



CH-3003 Berne

OFSP; PEC

POST CH AG

À l'attention des assureurs LAMal  
(par courriel)

Berne, le 25 août 2023

## **Lettre d'information : obligations en matière de répercussion des avantages**

Madame, Monsieur,

Pour donner suite à différents échanges avec les acteurs concernés à propos des conventions actuelles et de leurs rapports respectifs concernant les mesures visant l'amélioration de la qualité des traitements, dont l'OFSP a eu connaissance dans le cadre de l'application de l'art. 56, al. 3<sup>bis</sup>, de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)<sup>1</sup>, nous souhaitons rappeler les points et les principes applicables les plus importants, utiles à la compréhension des rôles des différents acteurs dans le domaine, ainsi que les attentes de l'OFSP en tant qu'autorité de surveillance.

L'obligation de répercussion des avantages est ancrée dans la loi depuis 1996. Elle a été complétée au 1<sup>er</sup> janvier 2020 par la possibilité donnée aux fournisseurs de prestations et aux assureurs de conclure une convention relative à la non répercussion intégrale des avantages (art. 56, al. 3<sup>bis</sup>, LAMal). L'obligation de répercussion des avantages est l'expression du principe d'économicité du droit de l'assurance maladie. Conformément à cette exigence, les fournisseurs de prestations doivent limiter leurs prestations à ce qui est dans l'intérêt de la personne assurée et nécessaire aux fins du traitement (art. 56 LAMal). Il s'ensuit que les assureurs (ou la personne assurée) peuvent demander aux fournisseurs de prestations de restituer les avantages qui n'ont pas été transmis.

Le champ d'application matériel de l'art. 56, al. 3, let. b, LAMal couvre tant la distribution de médicaments que celle de moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques.

Les « médicaments » sont les médicaments au sens de l'art. 4, al. 1, let. a de la loi sur les produits thérapeutiques (LPTh)<sup>2</sup>, dans la mesure où ils sont pris en charge par l'AOS. L'assurance obligatoire des soins rembourse les médicaments prescrits par un médecin, utilisés selon les indications mentionnées sur la notice d'emballage et figurant sur la liste des spécialités (LS).

Sont également concernées les préparations remises sur prescription médicale qui sont fabriquées en tant que préparations magistrales et dont les substances actives et auxiliaires figurent dans la liste des médicaments avec tarif (LMT). Les médicaments dont les coûts sont pris en charge par l'AOS selon les

<sup>1</sup> RS 832.10

<sup>2</sup> RS 812.21



dispositions de l'art. 71a ss de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)<sup>3</sup> sont aussi soumis à l'obligation de répercuter les avantages.

Par « moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques », on entend les dispositifs médicaux dans la mesure où ils sont pris en charge par l'AOS. Ces dispositifs figurent sur la LiMA. L'obligation de répercuter porte toutefois également sur les moyens et appareils qui ne figurent pas sur la LiMA mais qui sont dans le cadre de traitements pris en charge par l'AOS.

Les médicaments et les moyens et appareils ne relevant pas de l'AOS (soit ceux remboursés par les assurances complémentaires ou pris en charge par les patients eux-mêmes) ne sont pas l'objet de l'obligation de répercussion.

## **1. Contrôle du caractère économique et des avantages**

Le contrôle de la rémunération et du caractère économique des prestations fait partie des tâches essentielles des assureurs, en leur qualité d'organe d'exécution de la LAMal (art. 42, al. 3, 2<sup>e</sup> phrase, LAMal et art. 76, let. b, OAMal). Ceux-ci sont en effet tenus de ne pas prendre en charge d'autres coûts dont l'étendue dépasse notamment l'économicité : le fournisseur de prestations est tenu de restituer les sommes reçues à tort (art. 56, al. 2, LAMal) et il doit répercuter les avantages directs et indirects qu'il perçoit de personnes ou d'institutions qui fournissent des médicaments ou des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques (art. 56, al. 3, LAMal). L'assureur est pour sa part tenu, dans le cadre de son contrôle du caractère économique des prestations, de contrôler l'avantage, d'autant qu'il peut en exiger la restitution, s'il n'est pas répercuté (art. 56, al. 4, LAMal).

Cette vérification par l'assureur s'opère distinctement, selon le type de prise en charge (domaine ambulatoire, ch. 1.1., ou stationnaire, ch. 1.2.) :

### **1.1. Contrôle des avantages dans le domaine ambulatoire**

Dans le domaine ambulatoire, l'assureur est tenu de contrôler l'avantage indiqué par le fournisseur de prestations sur la facture (art. 76a, al. 1, OAMal), puisqu'il peut en exiger la restitution s'il n'est pas répercuté (art. 56, al. 4, LAMal).

Cette disposition renvoie expressément à l'art. 42 LAMal : l'indication de l'avantage dans la facture doit ainsi permettre à l'assureur de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation (art. 42, al. 3, 2<sup>e</sup> phrase, LAMal et 59a, al. 1, OAMal). Le fournisseur de prestations doit transmettre à l'assureur toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation.

Si les assureurs constatent que les fournisseurs de prestations facturent des prestations qui ne correspondent pas aux exigences rappelées, ils refusent de les rembourser ou exigent le remboursement des prestations indûment payées. Si le fournisseur de prestations et l'assureur ne parviennent pas à s'entendre, l'assureur saisit le tribunal arbitral cantonal (art. 59 et 89 LAMal).

Les assureurs peuvent convenir avec les fournisseurs de prestations des modalités de répercussion des avantages. De telles pratiques sont conformes à la loi, tant que l'ensemble des assurés profite économiquement des avantages.

### **1.2. Contrôle des avantages dans le domaine stationnaire**

Dans le domaine stationnaire, l'assureur doit s'assurer que les avantages sont effectivement déjà intégrés dans le calcul des tarifs sous la forme de coûts plus bas, auquel cas l'obligation d'indiquer l'avantage dans la facture tombe (art. 76a, al. 2, OAMal).

---

<sup>3</sup> RS 832.102

Dans ce cas, les assureurs (mais aussi les fournisseurs de prestations) sont responsables du respect de l'obligation de répercussion lors du calcul de la valeur de base du cas dans le système de rémunération concerné. En cas d'application de la convention tarifaire, les assureurs (et les fournisseurs de prestations) sont responsables du respect de la convention tarifaire et donc du respect de l'obligation de répercussion.

Dans un système DRG, si des avantages sont accordés, les coûts des hôpitaux diminuent de manière mathématique. Comme le prix de base est décidé par les partenaires tarifaires, dont les assureurs, et puisque ceux-ci ne peuvent pas vérifier les avantages séparément (puisque les avantages se traduisent par des coûts d'exploitation plus faibles)<sup>4</sup>, ceux-ci devront en tenir compte dans les négociations pour la fixation du prix de base (art. 76a, al. 2, OAMal).

## **2. Conventions relatives à la répercussion non intégrale des avantages et Rapports**

### **2.1. Conventions relatives à la répercussion non intégrale des avantages**

Les assureurs ou leurs organisations peuvent conclure avec les fournisseurs de prestations ou leurs organisations une convention relative à la répercussion non intégrale des avantages dans le but d'améliorer la qualité des traitements (art. 56, al. 3<sup>bis</sup>, LAMal). La conclusion d'une telle convention doit être communiquée sans tarder à l'OFSP (art. 76b, al. 4, OAMal).

En tant que partie contractante, les assureurs doivent veiller à ce que la convention contienne au moins la nature et l'ampleur de l'avantage, les modalités pour en assurer la transparence, l'utilisation prévue de l'avantage non répercuté, y c. le but poursuivi en matière d'amélioration de la qualité des traitements ainsi que les modalités pour prouver l'amélioration de la qualité des traitements (article 76b, al. 2, OAMal). Cela signifie concrètement et en particulier que :

- tous les éléments (notamment les parties contractantes et les mesures prévues) modifiés ou mis à jour après la conclusion de la convention doivent être communiqués sans tarder à l'OFSP (art. 76b, al. 4, OAMal) ;
- les mesures pour l'amélioration de la qualité du traitement, soit l'utilisation prévue de l'avantage (art. 76b, al. 2, OAMal), sont déterminées dans la convention ;
- s'il s'agit de programmes pluriannuels (cf. art. 76c, al. 1, OAMal), il sera parti du principe que les montants engagés (art. 76b, al. 2, let. a, OAMal) couvrent la période concernée ;
- exceptionnellement, une partie des montants peut être provisionnée en vue de leur utilisation ultérieure, mais cela devra au quel cas ressortir distinctement de la convention ;
- pour chaque mesure, l'état initial de la qualité devra être pour le moins indiqué, a fortiori puisque les objectifs visés en matière d'amélioration de la qualité des traitements doivent être définis.

### **2.2. Rapports attestant du respect de la convention**

En vertu de l'art. 76c, al. 1, OAMal, les assureurs établissent à l'attention de l'OFSP des rapports attestant du respect de la convention visée à l'art. 76b OAMal: le parallélisme entre ce qui a été convenu (ch. 2.1.) et ce qui a été rapporté doit donc être démontré.

Les assureurs présentent le rapport à l'OFSP après l'échéance de la convention. Dans le cas de projets pluriannuels, ils présentent chaque année des rapports intermédiaires : une telle périodicité permet de rendre compte de l'état actuel de la mise en œuvre des mesures de qualité convenues.

Le rapport doit expliquer pourquoi les avantages n'ont pas été principalement utilisées pour des programmes nationaux d'amélioration de la qualité (art. 76b, al. 3, OAMal). S'il n'existe pas de programme national d'amélioration de la qualité des soins pour un fournisseur de prestations donné, il suffit de le mentionner dans le rapport.

---

<sup>4</sup> Rapport explicatif concernant l'ordonnance sur l'intégrité et la transparence dans le domaine des produits thérapeutiques ainsi que la modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, OFSP, avril 2019, p. 4.

Étant donné que la remise du rapport relève de la responsabilité de l'assureur, celui-ci doit vérifier l'intégralité du rapport, conformément à l'art. 76c, al. 2, OAMal. Ainsi, comme le rapport doit apporter la preuve que les avantages non répercutés ont été utilisés pour améliorer la qualité des traitements, l'assureur doit s'assurer que cela ressort du rapport. Dans cette optique, si la partie contractante se compose de plusieurs fournisseurs de prestations :

- le rapport distinguera selon les fournisseurs de prestations en présence, puisque la convention doit porter sur la nature et l'ampleur des avantages ;
- lorsque différentes mesures ont été définies, le type et l'ampleur de l'avantage doivent être identifiés pour chaque fournisseur de prestations et pour chaque mesure. Cela signifie que les montants répercutés en CHF doivent être indiqués dans le rapport pour chaque fournisseur de prestations, pour chaque assureur et pour chaque mesure d'amélioration de la qualité du traitement (données dans la mesure du possible annexées au format Excel).

La preuve de l'amélioration de la qualité des traitements (art. 76c, al. 2, let. a, OAMal) est apportée en indiquant quelle était la qualité des traitements au début de la convention (situation de départ), quel était l'objectif d'amélioration visé et quelles sont les améliorations obtenues.

En dernier lieu, l'assureur vérifie également qu'une évaluation de l'amélioration de la qualité des traitements est apportée et que cette évaluation a été effectuée par un organisme indépendant utilisant des méthodes scientifiques selon des normes ou des lignes directrices reconnues (art. 76c, al. 2 et 3, OAMal). Dans cette optique, l'organisation indépendante, clairement identifiable comme telle et chargée de l'évaluation, doit montrer si la mesure et le montant qui y est consacré entraînent une amélioration de la qualité du traitement.

Cette transparence exigée permettra à l'assureur de respecter son obligation dans le cadre du contrôle des factures et de constater auquel cas la répercussion de la majeure partie des avantages.

### 3. Conclusion

Il appartient aux assureurs de procéder au contrôle de l'avantage dans le cadre du contrôle des factures, respectivement de s'assurer – dans le domaine des tarifs forfaitaires – à ce qu'il soit déjà intégré dans le calcul des tarifs par des coûts plus faibles.

La remise par l'assureur du rapport attestant du respect de la convention (art. 76c OAMal) peut avoir des conséquences importantes pour le fournisseur de prestations : si le rapport ne répond en effet pas à ces exigences, l'OFSP peut décider de la répercussion intégrale des avantages, voire prononcer des sanctions pénales (art. 82a et 92, al. 2, LAMal).

Vous trouverez des informations complémentaires et les FAQs sur le site de l'OFSP ([Integrität, Transparenz und Weitergabepflicht bei Heilmitteln \(admin.ch\)](#)). Des questions sur la thématique peuvent également être posées via le formulaire de contact.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Office fédéral de la santé publique



Thomas Christen

Directeur suppl. de l'OFSP et  
responsable Assurance maladie et accidents