



Berne, le 26 novembre 2025

Modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2^e volet – prestations de l'assurance-maladie)

Rapport explicatif
relatif à l'ouverture de la procédure de
consultation

Condensé

Le 21 mars 2025, les Chambres fédérales ont adopté la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant le 2^e volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts. Ces mesures contribuent à limiter l'évolution des coûts de l'assurance obligatoire de soins à ce qui est justifiable médicalement.

Contexte

Le 21 mars 2025, les Chambres fédérales ont adopté le 2^e volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts et décidé de modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) en conséquence. Basées sur le rapport du groupe d'experts du 24 août 2017 « Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins », les modifications de la loi doivent permettre de limiter l'évolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) à ce qui est justifiable médicalement.

Contenu du projet

Le présent volet de modifications d'ordonnance définit les adaptations nécessaires pour mettre en œuvre les modifications de la LAMal précédemment adoptées. Il porte sur les mesures suivantes : « Prestations fournies par les pharmaciens », « Extension des prestations des sages-femmes », « Tarifs de référence équitables pour un libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse » et « Précision concernant la participation aux coûts en cas de maternité » (volet de mesures « Prestations de l'assurance-maladie »).

Sommaire

Condensé	2
1 Contexte	4
2 Procédure de consultation	4
3 Comparaison avec le droit étranger, notamment européen	5
4 Présentation du projet – réglementation proposée dans la LAMal	5
4.1 Prestations fournies par les pharmaciens	5
4.2 Extension des prestations des sages-femmes	5
4.3 Tarifs de référence équitables pour un libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse.....	6
4.4 Participation aux coûts en cas de maternité	7
5 Commentaire des dispositions – ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)	8
5.1 Prestations fournies par les pharmaciens	8
5.2 Extension des prestations des sages-femmes	9
5.3 Tarifs de référence équitables pour un libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse.....	9
5.4 Participation aux coûts en cas de maternité	13
6 Conséquences	13
6.1 Conséquences pour la Confédération	13
6.2 Conséquences pour les cantons et les communes, ainsi que pour les villes, les agglomérations et les régions de montagne	14
6.3 Conséquences pour l'économie	14
6.4 Conséquences pour la société	15
7 Aspects juridiques	15
7.1 Compatibilité avec les obligations internationales de la Suisse.....	15
7.2 Forme de l'acte à adopter	16
7.3 Sous-délégation de compétences législatives.....	16
7.4 Protection des données.....	16
8 Entrée en vigueur	16

1 Contexte

Le 21 mars 2025, les Chambres fédérales ont adopté la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) concernant le 2^e volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts (FF 2025 1108 ; ci-après « 2^e volet de mesures de maîtrise des coûts »). Ce volet législatif, basé sur le rapport du groupe d'experts du 24 août 2017 « Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins »¹, doit contribuer à limiter l'évolution des coûts de l'AOS à ce qui est justifiable médicalement. D'autres mesures visant à freiner la hausse des coûts, comprises dans les volets 1a et 1b, sont entrées en vigueur respectivement les 1^{er} janvier 2022, 2023 et 2024.

Le 2^e volet de mesures de maîtrise des coûts contient 16 mesures. Les dispositions d'exécution correspondant au 2^e volet sont divisées en trois volets de modifications d'ordonnances :

- Le présent volet de modifications de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) concerne les mesures suivantes : « Prestations fournies par les pharmaciens », « Extension des prestations des sages-femmes », « Tarifs de référence équitables pour un libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse » et « Précision concernant la participation aux coûts en cas de maternité » (volet de mesures « Prestations de l'assurance-maladie »).
- Un volet de modifications dans le domaine du droit pharmaceutique contient, entre autres, les mesures suivantes : « Examen différencié des critères EAE », « Processus de désignation et de prise en charge des vaccinations », « Modèles de prix et restitutions », « Exception à l'accès aux documents officiels concernant le montant, le calcul et les modalités des restitutions », « Rémunération provisoire de médicaments » et « Modèles d'impact budgétaire » (volet de mesures « Droit pharmaceutique »).
- La mesure « Utilisation des données des assurés par les assureurs » est mise en œuvre dans le cadre d'une révision de l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie (OSAMal ; RS 832.121).

Les autres mesures ne requièrent pas (ou pas immédiatement) de transposition dans le droit suisse, sous réserve de l'élaboration par les partenaires tarifaires d'une norme uniforme de transmission électronique des factures pour l'ensemble de la Suisse.

2 Procédure de consultation

La modification proposée fait l'objet d'une consultation en vertu de l'art. 3, al. 1, let. d, de la loi sur la consultation (LCo ; RS 172.061).

¹ <https://www.ofsp.admin.ch> > Page d'accueil > Assurances > Assurance-maladie > Maîtrise des coûts > Mesures visant à freiner la hausse des coûts – Rapport d'experts du 24 août 2017.

3 Comparaison avec le droit étranger, notamment européen

Dans le cadre du message, le droit suisse a été comparé en particulier avec les droits en vigueur en Allemagne, en France et en Autriche. La présente modification de l'OAMal n'a pas donné lieu à une nouvelle comparaison avec le droit étranger.

4 Présentation du projet – réglementation proposée dans la LAMal

4.1 Prestations fournies par les pharmaciens

L'adoption du 2^e volet de mesures de maîtrise des coûts modifie les prestations des pharmaciens dans la LAMal (art. 25, al. 2, let. h, et 26 nLAMal). Actuellement, les prestations des pharmaciens sont limitées à la remise de médicaments et à la réalisation d'analyses des soins de base prescrites par un autre fournisseur de prestations. Si la remise de médicaments reste inchangée, les pharmaciens peuvent désormais fournir d'autres prestations à la charge de l'AOS. Il s'agit de prestations thérapeutiques visant à optimiser le traitement médicamenteux prescrit par le médecin et l'adhésion thérapeutique, ainsi que, en relation avec ce qui précède, l'exécution ou la commande d'analyses ainsi que la remise de moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques, pour autant qu'elles soient fournies en consultation interprofessionnelle avec le médecin traitant (art. 25, al. 2, let. h, ch. 2, nLAMal). Les prestations de prévention médicale pourront aussi être fournies par un pharmacien, sans prescription médicale, dans le cadre de programmes organisés au niveau national ou cantonal (art. 26, al. 2, nLAMal). Après examen des nouvelles prestations des pharmaciens sous l'angle de leur efficacité, de leur adéquation et de leur économicité (EAE), le Département fédéral de l'intérieur (DFI) en précisera le genre et l'étendue dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31).

La modification adoptée des art. 25, al. 2, let. h, et 26 nLAMal nécessite d'adapter l'OAMal. L'art. 54, al. 1, OAMal relatif aux conditions d'admission des laboratoires médicaux doit en effet être modifié. Les officines de pharmaciens sont admises comme laboratoires médicaux. Cette admission est désormais étendue aux analyses effectuées dans le cadre des soins de base pour les besoins des pharmaciens. De plus, il convient de compléter l'art. 62 OAMal (Désignation séparée d'analyses) en ajoutant les analyses qui peuvent désormais être prescrites par des pharmaciens. En revanche, le type de prestations, le groupe cible, le moment dans le processus de traitement et les exigences spécifiques posées aux fournisseurs de prestations seront précisés dans l'OPAS. Les art. 54 et 62 OAMal font en outre l'objet de petites modifications rédactionnelles.

4.2 Extension des prestations des sages-femmes

À la suite d'une impulsion parlementaire, et dans le cadre des délibérations ayant eu lieu lors de l'examen du 2^e volet de mesures de maîtrise des coûts, la disposition de l'art. 29 LAMal a été adaptée. Cette dernière a fait l'objet d'une modification structurelle et les sages-femmes peuvent désormais facturer davantage de prestations à la charge de l'AOS.

L'al. 2 comprend les prestations en cas de maternité qui sont fournies par tous les fournisseurs de prestations concernés (essentiellement médecins et sages-femmes)

lors d'un déroulement normal et sans complications de la grossesse, de la naissance et du post-partum pour la mère et l'enfant en bonne santé.

Le nouvel al. 3 énonce les prestations des sages-femmes qui sont fournies en cas de maladie chez la mère et l'enfant durant la grossesse, la naissance ou le post-partum. Les prestations des autres fournisseurs de prestations dans ce domaine restent réglées, comme jusqu'ici, aux art. 25 et 25a LAMal.

Par conséquent, des adaptations doivent également intervenir au niveau de l'ordonnance. Les art. 33, let. d, et 62, al. 2, let. b, OAMal sont concernés.

Le DFI désigne les prestations fournies en cas de maternité. Dans ce cadre, il définit également les prestations des sages-femmes dans une liste positive exhaustive. L'énumération de l'art. 33, let. d, OAMal est donc complétée dans la disposition par la mention du nouvel al. 3 de l'art. 29 nLAMal. Cette adaptation est nécessaire en raison de la modification de l'art. 29, al. 2 et 3, LAMal.

Quant à l'art. 62, al. 2, let. b, OAMal, et sur la base de la désignation par le DFI des analyses prescrites par les sages-femmes, l'énumération est complétée par la mention du nouvel al. 3 de l'art. 29 LAMal. Elle permet d'ancrer dans la législation les analyses prescrites par les sages-femmes en cas de maladie, et ce, pour la mère et l'enfant. Cette délégation de compétence est nécessaire en raison de l'adaptation de l'art. 29, al. 2 et 3, LAMal.

4.3 Tarifs de référence équitables pour un libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse

La modification de la LAMal adoptée le 21 mars 2025 prévoit de régler les modalités selon lesquelles les cantons fixent des tarifs de référence pour les traitements hospitaliers dans un établissement hors canton choisi par l'assuré (art. 41, al. 1^{bis}, nLAMal).

Jusqu'ici, les cantons avaient toute latitude pour définir le tarif déterminant en la matière. Or, le fait de fixer des tarifs de référence très bas peut entraver le libre choix des assurés et la concurrence intercantonale souhaitée entre les hôpitaux. Dans ce type de cas, pour les traitements extracantonaux qu'ils ont choisis, les assurés doivent en effet s'acquitter eux-mêmes du surcoût correspondant à la différence entre le tarif de l'hôpital souhaité et le tarif de référence fixé à un bas niveau. Cela incite donc encore davantage les assurés à se faire soigner uniquement dans des hôpitaux figurant sur la liste de leur canton de résidence, et ce même lorsqu'un établissement situé en dehors du canton est plus avantageux sur le plan tarifaire ou qualitatif. La précision apportée dans la loi doit permettre de clarifier la fixation des tarifs de référence et d'encourager davantage la concurrence entre les hôpitaux.

La planification hospitalière des cantons a pour but non seulement de réguler l'offre, mais aussi d'identifier et d'inscrire sur la liste des hôpitaux les établissements qui sont nécessaires pour garantir l'approvisionnement en soins. Pour autant que les autres exigences (comme la qualité des prestations, p. ex.) soient remplies, il faut en principe choisir parmi les hôpitaux qui fournissent des prestations données au prix le plus bas possible. Si le canton inscrit sur sa liste un hôpital pratiquant un tarif donné, le tarif de cet hôpital situé à l'intérieur du canton, fixé selon l'art. 49 LAMal, doit aussi être payé pour un traitement fourni par un hôpital d'un autre canton, si ce traitement est comparable et que le tarif appliqué par cet hôpital n'est pas inférieur.

L'art. 41, al. 1^{bis}, nLAMal prévoit que les gouvernements cantonaux sont tenus de fixer un tarif de référence pour les traitements hospitaliers dans un établissement hors canton choisi par l'assuré. Ce tarif doit se fonder sur celui d'un traitement comparable dans un hôpital qui figure sur la liste des hôpitaux du canton de résidence. La motion 18.3388 « Libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse. Pour des tarifs de référence équitables », sur laquelle est basée la modification de la loi, demande que, pour le même « type d'hôpital », les traitements soient rémunérés au « tarif maximal » du canton de résidence de l'assuré, mais au plus au tarif de l'hôpital qui fournit le traitement. Il est certes souhaitable que la concurrence (et, partant, l'efficacité) soit renforcée autant que possible, mais il faut que celle-ci oppose des prestations et des prestataires qui soient comparables. La loi charge donc le Conseil fédéral de régler les modalités correspondantes, en particulier la manière de fixer le tarif de référence et de définir les prestations comparables. Cette réglementation a aussi pour effet que les cantons seront davantage incités à n'accepter pour des traitements comparables, même à l'intérieur du canton, que des tarifs (fixés selon l'art. 49 LAMal) compris dans une fourchette relativement restreinte et à ne pas autoriser certains hôpitaux à appliquer des tarifs plus élevés que nécessaire, sans quoi ces tarifs plus élevés devraient aussi être accordés à tous les hôpitaux des autres cantons.

La modification de l'art. 41, al. 1^{bis}, nLAMal nécessite d'adapter l'OAMal. L'ajout des art. 35b et 35c permet de préciser, comme l'exige la loi, la méthode de fixation des tarifs de référence et les critères de délimitation des prestations comparables. Les nouveaux art. 35b et 35c AP-OAMal s'insèrent dans le chapitre 2 « Étendue de la prise en charge » du titre 3 « Prestations ».

4.4 Participation aux coûts en cas de maternité

Avec l'adoption du 2^e volet de mesures de maîtrise des coûts, la disposition de l'art. 64, al. 7, LAMal a été adaptée et comprend l'exemption de participation aux coûts dès le premier jour de grossesse, pour les prestations des art. 25 et 25a LAMal, mais aussi de l'art. 29. Le champ d'application s'étend également aux prestations d'infirmité congénitale (art. 27), d'accident (art. 28) et d'interruption de grossesse non punissable (art. 30).

Dans le cadre des délibérations parlementaires qui ont suivi, deux précisions ont été apportées à la disposition.

La première a été celle de la méthode de détermination du début de la grossesse. La version initiale indiquait que celle-ci devait avoir lieu par échographie. Or, en pratique, diverses méthodes sont utilisées. Une indication générale suffit dès lors dans ce cadre. La mention de la méthode de la détermination a été retirée et seule l'indication « à partir du début de la grossesse » a été maintenue. Cette indication permet également aux sages-femmes, qui ne pratiquent pas d'échographies à la charge de l'AOS, de déterminer le début de la grossesse.

En outre, la disposition a été adaptée dans un deuxième temps sur la détermination des fournisseurs de prestations aptes à déterminer le début de la grossesse. En plus des médecins, les sages-femmes ont été ajoutées.

De fait, dans le prolongement de cette révision, l'art. 105, al. 1, OAMal doit être adapté. Il indique également au stade de l'ordonnance la sage-femme comme fournisseur de prestations pouvant déterminer le début présumé de la grossesse. Cette mention du début de grossesse doit figurer sur la facture de l'assurée, permettant ainsi à cette

dernière d'être exemptée de participation aux coûts aux conditions indiquées par l'art. 64, al. 7, LAMal, soit dès le premier jour de la grossesse.

5 Commentaire des dispositions – ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)

5.1 Prestations fournies par les pharmaciens

Les art. 25, al. 2, let. h, ch. 2, et 26 nLAMal créent la base requise pour que les pharmaciens puissent fournir des prestations supplémentaires à la charge de l'AOS. Ils sont ainsi en droit d'exécuter ou de commander des analyses en relation avec des prestations pharmaceutiques visant à optimiser les traitements médicamenteux prescrits par les médecins et l'adhésion thérapeutique, pour autant que ces prestations soient fournies en consultation interprofessionnelle avec les médecins traitants (art. 25, al. 2, let. h, ch. 2, nLAMal). En outre, dans le cadre de programmes organisés au niveau national ou cantonal et en vertu de l'art. 64, al. 6, let. d, LAMal, ils peuvent effectuer, sans prescription médicale, des examens ou des mesures préventives (art. 26 nLAMal).

Art. 54, al. 1, 2 et 3, phrase introductive

L'art. 54 OAMal est reformulé comme suit.

Les laboratoires médicaux énumérés à l'art. 54, al. 1, OAMal ont pour point commun d'effectuer des analyses dans le cadre des soins de base. Cet aspect doit être mentionné expressément dans la phrase introductive. De plus, les renvois à l'art. 62 OAMal doivent être harmonisés entre les différentes lettres (« analyses qui sont effectuées dans le cadre des soins de base (art. 62, al. 1) »). Enfin, la formulation allemande « sind zugelassen » est remplacée par « werden zugelassen » aux al. 1, 2 et 3 de l'art. 54 OAMal afin de mieux rendre compte de l'exigence d'une procédure formelle d'admission.

Art. 54, al. 1, let. d, OAMal (nouveau)

Une nouvelle let. d doit être ajoutée à l'art. 54, al. 1, OAMal afin d'admettre également les officines de pharmaciens pour la réalisation des analyses que les pharmaciens sont désormais autorisés à effectuer selon les dispositions modifiées de la LAMal (art. 25, al. 2, let. h, ch. 2, et 26 nLAMal). La condition en vigueur jusqu'ici, selon laquelle les officines de pharmaciens sont admises comme laboratoires médicaux pour les analyses qui sont effectuées dans le cadre des soins de base (art. 62, al. 1, let. a, OAMal) sur prescription d'un autre fournisseur de prestations, reste inchangée. Désormais, sous certaines conditions, les officines peuvent fournir de telles prestations également pour *les besoins des pharmaciens*. Il convient de noter que ces analyses doivent impérativement être désignées par le DFI comme pouvant être prescrites par des pharmaciens en vertu de l'art. 62, al. 1, let. c ou d, OAMal.

Art. 62, al. 1, OAMal

Les compléments apportés à l'art. 62 OAMal (voir plus bas) exigent, du point de vue rédactionnel, de diviser cet article en deux alinéas. L'al. 1 contient désormais

uniquement la disposition visée jusqu'ici à l'art. 62, al. 1, let. a, OAMal, selon laquelle le DFI désigne les analyses qui peuvent être effectuées dans le cadre des soins de base. Les précisions indiquées à l'actuel al. 1 concernant les professionnels pouvant prescrire les différentes analyses (jusqu'ici à l'art. 62, al. 1, let. b et c, OAMal) sont désormais visées à l'al. 2 (art. 62, al. 2, let. a et b, OAMal).

Art. 62, al. 2, let. c et d, OAMal (nouveau)

L'ajout des let. c et d à l'énumération de l'art. 62, al. 2, OAMal signifie que les analyses qui peuvent être prescrites par des pharmaciens conformément à l'art. 25, al. 2, let. h, ch. 2, nLAMal (let. c) ou à l'art. 26, al. 2, nLAMal (let. d) doivent être désignées par le DFI. Or, cette condition ne peut être remplie que si les analyses concernées sont en relation avec des prestations désignées dans l'OPAS.

La loi actuelle confère déjà au DFI la compétence d'édicter une liste des analyses avec tarif (art. 52, al. 1, let. a, ch. 1, LAMal), mais aussi la possibilité de prévoir pour l'exécution de certaines analyses des exigences supplémentaires quant aux installations, à la qualification et à la formation postgrade de la direction et du personnel de laboratoire (art. 54, al. 4, OAMal) et d'assortir les analyses d'une limitation (art. 73 OAMal). La désignation des analyses concernées incombe par conséquent au DFI, qui s'acquitte de cette tâche dans l'OPAS.

5.2 Extension des prestations des sages-femmes

Art. 33, let. d, OAMal

L'extension des prestations de sages-femmes se fonde sur l'art. 33, al. 2, nLAMal. L'énumération est complétée par la mention du nouvel al. 3 de l'art. 29 nLAMal. Elle permet d'intégrer, dans le cadre de la désignation des prestations en cas de maladie, l'indication de la prise en charge de ces prestations spécifiques de maladie, effectuées par les sages-femmes. Les prestations fournies par les sages-femmes doivent, comme les autres prestations non médicales, être éditées dans le cadre de listes positives exhaustives. Avec l'adaptation de l'art. 29, al. 2 et 3, LAMal, ce cadre peut être créé, dans les limites fixées par le Conseil fédéral.

Art. 62, al. 2, let. b, OAMal

L'énumération est complétée par la mention du nouvel al. 3 de l'art. 29. Elle permet d'ancrer dans la législation les analyses prescrites par les sages-femmes en cas de maladie, et ce pour la mère et l'enfant. Les prestations fournies par les sages-femmes doivent, comme les autres prestations non médicales, être éditées dans le cadre de listes positives exhaustives. Avec l'adaptation de l'art. 29, al. 2 et 3, LAMal, ce cadre peut être créé, dans les limites fixées par le Conseil fédéral.

5.3 Tarifs de référence équitables pour un libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse

Art. 35b OAMal (nouveau)

L'art. 35b AP-OAMal décrit la fixation des tarifs de référence pour des traitements comparables dans le cas des traitements hospitaliers extracantonaux choisis par les assurés.

L'al. 1 prévoit que chaque canton doit fixer chaque année des tarifs de référence, conformément à l'art. 41, al. 1^{bis}, de la loi, pour les traitements hospitaliers choisis par l'assuré dans un hôpital répertorié figurant non pas sur sa liste, mais sur celle du canton où se situe l'hôpital, et précise que les tarifs de référence doivent impérativement être différenciés selon trois domaines au moins, à savoir les soins somatiques aigus, la psychiatrie et la réadaptation, puisque les systèmes tarifaires appliqués ne sont pas les mêmes². Les prestations en question ne sont pas comparables au sens de l'art. 41, al. 1^{bis}, nLAMal (quatrième phrase), tant du point de vue médical que pour l'établissement des tarifs, et requièrent donc des tarifs de référence distincts. Cette différenciation est déjà préconisée dans les recommandations de la CDS³.

L'al. 2 donne aux cantons la possibilité d'opérer une différenciation supplémentaire des tarifs de référence, qui pourrait permettre de mieux définir les prestations comparables. À l'heure actuelle, plusieurs cantons fixent déjà des tarifs de référence différenciés sur la base de critères variés. Pour la différenciation prévue à l'al. 2, les cantons seraient désormais tenus de se fonder sur les groupes de prestations qu'ils ont spécifiés dans le cadre de leur planification des hôpitaux en vertu de l'art. 58f, al. 3, OAMal.

Ces groupes de prestations parfois très fortement différenciés peuvent aussi, en vue de la fixation de tarifs de référence, être rassemblés par le canton en combinaisons de groupes de prestations.

L'al. 3 prévoit que cette démarche doit nécessairement être fondée sur des critères médicaux, c'est-à-dire que la formation d'une combinaison à partir de plusieurs groupes de prestations doit répondre à une logique médicale et concerner par exemple des domaines de spécialité connexes ou voisins sur le plan médical.

L'al. 4 règle la situation particulière dans laquelle aucun hôpital n'est répertorié sur la liste d'un canton pour un domaine donné, un groupe de prestations ou une combinaison de groupes de prestations. Dans ce cas, l'obligation de fixer un tarif de référence pour ce domaine, prévue aux al. 1 et 2, ne s'applique pas. Si aucun hôpital répertorié sur sa liste ne peut fournir les prestations nécessaires, le canton concerné doit, en tout état de cause, autoriser la prise en charge du tarif du fournisseur de prestations choisi (art. 41, al. 1^{bis}, let. b, ch. 2, nLAMal).

L'al. 5 prévoit que les tarifs de référence fixés chaque année doivent être publiés par le canton. La publication a lieu au plus tard le 1^{er} janvier de chaque année. Ces dispositions correspondent aux recommandations actuelles de la CDS concernant la fixation des tarifs de référence⁴.

² Les structures tarifaires concernées sont respectivement SwissDRG, TARPSY et ST Reha.

³ CDS, « Recommandations concernant la procédure relative aux contributions des cantons en cas de traitements hospitaliers en dehors de la liste hospitalière cantonale au sens de l'article 41, al. 3 LAMal » (recommandation 3.2, p. 6). Disponible sous www.gdk-cds.ch/fr > Soins de santé > Hôpitaux > Financement > Hospitalisations extracantonales.

⁴ CDS, « Recommandations concernant la procédure relative aux contributions des cantons en cas de traitements hospitaliers en dehors de la liste hospitalière cantonale au sens de l'article 41, al. 3 LAMal » (recommandation 3.2, p. 6). Disponible sous www.gdk-cds.ch/fr > Soins de santé > Hôpitaux > Financement > Hospitalisations extracantonales.

Art. 35c OAMal (nouveau)

L'art. 35c AP-OAMal définit le montant du tarif de référence pour les traitements hospitaliers extracantonaux choisis par les assurés.

L'al. 1, let. a, énonce le principe selon lequel le tarif de référence pour un traitement extracantonale choisi par l'assuré doit correspondre au tarif le plus élevé appliqué par les hôpitaux disposant d'un mandat de prestations du canton pour le domaine défini conformément à l'art. 35b AP-OAMal, pour un groupe de prestations ou pour une combinaison de groupes de prestations. Cette modification reflète l'intention du législateur d'accroître la liberté de choix des assurés et de renforcer la concurrence entre les hôpitaux. De plus, le canton est ainsi davantage incité à inscrire sur sa liste d'établissements les fournisseurs de prestations qui proposent un traitement donné au prix le plus avantageux possible. Si le canton est disposé à inscrire sur sa liste un hôpital qui demande un tarif plus élevé, rien ne s'oppose à ce que ce tarif soit aussi payé pour un traitement fourni par un hôpital d'un autre canton, si ce traitement est comparable et que le tarif appliqué par cet hôpital n'est pas inférieur. Plus la différenciation des groupes de prestations en vertu de l'art. 35b nOAMal est précise, moins les tarifs de référence sont élevés car le nombre d'hôpitaux proposant le groupe de prestations est alors plus réduit et le tarif maximal pratiqué par ces derniers a tendance à être plus bas.

L'al. 1, let. b, permet aux cantons de déroger au principe énoncé à l'al. 1, let. a, dans le but de faire jouer la concurrence entre les prestations et les fournisseurs comparables. Les groupes de prestations spécifiés dans le cadre de la planification des hôpitaux englobent souvent aussi des hôpitaux de soins finaux proposant des prestations dans un très grand nombre de domaines différents et pratiquant généralement des tarifs plus élevés que d'autres établissements. Cela s'explique par le fait qu'il n'est pas encore possible de représenter de manière totalement satisfaisante les coûts spécifiques des hôpitaux de soins finaux dans la structure tarifaire.

Si le canton décide de déroger au principe visé à l'al. 1, let. a, il doit procéder comme suit d'après l'al. 1, let. b :

- Selon le ch. 1, le canton doit d'abord retirer du calcul des tarifs de référence les tarifs pour les hôpitaux qualifiés en médecine hautement spécialisée, qui pratiquent parfois des tarifs particulièrement élevés. Conformément à l'al. 2, sont considérés comme tels les hôpitaux disposant d'au moins huit mandats de prestations en vertu de l'art. 39, al. 1, let. e, LAMal. Certains hôpitaux ne disposent que de quelques mandats de prestations de médecine hautement spécialisée. La description dynamique que l'on cherche à donner des hôpitaux de soins finaux, qui ne fige pas les structures, ne doit pas inclure ces établissements. Un nombre important de mandats de prestations est donc nécessaire, la liste actuelle des hôpitaux pour l'ensemble de la Suisse (art. 39, al. 2^{bis}, LAMal) faisant foi. Dans le cas exceptionnel où, pour un groupe de prestations précis, seuls des hôpitaux qualifiés en médecine hautement spécialisée disposent d'un mandat de prestations du canton, le principe énoncé à l'al. 3 s'applique, à savoir prendre en compte le tarif le plus élevé parmi ces établissements.
- Le ch. 2 prend en considération la situation qui peut survenir si, par exemple, un canton compte d'une part un hôpital qualifié en médecine hautement spécialisée de très grande taille, proposant un large éventail de prestations et traitant un nombre considérable de cas, et d'autre part quelques petits hôpitaux traitant comparativement peu de cas et pratiquant potentiellement des tarifs nettement

plus bas. Une fixation des tarifs de référence uniquement sur la base de la let. a (donc en excluant le tarif de l'hôpital qualifié en médecine hautement spécialisée) impliquerait que les tarifs de référence dans ce canton ne seraient potentiellement pas représentatifs de la fourniture effective des prestations dans ce canton, c'est-à-dire qu'ils seraient nettement trop bas. Si le canton souhaite déroger au principe visé à l'al. 1, let. a, et utiliser la méthode de calcul alternative décrite à l'al. 1, let. b, il doit par conséquent calculer aussi une moyenne pondérée en fonction du nombre de cas à partir des tarifs des hôpitaux proposant les groupes de prestations spécifiés au niveau cantonal. L'al. 4 précise que la pondération se fonde sur les nombres de cas traités, pour l'ensemble de la population résidante permanente du canton, par les différents hôpitaux pour chaque domaine, groupe de prestations ou combinaison de groupes de prestations. La CDS recommande⁵ déjà actuellement d'utiliser comme tarif de référence un tarif basé sur les tarifs pertinents des hôpitaux de la liste hospitalière du canton de résidence de la personne traitée et pondéré par les flux de patients.

- Dans le cas où le canton choisit de faire valoir la dérogation au principe visé à l'al. 1, let. a, le tarif de référence correspond au tarif le plus élevé résultant de la procédure décrite à l'al. 1, let. b, ch. 1 ou 2.

Le canton ne doit pas nécessairement fixer les tarifs de référence de manière uniforme pour tous les domaines, groupes de prestations ou combinaisons de groupes de prestations selon l'al. 1, let. a, ou selon l'al. 1, let. b. Il peut fixer le tarif de référence pour certains de ces groupes ou combinaisons selon le principe énoncé à l'al. 1, let. a, et, pour d'autres groupes ou combinaisons, appliquer la méthode décrite à l'al. 1, let. b.

Compte tenu des diverses communautés d'achat des assureurs, différents tarifs peuvent être pratiqués au sein d'un même hôpital. Cet aspect n'est pas réglé explicitement dans l'ordonnance. Le canton aurait la possibilité de différencier les tarifs de référence selon les communautés d'achat ou les assureurs concernés, dans le respect des dispositions prévues à l'art. 35c OAMal. Pour des raisons de praticabilité et de clarté, un canton peut aussi décider de fixer un seul tarif de référence pour l'ensemble des communautés d'achat ou des assureurs. Ce tarif doit alors être fixé de manière à répondre, dans tous les cas, aux exigences de l'art. 35c OAMal. Dans ce contexte, le prix déterminant est le tarif le plus élevé d'un hôpital ayant été convenu avec une communauté d'achat ou un assureur.

L'ordonnance n'aborde pas non plus explicitement la manière de gérer les tarifs provisoires qui doivent être utilisés en l'absence de tarif autorisé pour la période concernée au moment de la fixation du tarif de référence ou en cas de recours en suspens contre une procédure de fixation de tarif. Dans ces cas de figure, il est possible qu'un hôpital pratique a posteriori un tarif définitif autre que le tarif provisoire ou que celui de la période précédente qui a servi de base au moment de la fixation des tarifs de référence. Des modifications de ce type pourraient, si elles ont un impact également sur la fixation des tarifs de référence, entraîner des décalages dans l'étendue de la prise en charge des coûts également pour les hôpitaux extracantonaux, c'est-à-dire pour des établissements qui ne sont pas du tout touchés par les incertitudes évoquées

⁵ CDS, « Recommandations concernant la procédure relative aux contributions des cantons en cas de traitements hospitaliers en dehors de la liste hospitalière cantonale au sens de l'article 41, al. 3 LAMal » (recommandation 3.1, p. 6). Disponible sous www.gdk-cds.ch/fr > Soins de santé > Hôpitaux > Financement > Hospitalisations extracantonales.

(tarifs provisoires). Pour des raisons de praticabilité, il faudrait partir du principe qu'un tarif de référence fixé par le canton pour une période précise, selon les règles de bonne foi et compte tenu des informations disponibles à cette date (tarifs provisoires, tarifs de la période précédente), demeure valable même s'il s'avère a posteriori que son montant aurait été plus ou moins élevé une fois les tarifs définitifs appliqués. En revanche, dans ce cas, le canton serait tenu d'adapter le tarif de référence pour la période suivante dès qu'il prendrait connaissance des nouvelles informations.

5.4 Participation aux coûts en cas de maternité

Art. 105 OAMal

L'indication « le médecin ou la sage-femme » est nécessaire en raison de l'adaptation de l'art. 64, al. 7, let. b, LAMal. L'ajout des sages-femmes comme fournisseurs de prestations autorisés à déterminer le début de la grossesse découle de l'adaptation validée lors des débats parlementaires.

6 Conséquences

6.1 Conséquences pour la Confédération

Conséquences financières

Le 2^e volet de mesures de maîtrise des coûts a pour objectif de limiter l'évolution des coûts de l'AOS à ce qui est justifiable médicalement et de freiner la hausse des primes. Les économies les plus importantes pour l'AOS devraient provenir des modèles de prix, de l'examen différencié des critères EAE et des modèles d'impact budgétaire, ces trois mesures n'étant pas mises en œuvre dans le cadre du présent projet.

En ce qui concerne les tarifs de référence équitables, les conséquences financières pour l'AOS sont difficiles à quantifier. Des économies pourront être réalisées à moyen terme si les cantons prennent en compte la mobilité accrue des patients en adaptant leur pratique en matière d'approbation des tarifs et de planification hospitalière.

En revanche, on peut s'attendre à ce que les prestations des pharmaciens (vaccinations et conseils) génèrent de légers coûts supplémentaires pour l'AOS. Il s'agit ici en effet d'un transfert de coûts des cantons et des patients assumant eux-mêmes leurs frais vers l'AOS. Les nouvelles prestations fournies par les pharmaciens devraient cependant aussi permettre de dégager des économies grâce aux gains d'efficacité dans les soins apportés aux patients. Le montant de ces économies ne peut néanmoins pas être estimé.

Les prestations des sages-femmes et la participation aux coûts en cas de maternité devraient également alourdir quelque peu la charge de l'AOS. Une évaluation précise de ces coûts n'est toutefois pas possible ici.

Les données chiffrées datant de 2018 montrent que pour toutes les prestations concernées par la suppression de la participation aux coûts et prévues par la révision, les assureurs devraient prendre en charge quelque 28 millions de francs supplémentaires par année.

Quant aux prestations effectuées par les sages-femmes dans le cadre de la révision de l'art. 29 LAMal, les conséquences financières de cet élargissement ne sont pas quantifiables, mais un léger effet d'augmentation des coûts est probable.

Globalement, le projet pourrait induire une petite charge financière supplémentaire pour la Confédération, étant donné que l'extension prévue de la prise en charge de certains coûts par l'AOS fait augmenter les coûts bruts de cette dernière. Il en résulte automatiquement une hausse des subventions accordées par la Confédération en vue de la réduction des primes par les cantons en vertu de l'art. 65 LAMal, puisque cette contribution correspond à 7,5 % des coûts bruts de l'AOS (voir l'art. 66, al. 2, LAMal). On peut néanmoins tabler aussi sur des gains d'efficacité, à moyen terme, grâce au renforcement de la concurrence dans le domaine hospitalier et aux compétences supplémentaires dévolues aux pharmaciens.

Conséquences sur l'état du personnel

Le Conseil fédéral a déjà accordé des ressources dans le cadre du programme de maîtrise des coûts, adopté le 28 mars 2018. Outre l'élaboration de la législation d'exécution, la mise en œuvre des mesures proposées dans le présent projet n'implique aucune tâche supplémentaire pour l'administration fédérale.

6.2 Conséquences pour les cantons et les communes, ainsi que pour les villes, les agglomérations et les régions de montagne

Les mesures proposées devraient avoir peu de conséquences directes pour les cantons et les communes, ainsi que pour les villes, les agglomérations et les régions de montagne. On considère en principe, pour toutes les mesures, qu'une maîtrise des coûts a pour effet que les assurés paient moins de primes et que les cantons versent moins de réductions de primes.

S'agissant des prestations des pharmaciens dans le cadre de programmes de prévention, les charges pourront se réduire pour les cantons qui, actuellement, prennent en charge les prestations liées aux tests de selles dans le cadre de programmes cantonaux de prévention du cancer du côlon.

L'organisation des tarifs de référence pour les traitements hospitaliers dans un établissement hors canton choisi par l'assuré peut modifier légèrement les flux financiers en raison de la hausse du nombre de ces traitements.

6.3 Conséquences pour l'économie

Les conséquences du présent projet pour l'économie nationale devraient être minimales, puisque certaines mesures devraient entraîner de légers coûts supplémentaires pour l'AOS et d'autres générer de petites économies.

Par rapport aux plus de 80 milliards de francs qui sont dépensés chaque année dans le domaine de la santé, ce projet ne revêt pas une grande importance économique.

6.4 Conséquences pour la société

La Suisse dispose d'un bon système de santé, et les patients affichent un niveau de satisfaction élevé concernant la qualité et l'utilité de ce système. En comparaison internationale, l'état de santé de la population est très bon et l'accès au système de santé est assuré. Ces conditions doivent être préservées.

Les nouveautés proposées peuvent, sur certains points, alléger la charge pesant sur les assurés ou améliorer leur situation.

7 Aspects juridiques

7.1 Compatibilité avec les obligations internationales de la Suisse

Les dispositions d'exécution relatives à la mise en œuvre du 2^e volet de mesures de maîtrise des coûts poursuivent essentiellement un objectif interne de la Suisse : limiter l'évolution des coûts de l'AOS. Les acteurs concernés se trouvent donc en premier lieu sur le territoire suisse (cantons, fournisseurs de prestations, assureurs et assurés).

Ces dispositions sont compatibles avec les obligations internationales de la Suisse découlant de l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP)⁶ ainsi que de l'annexe K de la Convention du 4 janvier 1960 instituant l'Association Européenne de Libre-Échange (AELE)⁷. La Suisse édicte, sur la base de l'ALCP et de la Convention AELE révisée, des dispositions équivalentes à celles de l'UE en matière de coordination des systèmes de sécurité sociale, à savoir, notamment, les règlements (CE) n° 883/2004⁸ et (CE) n° 987/2009⁹.

Ce droit ne vise pas à harmoniser les systèmes nationaux de sécurité sociale. Les États sont libres de déterminer dans une large mesure la structure concrète, le champ d'application personnel, les modalités de financement et l'organisation de leur système de sécurité sociale. Ce faisant, ils doivent cependant observer les principes de coordination tels que l'égalité de traitement entre les ressortissants nationaux et les ressortissants des autres parties contractantes, la détermination du droit applicable, la totalisation des périodes d'assurance et le maintien des droits acquis. Ces principes ne sont toutefois pas touchés par le présent projet.

⁶ RS 0.142.112.681

⁷ RS 0.632.31

⁸ Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, dans la version qui lie la Suisse en vertu de l'annexe II de l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part (RS 0.142.112.681 ; une version consolidée, non contraignante, de ce règlement figure sous RS 0.831.109.268.1) ainsi que dans la version qui lie la Suisse en vertu de l'appendice 2 de l'annexe K de la Convention du 4 janvier 1960 instituant l'Association Européenne de Libre-Échange (AELE ; RS 0.632.31)

⁹ Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, dans la version qui lie la Suisse selon l'annexe II de l'ALCP (une version consolidée, non contraignante, de ce règlement est publiée au RS 0.831.109.268.11) ainsi que dans la version qui lie la Suisse en vertu de l'appendice 2 de l'annexe K de la convention AELE.

Le projet est également compatible avec les autres engagements internationaux de la Suisse.

7.2 Forme de l'acte à adopter

La forme de l'acte en vigueur est conservée.

7.3 Sous-délégation de compétences législatives

L'art. 96 LAMal donne au Conseil fédéral la compétence générale d'édicter des dispositions d'exécution dans le domaine de l'assurance-maladie sociale. Deux sous-délégations sont créées ou étendues dans le cadre du présent paquet de modifications de l'ordonnance. En vertu de l'art. 33, let. d, OAMal, le DFI désigne, après avoir consulté la commission compétente, les mesures de prévention, les prestations en cas de maternité et les soins dentaires. De plus, le DFI peut désormais désigner les analyses qui peuvent être prescrites par des sages-femmes conformément à l'art. 29, al. 2 et 3, LAMal ainsi que celles qui peuvent être prescrites par des pharmaciens conformément aux art. 25, al. 2, let. h, ch. 2, et 26, al. 2, LAMal.

7.4 Protection des données

Aucune réglementation supplémentaire pour la protection des données n'est requise dès lors que, sur la base des dispositions de la loi sur la protection des données (LPD ; RS 235.1) et de l'art. 84b LAMal, les assureurs et les fournisseurs de prestations sont tenus de prendre les mesures techniques et organisationnelles nécessaires pour garantir cette protection. Ils établissent un règlement de traitement. Une réglementation relative à la transmission électronique des factures peut également y être prévue. Les données de santé étant des données sensibles au sens de la LPD, leur traitement implique la mise en place de mesures particulières (transmission chiffrée, procédure d'authentification à plusieurs facteurs) que les partenaires tarifaires devront prendre en compte lors de l'élaboration d'un standard national unique qui garantisse la sécurité des données. Pour l'élaboration de cette norme uniforme, ils devront aussi prendre en compte leurs obligations découlant de la LPD totalement révisée, en particulier le fait qu'un tel projet devra faire l'objet d'une analyse d'impact relative à la protection des données personnelles¹⁰ (cf. art. 22 de la nouvelle LPD et FF 2022 2427 – Modification de la LAMal [Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet]).

8 Entrée en vigueur

L'entrée en vigueur de la modification est prévue le 1^{er} janvier 2027.

¹⁰ [bj.admin.ch/fr](https://www.bj.admin.ch/fr) > Page d'accueil > [État & Citoyen](#) > [Protection des données](#) > [Informations destinées aux organes fédéraux](#)