée en vigueur du financement uniforme. Compte tenu des incitations inopportunies à l'heure actuelle, il y a toutefois un risque que, sans mesures supplémentaires, le recours aux soins ambulatoires ne progresse pas au rythme souhaité.

Une possibilité pour encourager le recours aux soins ambulatoires consiste à mettre en place des incitations financières. Le canton de Berne, la Communauté d'achat HSK et le Centre hospitalier Biel-Bienne ont ainsi conclu une convention dans le but de contribuer concrètement à ce recours aux soins ambulatoires. Le modèle prévoit que le canton participe au financement des prestations ambulatoires et bénéficie en contrepartie d'économies par rapport à un traitement stationnaire. Grâce à la contribution du canton, l'hôpital reçoit une compensation pour cette prestation ambulatoire, car il n'effectue pas de traitement stationnaire et peut ainsi réduire les structures stationnaires. À long terme, les assurés bénéficient aussi de l'encouragement des soins ambulatoires.

La table ronde recommande aux partenaires tarifaires et aux cantons d'examiner ces approches en détail et de les mettre en œuvre. À noter que, selon le canton ou la structure hospitalière, ces projets devront être adaptés à des spécificités particulières et que, dans certains cantons, leur introduction n'est pas possible faute de bases légales.

Les fournisseurs de prestations soulignent qu'ils peuvent uniquement soutenir la mesure d'encouragement des soins ambulatoires si les prestations ainsi facturées en ambulatoire n'entraînent pas des mesures de correction supplémentaires dans le cadre de la nouvelle structure tarifaire ambulatoire. C'est pourquoi la table ronde insiste sur le fait que les efforts visant à accroître les soins ambulatoires doivent être pris en compte dans le cadre de la neutralité des coûts du nouveau tarif médical ambulatoire. Comme le Conseil fédéral l'a également souligné, il sera nécessaire de veiller à ne pas pénaliser les cantons qui privilégient déjà l'ambulatoire. Les efforts des cantons pour développer et optimiser les soins ambulatoires ne doivent pas être sanctionnés par des mesures correctives indifférenciées, mais valorisés et soutenus.

La table ronde souligne que cette mesure ne peut être efficace que jusqu'à l'entrée en vigueur partielle de la modification de la LAMal relative au financement uniforme des prestations en 2028. Dès lors, la situation changera, car les cantons devront alors, de toute façon, financer une partie des prestations ambulatoires. Les enseignements tirés de ces projets devront être pris en compte dans les réflexions tarifaires pour la période à partir de 2028.

Le potentiel d'économies à court terme de tels projets est difficile à estimer, raison pour laquelle le groupe d'experts renonce à fournir une estimation concrète des coûts. Toutefois, le recours accru aux soins ambulatoires entraîne dans tous les cas une modération de la hausse des coûts.

4.1. Faire connaître les projets visant à encourager les soins ambulatoires

La CDS, H+ et prio.swiss s'engagent à faire connaître l'approche des projets et à contribuer ainsi à ce que d'autres projets puissent être lancés pour les années 2026/2027, pour autant que cela soit possible, indiqué et judicieux.

4.2. Extension de la liste AVOS

La table ronde sur la maîtrise des coûts de la santé soutient l'extension prévue par le DFI de la liste AVOS, tout en prenant acte des réserves émises notamment par H+ quant à de nouvelles extensions de cette liste.

5. Encouragement de la *smarter medicine*

Secteur de la santé : ensemble du secteur

Acteurs : association *smarter medicine*, fournisseurs de prestations, assureurs-maladie

Potentiel d'économies : renoncement à proposer une estimation

Mode de mise en œuvre : information, autodéclaration

Contexte

L'organisation à but non lucratif *smarter medicine* et son association faîtière ont pour objectif que les mesures médicales ne soient appliquées que lorsqu'elles sont réellement utiles pour les patients. Les listes « Top 5 » doivent, en particulier, contribuer à réduire les soins excessifs et inappropriés et, ainsi, à améliorer la qualité des traitements. Ces prestations n'ont aucun bénéfice net pour les patients ou le système de santé, peuvent entraîner des complications et mobilisent inutilement des ressources.

En plus de l'objectif principal visant à améliorer la qualité, les travaux de *smarter medicine* peuvent aussi avoir pour effet secondaire bienvenu de freiner la hausse des coûts, notamment en évitant les tests, les médicaments ou les interventions inutiles. Les participants à la table ronde saluent l'engagement de *smarter medicine* et y voient le potentiel de renforcer son impact par des mesures ciblées. L'organisation ne doit toutefois pas être accaparée par les efforts de maîtrise des coûts, ce qui réduirait l'acceptation de son travail par les fournisseurs de prestations et les patients. C'est pourquoi le groupe d'experts renonce délibérément à estimer les économies réalisées grâce aux mesures suivantes.

5.1. Extension à d'autres sociétés de discipline médicale

La FMH s'engage à ce que toutes les sociétés de discipline médicale publient une liste « Top 5 ».

5.2. Informations sur les soins excessifs et inappropriés dans les salles d'attente

L'organisation *smarter medicine* et la *Revue Médicale Suisse* ont créé plusieurs affiches destinées aux cabinets des médecins de premier recours au sujet de quelques recommandations « Top 5 ». Celles-ci concernent notamment l'utilisation de somnifères ou d'inhibiteurs de la pompe à protons. H+ et la FMH soutiennent la distribution des affiches afin qu'elles puissent être accrochées dans les salles d'attente des cabinets médicaux et des hôpitaux. Les assureurs s'engagent quant à eux à diffuser ces informations par le biais des canaux de communication existants.

5.3. Renforcer l'information des médecins de premier recours

Avec le soutien de la FMH, *smarter medicine* élaborera à l'avenir des listes des dix recommandations « Top 5 » les plus importantes. La FMH s'engage à publier cette liste dans le *Bulletin des médecins suisses* et à la transmettre par voie électronique aux sociétés de

discipline médicale concernées ainsi qu'aux instituts de médecine de premier recours pour qu'ils informent, par ce biais, leurs membres sur les listes « Top 5 ».

5.4. Intégrer la *smarter medicine* dans les contrats de qualité

H+, la FMH et les assureurs, par l'intermédiaire de prio.swiss, intègrent la mise en œuvre des listes « Top 5 » de *smarter medicine* dans les contrats de qualité en tant que mesure de qualité reconnue.

5.5. Développement du projet « LUCID »

Le projet « LUCID » (*low value care in medical hospitalized patients*) vise à améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux universitaires en identifiant les traitements à faible valeur ajoutée. L'objectif est de mettre en place un véritable monitorage, comme le recommande le rapport national sur la qualité. La table ronde soutient ce projet et s'engage à ce qu'il devienne un tableau de bord national qui devra aussi inclure les cabinets médicaux.

6. Promotion des génériques et des biosimilaires

Secteur de la santé : médicaments

Acteurs : entreprises pharmaceutiques ; assureurs-maladie

Potentiel d'économies : renoncement à proposer une estimation. Une diffusion supplémentaire des génériques entraînera sans aucun doute une baisse des coûts. Voir mesure 7.2, qui concerne aussi le domaine des génériques.

Mode de mise en œuvre : engagement volontaire

Contexte

Depuis le 1^{er} janvier 2024, une quote-part majorée jusqu'à 40 % est appliquée à certaines préparations originales. Les patients doivent donc assumer une part plus importante des coûts des médicaments s'ils n'achètent pas de génériques ou de biosimilaires sans raison médicale.

Cette réglementation s'accompagne d'obligations d'information accrues pour les médecins, les hôpitaux et les pharmaciens. Si la première remise d'une préparation originale se fait sans mention de la quote-part plus élevée, les patients pourraient s'y opposer juridiquement. Les assureurs pourraient aussi prendre des mesures contre les prescriptions injustifiées de la préparation originale pour des raisons médicales, car depuis 2024, une documentation prouvant l'intolérance aux génériques utilisés est requise.

Les membres de la table ronde souhaitent donc prendre des mesures afin que cette augmentation de la quote-part affecte le moins possible les patients. Ils ont décidé les mesures suivantes :

6.1. Prescription de principes actifs lors de la première prise en charge

La FMH s'engage à recommander à ses membres de prescrire des principes actifs lors de la première remise de médicaments. Les patients ont ainsi la liberté de se procurer une préparation originale, un générique ou un biosimilaire. Cette mesure librement consentie présente l'avantage de permettre la prescription d'une préparation spécifique dans des cas particuliers où la prescription d'un principe actif n'est pas indiquée pour des raisons médicales. La liberté de prescription des médecins n'est pas restreinte.

6.2. Passage des hôpitaux aux génériques et aux biosimilaires

H+ recommande à ses membres d'utiliser à l'avenir des génériques et des biosimilaires dans les secteurs stationnaire et ambulatoire, dans la mesure où cette solution est judicieuse sur le plan médical. Les hôpitaux remplissent ainsi leur devoir d'information et réduisent la quote-part plus élevée de leurs patients. En raison des contrats de stockage et de livraison existants, cette transition ne pourra pas intervenir immédiatement.

6.3. Adaptation de l'ordonnance concernant la quote-part

Pour les médicaments soumis à une quote-part majorée, la moitié du montant dépassant les 10 % prévus par la loi est actuellement prise en compte dans la quote-part annuelle maximale de 700 francs. Une fois la quote-part maximale atteinte, plus aucune quote-part n'est due – la quote-part majorée perd sa fonction incitative. Le DFI envisage d'adapter la réglementation existante dans l'ordonnance et prépare un projet destiné à la consultation. D'après cette réglementation, l'effet de la quote-part majorée devrait être amélioré en rendant toujours exigible la part non imputable de la quote-part majorée à l'achat de préparations originales coûteuses et d'efficacité équivalente. Comme jusqu'ici, aucune quote-part majorée ne sera prélevée en cas de prescription médicalement justifiée d'une préparation originale. La table ronde soutient cette volonté d'élaborer un tel projet destiné à la consultation.

7. Information des assurés

Secteur de la santé : assureurs-maladie, mesure concrète concernant les médicaments

Acteurs : assureurs-maladie

Potentiel d'économies : 25 millions de francs

Mode de mise en œuvre : engagement volontaire et entrée en vigueur anticipée d'une révision de la LAMal

Contexte

Par le passé, les assureurs-maladie ont souligné à plusieurs reprises le potentiel de la communication d'informations ciblées à leurs assurés pour contribuer à la maîtrise des coûts. La révision de la loi dans le cadre du deuxième volet de mesures visant à maîtriser les coûts prévoit, à l'art. 56a LAMal et à l'art. 84, al. 1, let. j, OAMal, la possibilité pour les assureurs d'informer leurs assurés de manière ciblée sur les prestations plus avantageuses, sur le choix de formes particulières d'assurance appropriées et sur des mesures préventives. Les droits de la personnalité des assurés sont préservés. Les assureurs informeront les assurés que la réception des informations et le suivi des recommandations sont facultatifs.

Une première mise en œuvre de la nouvelle disposition s'impose pour les produits d'imitation, c'est-à-dire les génériques et les biosimilaires. La table ronde est convaincue que l'utilisation supplémentaire de génériques et de biosimilaires offre un potentiel d'économies considérable sans pour autant restreindre l'étendue des prestations de l'assurance-maladie. En Suisse, la part des biosimilaires pour 2023, mesurée en termes d'achats, s'élevait à 26,7 %¹, ce qui est faible en comparaison internationale. La part des génériques a augmenté de manière continue ces dernières années pour atteindre une part de marché de 73 % sur le marché accessible aux génériques en 2024. Malgré des progrès incontestables, les génériques et les biosimilaires recèlent encore un potentiel d'économies inexploité d'environ

¹ Cf. Helsana, Rapport sur les médicaments 2024, p. 53 ss.

180 millions de francs². Même si des dispositions légales efficaces incitant à l'achat de génériques et de biosimilaires sont entrées en vigueur en 2024, le potentiel d'économies reste d'une petite centaine de millions de francs.

Les assureurs-maladie peuvent jouer un rôle important dans la maîtrise des coûts et l'information des patients en matière de substitution par des génériques et des biosimilaires. Ils disposent des informations nécessaires et ont les moyens d'informer rapidement leurs clients des mesures visant à maîtriser les coûts. Une étude de l'Université de Bâle a montré que la probabilité de passer à un générique augmente de près de 30 % immédiatement après la réception d'une lettre d'information d'un assureur, ce qui correspond presque à une multiplication par quatre de la probabilité de substitution³. Selon une estimation prudente, cette mesure permet de réduire les coûts de 25 à 30 millions de francs par an, soit un total de plus de 100 millions de francs sur trois à quatre ans. De plus, les assurés bénéficient du fait qu'ils ne sont plus concernés par la quote-part majorée quand ils passent aux génériques et aux biosimilaires.

Dans un premier temps, après l'entrée en vigueur de l'art. 56a LAMal, tous les assurés qui se sont procuré une préparation originale (médicament ou produit biologique) et qui ont donc payé une quote-part plus élevée seront contactés personnellement par leur assureur. Les économies peuvent provenir de la suppression d'une quote-part majorée à la charge de l'assuré ou de la réduction du prix à l'achat du produit d'imitation plus avantageux.

7.1. Entrée en vigueur anticipée des art. 56a et 84, al. 1, let. j, LAMal

La table ronde demande au DFI de proposer au Conseil fédéral une entrée en vigueur anticipée de ces dispositions au 1^{er} juillet 2026.

7.2. Information des assurés concernant la quote-part majorée

Les assureurs informent leurs clients lorsque ceux-ci se sont procuré une préparation originale et ont donc payé une quote-part plus élevée, ou lorsqu'un médicament nettement plus avantageux contenant le même principe actif et destiné au traitement de la même maladie est disponible. Pour ce faire, ils utilisent la nouvelle compétence qui leur permet d'écrire directement aux assurés (art. 56a LAMal).

7.3. Informations complémentaires pour les assurés

D'autres mesures analogues où les assureurs proposent aux assurés des modèles d'assurance alternatifs, d'autres possibilités de freiner la hausse des coûts ou des mesures préventives sont souhaitables. Les assureurs réfléchiront à d'autres moyens de contribuer à la maîtrise des coûts en informant les assurés de manière ciblée. Ils pourraient, par exemple, contacter les personnes souffrant de maladies chroniques et les informer au sujet des modèles d'assurance alternatifs qui proposent un suivi plus étroit (*disease management*).

² Cf. communiqué de presse Intergenerika du 26.2.2025

³ WWZ Working Paper University of Basel "A Prescription for Knowledge: Patient Information and Generic Substitution", Linn Hjalmarsson, Christian P.R. Schmid, Nicolas Schreiner, mai 2024

8. Laboratoires

Secteur de la santé : analyses de laboratoire

Acteurs : fournisseurs de prestations

Potentiel d'économies : 85 millions de francs

Mode de mise en œuvre : modification d'ordonnance, engagement volontaire

Contexte

La liste des analyses (LA) forme l'annexe 3 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Elle contient les analyses avec tarif qui sont effectuées par des laboratoires médicaux en vertu de l'art. 54 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) et qui sont prises en charge par l'AOS. Ce tarif est obsolète et n'est plus adapté. Dans le cadre du projet transAL-2, l'OFSP procède à une révision complète de ce tarif dans une collaboration étroite et constructive avec toutes les parties prenantes. La table ronde salue expressément ces travaux visant à établir un nouveau modèle tarifaire.

Parallèlement à ces travaux, plusieurs mesures de réduction des coûts ont déjà été mises en œuvre, notamment une réduction linéaire des tarifs de toutes les positions à l'exception des analyses rapides (analyses effectuées dans le laboratoire du cabinet) en 2022.

À la demande de la table ronde, un accord a pu être trouvé pour renoncer au paiement de *fees for service*. Cette mesure s'appuie sur le nouveau tarif médical ambulatoire, qui stipule clairement que la délivrance d'ordonnances par voie numérique fait partie des prestations médicales remboursées. Elle permet d'éliminer les éventuelles incitations inopportunnes découlant de ces contre-prestations. L'Association des laboratoires médicaux de Suisse (FAMH) soutient aussi cette mesure. Pour la mise en œuvre de cette mesure, la FAMH et H+ s'engagent à recommander à leurs membres de renoncer au paiement des *fees for service*, une pratique courante à l'heure actuelle, ce que la table ronde salue expressément.

La table ronde propose au DFI, l'autorité réglementaire, comme mesure anticipée dans le cadre du projet transAL-2, de réduire de 10 francs le tarif de la taxe de commande (pos. LA n° 4700.00, tarif actuel : 21,60 francs) à compter du 1^{er} juillet 2026 et, ainsi, de garantir que l'abandon des *fees for service* n'entraîne pas une augmentation des rémunérations de certains fournisseurs de prestations. La table ronde prend acte du fait que la FAMH rejette cette partie de la mesure à l'heure actuelle, car ses répercussions sur la sécurité de l'approvisionnement et l'économicité n'ont pas été clairement établies. La FAMH vise à ce que toutes les adaptations tarifaires soient effectuées dans le cadre de la mise en œuvre de transAL-2.

8.1. Réduction de dix francs de la taxe de commande

Le DFI est chargé de réduire de dix francs le tarif de la taxe de commande (pos. LA n° 4700.00), comme mesure anticipée dans le cadre du projet transAL-2. Cette mesure permettrait des économies estimées à 85 millions de francs.

8.2. Recommandation de la FAMH et de H+ à leurs membres visant à renoncer aux *fees for service* ou autres avantages

La FAMH et H+ s'engagent à recommander à leurs membres de renoncer à partir du 1^{er} juillet 2026 à la pratique précitée des *fees for service*.

9. Réduction des factures papier

Secteur de la santé : fournisseurs de prestations, assureurs-maladie

Acteurs : assureurs-maladie, fournisseurs de prestations

Potentiel d'économies : 36 millions de francs

Mode de mise en œuvre : engagement volontaire et entrée en vigueur anticipée d'une révision de la LAMal

Contexte

En vertu de l'art. 42, al. 3^{ter}, LAMal adopté dans le cadre du deuxième volet de mesures visant à maîtriser les coûts, les fournisseurs de prestations sont tenus de transmettre à l'avenir leurs factures sous forme électronique. Pour ce faire, il faut que les fournisseurs de prestations et les assureurs s'accordent sur une norme uniforme à l'échelle nationale.

Ce deuxième volet de mesures devrait entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2027. Toutefois, conformément à la décision du Parlement, cette disposition ne prendra effet qu'une fois qu'un accord aura été conclu entre fournisseurs de prestations et assureurs sur une norme uniforme. À cette fin, la loi prévoit un délai transitoire de deux ans.

La table ronde est convaincue de la nécessité d'accélérer ce processus. Dans le cadre de leurs travaux, les membres de la table ronde ont relevé que la norme uniforme exigée par la loi devait être l'une de celles déjà adoptées par l'association Forum Datenaustausch, qui regroupe tous les assureurs, les principales associations de fournisseurs de prestations et la CDS/les cantons. Il s'agit des versions actuellement en vigueur de Forum Datenaustausch.

Les membres de la table ronde estiment évident et important que certains fournisseurs de prestations ou leurs associations ne puissent pas se soustraire aux discussions sur une norme à l'échelle nationale ou prolonger les négociations en exigeant une autre norme.

C'est pourquoi la table ronde demande au Conseil fédéral de fixer l'entrée en vigueur du nouvel art. 42, al. 3^{ter} au 1^{er} juillet 2026. Par ailleurs, les standards uniformes définies par l'association Forum Datenaustausch doivent s'appliquer de manière générale à compter de cette date, sur la base de l'accord conclu entre les fournisseurs de prestations et les partenaires tarifaires. Au regard de cette situation limpide, il n'y a pas lieu d'attendre plus longtemps.

Étant donné que, en vertu de la disposition transitoire prévue dans le deuxième volet de mesures visant à maîtriser les coûts, le Conseil fédéral ne pourrait intervenir à titre subsidiaire qu'après deux ans, la table ronde recommande un régime transitoire généreux. Les factures papier resteront autorisées pendant cette période transitoire de cinq ans. Mais comme le Parlement a prévu le passage aux factures numériques sans exception, ce n'est ni au collectif des assurés ni à certains assurés de supporter les coûts supplémentaires effectifs liés à la lecture des factures papier, qui s'élèvent à environ 3 francs par facture. C'est pourquoi les assureurs devraient pouvoir appliquer une déduction de 3 francs pendant cette période transitoire, alors que les fournisseurs de prestations qui ne remettent pas de factures conformes à cette norme uniforme supporteront ces coûts.

9.1. Entrée en vigueur de l'art. 42, al. 3^{ter}, LAMal au 1^{er} juillet 2026

La table ronde demande au DFI de proposer au Conseil fédéral une entrée en vigueur anticipée de l'art. 42, al. 3^{ter}, LAMal au 1^{er} juillet 2026.

9.2. Définition d'une norme uniforme

La table ronde constate que la norme uniforme exigée par l'art. 42, al. 3^{ter}, LAMal existe déjà sous la forme des standards XML adoptées par l'association Forum Datenaustausch. Si les assureurs et les fournisseurs de prestations ne parviennent pas à s'entendre sur une norme commune pour les autres fournisseurs de prestations d'ici à l'entrée en vigueur de cette disposition au 1^{er} juillet 2026, les standards XML s'appliqueront dès lors à tous les prestataires.

9.3. Délai transitoire de cinq ans pour les factures papier avec obligation de prise en charge des frais pour les fournisseurs de prestations

Un délai transitoire de cinq ans sera accordé en contrepartie pour les prestataires qui n'ont pas encore adopté cette norme. Pendant cette période, les factures pourront encore être envoyées au format papier. Pour chaque facture, l'assureur déduira du montant facturé ses frais effectifs de lecture d'une facture papier, soit 3 francs, et pourra l'imputer au fournisseur de prestations. Les assureurs pourront renoncer à cette déduction, notamment lorsque les négociations avec l'association de fournisseurs de prestations sont constructives.

10. Sensibilisation aux coûts et renforcement des compétences système

Secteur de la santé : ensemble du secteur

Acteurs : tous les acteurs, population

Potentiel d'économies : renoncement à une estimation des coûts

Mode de mise en œuvre : information

Contexte

La prise de conscience des coûts par la population et les acteurs du système de santé est une base importante pour l'acceptation des mesures visant à maîtriser les coûts et pour la réflexion sur son propre comportement dans le recours aux prestations. Jusqu'ici, le DFI et l'OFSP communiquent sur l'évolution des coûts aux moments suivants : chaque trimestre avec une publication en ligne du monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie [MOKKE](#) (sans communiqué de presse), chaque printemps avec une conférence de presse sur le thème des coûts de la santé, et chaque automne avec la communication de l'approbation des primes pour l'année suivante. Par ailleurs, les coûts sont souvent abordés dans d'autres publications et dans les réponses aux questions des médias.

Au printemps 2021, le Parlement a adopté de nouvelles dispositions relatives à la collecte et à la transmission de données par les assureurs à l'OFSP. D'une part, l'OFSP peut (en vertu de l'art. 21, al. 2, let. a, LAMal) régulièrement collecter des informations par assuré pour surveiller l'évolution des coûts. D'autre part, il est désormais chargé de mettre les données récoltées auprès des assureurs (données individuelles ou groupées) à la disposition des fournisseurs de données, des milieux de la recherche et du public, sous une forme adaptée et conforme à la loi sur la protection des données (art. 21, al. 3 et 4, LAMal).

La modification de l'ordonnance visant à mettre en œuvre les dispositions précitées est entrée en vigueur en 2023. Suite à cette nouvelle base légale, les statistiques de l'assurance-maladie obligatoire peuvent être complétées par de nouvelles données

disponibles sur les coûts par fournisseur de prestations et par type de prestations, ce qui permettra, à l'avenir, d'assurer une meilleure transparence et une meilleure surveillance de l'évolution des coûts dans l'assurance-maladie.

- ➔ Le dashboard de l'assurance-maladie est complété par les nouvelles informations.
- ➔ Les résultats des relevés sont mis à la disposition des instances impliquées dans l'exécution de la LAMal (notamment les cantons).
- ➔ D'autres milieux intéressés (recherche, assureurs, etc.) peuvent demander des données.

En plus des connaissances relatives à l'évolution des coûts, celles de la population (et des acteurs) sur le système de l'assurance-maladie jouent aussi un rôle important. Mieux le système est compris, mieux il est possible de s'y orienter. Les mesures suivantes visent à améliorer la conscience des coûts et les compétences système. Elles contribuent ainsi indirectement à la maîtrise des coûts.

10.1. Renforcement de la communication sur l'évolution des coûts

Afin de renforcer la prise de conscience des coûts, une communication officielle (visible) sur l'évolution des coûts se fera chaque trimestre à partir de 2026, aux niveaux fédéral et cantonal. Dès 2026, le DFI ou l'OFSP, en coordination avec les cantons (CDS) et les assureurs (prio.swiss), renforcera la communication sur l'évolution des coûts. Désormais, la communication trimestrielle des chiffres relatifs aux coûts sera accompagnée d'un communiqué de presse.

10.2. Renforcement des compétences et des connaissances système

Afin de renforcer les connaissances système des acteurs, le DFI ou l'OFSP, en coordination avec les cantons (CDS) et les assureurs (prio.swiss), complétera progressivement les informations déjà disponibles sur les questions les plus fréquemment posées au sujet du système de l'assurance-maladie. Une question fréquente est par exemple : « N'est-il pas vrai que les primes suivent les coûts ? ». Lorsque cela s'avère judicieux, les informations doivent être présentées sous une forme graphique (cf. [Financement uniforme : éléments principaux du projet](#)) ou vidéo (cf. [La Minuterie OSAV](#) ; [vidéos OFAS](#)). De plus, il est nécessaire d'optimiser les liens entre les sites Internet existants des acteurs (p. ex. vers [www.priminfo.ch](#) et le [Dashboard de l'assurance-maladie](#)). À cette fin, l'OFSP organisera au premier trimestre 2026 un échange avec les responsables de la communication de la CDS et de prio.swiss.

Afin d'améliorer les compétences système des assurés, le DFI ou l'OFSP, en coordination avec l'Organisation suisse des patients (OSP), recueillera dans un premier temps les questions les plus fréquentes pour s'orienter dans le système de l'assurance-maladie et, si nécessaire, clarifiera les réponses (p. ex. quel service est compétent pour quelle question). Dans un deuxième temps, les informations seront partagées avec d'autres acteurs qui répondent régulièrement aux questions des assurés (p. ex. pro-salute, ligues de santé, associations de patients, organisations de défense des consommateurs, organisations d'entraide, etc.).

11. Frais administratifs des assureurs

Secteur de la santé : assurances-maladie

Acteurs : assureurs-maladie, Confédération/OFSP

Potentiel d'économies : 40 millions de francs

Mode de mise en œuvre : autodéclaration

Contexte

Les frais administratifs des assureurs font régulièrement l'objet de débats publics et sont souvent critiqués comme étant trop élevés. En même temps, des frais administratifs utilisés à bon escient – par exemple pour automatiser le contrôle des factures, développer des modèles d'assurance alternatifs ou assurer le suivi des clients – peuvent aussi contribuer à freiner la hausse des coûts. Les frais administratifs s'élèvent en moyenne à 4,7 % des primes. Ils sont donc inférieurs à ceux de toutes les assurances sociales comparables.

La publication de l'évaluation des frais administratifs se fait jusqu'à présent par le biais d'un tableau de bord Excel : [bilans et comptes d'exploitations des assureurs-maladie](#). De plus, une contribution publiée sur le site Internet de l'OFSP renvoie aux comptes annuels actuels. En fait, de nombreuses informations sont déjà publiées, mais elles ne sont guère présentées sous une forme adaptée aux destinataires. Dès l'année prochaine, les frais administratifs seront intégrés au [Dashboard de l'assurance-maladie](#). Il est prévu de présenter les données qui y sont publiées sous une forme mieux adaptée aux destinataires. L'objectif est de rendre les frais administratifs plus transparents pour les assurés et les médias.

En parallèle, l'OFSP a renforcé sa surveillance dans le domaine des frais administratifs et va encore l'intensifier. Il introduira prochainement des valeurs de référence qui montreront comment un assureur se positionne par rapport à la branche ou à un assureur de taille similaire, en termes de frais administratifs. Par ailleurs, en plus des frais administratifs totaux, plusieurs paramètres de coûts seront pris en compte, par exemple les commissions ou les frais publicitaires.

11.1. Réduire les frais administratifs de 2 %

Les assureurs-maladie sont prêts, dans le cadre de la table ronde, à contribuer aux économies en réduisant leurs frais administratifs de 2 %, soit de 40 millions de francs. La situation concernant les frais administratifs varie d'un assureur à l'autre : certains assureurs sont plus ou moins avancés dans la numérisation, leurs tailles diffèrent, de même que leurs stratégies de gestion. Partant, les assureurs misent sur des mesures d'autorégulation qui ne restreignent pas leur liberté d'entreprise.

Tous les assureurs-maladie s'engagent à réduire leur charge administrative supportée par l'AOS, d'ici 2027 au plus tard, à hauteur de 2 % des frais administratifs déclarés en 2025, en adoptant des mesures d'efficacité et des décisions stratégiques. Cette mesure d'économie ne doit pas se faire au détriment du respect des prescriptions réglementaires. Prio.swiss assure le reporting au niveau de la branche.

11.2. Réduction des frais de port

Par ailleurs, les assureurs s'engagent à prendre toutes les mesures à leur disposition pour réduire les frais d'expédition, notamment en collaboration avec les fournisseurs de prestations et les autres acteurs. Dans ce contexte, une coopération active de toutes les

parties impliquées est nécessaire. De vastes mesures de sensibilisation sont aussi prises à l'égard des assurés afin de promouvoir la communication électronique et numérique.

12. Répercussion des rabais

Secteur de la santé : tous les secteurs

Acteurs : fournisseurs de prestations, assureurs-maladie, Confédération/OFSP

Potentiel d'économies : 60 millions de francs et autres économies non estimables

Mode de mise en œuvre : engagement volontaire, information, sensibilisation, révision d'ordonnance

Contexte

À l'achat de produits thérapeutiques (médicaments et dispositifs médicaux), les fournisseurs de prestations (p. ex. médecins, hôpitaux, pharmaciens) bénéficient souvent d'avantages sous forme de rabais et de ristournes. En vertu de l'art. 56, al. 3, let. b, LAMal, les fournisseurs de prestations sont tenus de répercuter intégralement ces avantages sur les assureurs. La charge des primes est ainsi réduite. Depuis le 1^{er} janvier 2020, les fournisseurs de prestations et les assureurs peuvent toutefois prévoir dans une convention, en vertu de l'art. 56, al. 3^{bis}, LAMal, que les fournisseurs de prestations peuvent conserver tout au plus 49 % des avantages, qu'ils doivent toutefois utiliser pour améliorer la qualité du traitement.

Ces dernières années ont montré combien le contrôle de la répercussion de ces avantages constitue un défi majeur. Les membres de la table ronde s'accordent sur la nécessité de prendre des mesures afin de mettre en œuvre au maximum l'obligation de répercuter les avantages.

Dans le cadre de la convention-cadre conclue entre la FMH et les assureurs (convention nationale), plusieurs entreprises privées proposent des services d'assistance aux fournisseurs de prestations (praticiens indépendants, centres médicaux et réseaux de médecins). Ces entreprises se chargent notamment des négociations de rabais avec les entreprises pharmaceutiques, des tâches administratives liées au calcul des montants à répercuter, du traitement des données pour les rapports et, dans certains cas, de la mise à disposition d'informations pour l'évaluation de l'amélioration de la qualité des traitements. À l'heure actuelle, près de 800 médecins ont recours à de tels services.

Dans le cadre de la convention conclue entre H+ et les communautés d'achat des assureurs, aucune entreprise privée n'est toutefois chargée de telles tâches. H+ a conclu avec les assureurs une convention qui permet une répercussion des rabais conforme à la loi. Toutefois, tous les hôpitaux n'y ont pas adhéré.

La Société suisse des pharmaciens (pharmaSuisse) et les assureurs n'ont jusqu'ici conclu aucune convention au sens de l'art. 56, al. 3^{bis}, LAMal. Les parties sont d'accord pour changer rapidement cette situation.

12.1. Courrier à tous les médecins, hôpitaux et pharmaciens

Au nom de la table ronde, l'OFSP adresse une lettre aux médecins, aux hôpitaux et aux pharmacies par l'intermédiaire des organisations faîtières. Ce courrier informe sur l'obligation de répercuter intégralement les avantages conformément à l'art. 56, al. 3, let. b, LAMal ainsi

que sur la possibilité d'adhérer à une convention au sens de l'art. 56, al. 3^{bis}, LAMal et d'utiliser une partie des avantages pour améliorer la qualité du traitement.

12.2. Davantage de membres de la convention nationale

De concert avec les communautés d'achat des assureurs, la FMH encourage ses membres à adhérer à la convention prévue à l'art. 56, al. 3^{bis}, LAMal et leur recommande de le faire. Les deux parties s'engagent en faveur d'un développement de la convention nationale qui soit conforme à la loi et adaptée à la pratique. L'OFSP continue de soutenir les parties contractantes et permet une mise en œuvre réalisable dans le cadre de la loi. Dans ces conditions, la FMH communique à ses membres et aux sociétés de discipline médicale sur une meilleure mise en œuvre de l'obligation de répercuter les avantages et s'engage à ce que les avantages répercutés sur les assurés augmentent ces prochaines années. À noter que les médecins peuvent se regrouper pour alléger leur charge administrative ou faire appel à des prestataires externes. Cette mesure présente un potentiel d'économies estimé à 30 millions de francs.

12.3. Tous les membres de H+ (218 hôpitaux et cliniques suisses) adhèrent à la convention

De concert avec les communautés d'achat des assureurs, H+ encourage ses hôpitaux membres à adhérer à la convention prévue à l'art. 56, al. 3^{bis}, LAMal et recommande cette démarche à ses membres. En tant que partenaires contractuels, les assureurs assument leur responsabilité d'exiger la répercussion des avantages. À l'avenir, ils devront donc s'assurer, à la conclusion des nouvelles conventions tarifaires, que tous les hôpitaux adhèrent à la convention ou que les avantages sont répercutés intégralement. Cette mesure a un potentiel d'économies estimé à 30 millions de francs.

12.4. Conclusion d'une convention entre pharmaSuisse et les assureurs

Les pharmaciens sont aussi tenus de répercuter les avantages en vertu de l'art. 56, al. 3, let. b, LAMal ou d'en utiliser une partie (max. 49 %) pour améliorer la qualité du traitement dans le cadre d'une convention au sens de l'art. 56, al. 3^{bis}, LAMal.

PharmaSuisse et les assureurs s'engagent à entamer des négociations en vue de conclure une convention au sens de l'art. 56, al. 3^{bis}, LAMal et à les mener à bien d'ici juillet 2026 au plus tard.

12.5. Inscription des dispositifs médicaux dans l'ordonnance sur l'intégrité et la transparence dans le domaine des produits thérapeutiques (OITPTh)

Le DFI élabore actuellement une modification d'ordonnance afin que les dispositifs médicaux soient aussi explicitement inscrits dans l'OITPTh. La table ronde soutient expressément cette révision.