

place au dialogue

3/2026 – dialogue.css.ch

Les limites du système

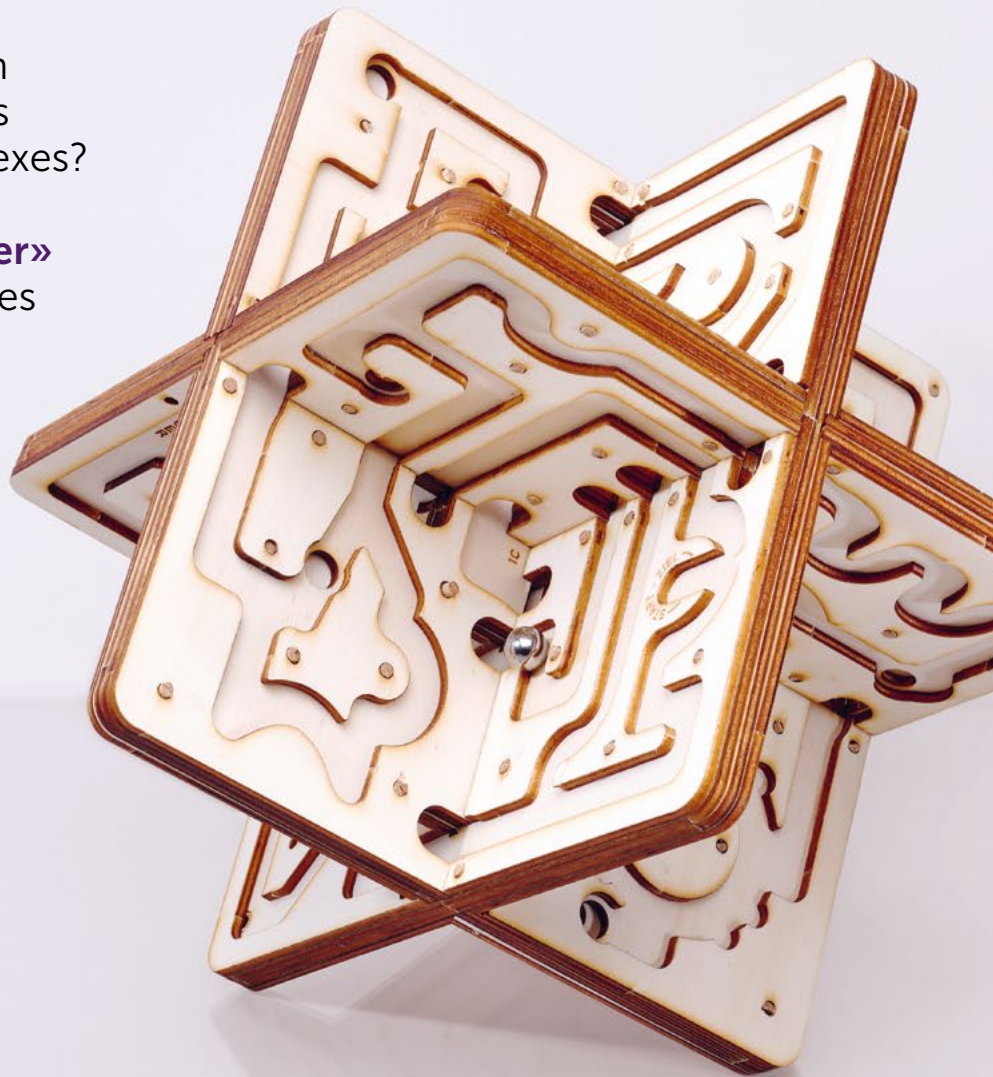
Les contrôles étatiques en matière tarifaire doivent-ils vraiment être aussi complexes?

Campagne «tigre de papier»

Dans quels cas les contrôles sont superflus.

De nouveaux rôles avec EFAS

Les mesures de pilotage des cantons sont-elles adéquates?



Contrôler exige de la dextérité

Des contrôles efficaces favorisent une utilisation ciblée des ressources. Il s'agit de définir des mécanismes de pilotage appropriés.

«La plupart du temps, les assureurs-maladie ne sont pas responsables de cette bureaucratie. S'ils demandent des précisions, c'est souvent pour s'acquitter de différentes obligations de contrôle légales tandis qu'ils font eux-mêmes l'objet de contrôles.»

Prof. Sven Streit, initiateur de la campagne «tigre de papier» et président de la Commission pour la promotion de la relève de la Société suisse de Médecine interne générale (SSMIG), page 19.

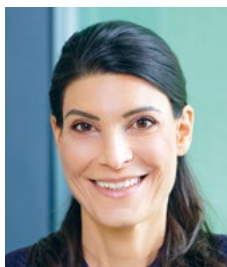
«Même avec la meilleure volonté du monde, les patientes et patients sont souvent incapables de déterminer si une prestation a été facturée à double.»

Susanne Gedamke, directrice de l'Organisation suisse des patients (OSP), page 10.

«Les données des factures sont parfois incomplètes, des informations indispensables font défaut ou ne sont pas transmises de manière systématique.»

Falk Schimmann, chef de service Expertise et développement des prestations CSS, page 9.

Des contrôles sains



Mirjam Bamberger,
présidente de la direction
générale

Les contrôles font partie intégrante du système de santé. Ils protègent l'argent des primes, garantissent la qualité et instaurent la confiance au sein du système. La CSS assume cette responsabilité de manière rigoureuse pour le compte des personnes assurées. Rien qu'au premier semestre 2026, un contrôle systématique des factures nous a permis d'éviter 462 millions de francs de dépenses injustifiées.

Pour autant, on ne peut pas juger de la qualité des contrôles à leur quantité. Depuis l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) en 1996, le paysage réglementaire n'a cessé de se développer. De nouvelles règles sont venues s'ajouter sans que celles existantes ne soient simplifiées ni supprimées en conséquence. La LAMal a également connu de nombreuses révisions, faisant passer la loi de 40 pages à environ 100 pages. Résultat: un gain en complexité, mais pas nécessairement en efficacité.

Aujourd'hui, nous devons non pas ajouter des contrôles, mais les rendre plus efficaces, notamment avec les grandes réformes EFAS et TARDOC, qui transforment les mécanismes de financement et de facturation, ce qui comporte des chances, mais aussi des nouvelles dynamiques incertaines. La neutralité des coûts du nouveau tarif médical ambulatoire doit encore faire ses preuves. Nous devons identifier les évolutions à un stade précoce et nous assurer de garder le cap vers l'efficacité sans alourdir la bureaucratie.

Pour cela, trois éléments sont nécessaires: des responsabilités claires, une base de données standardisée et une transmission de données efficace. En matière de numérisation et de standardisation, la Suisse a un retard considérable à rattraper. Renforcer la numérisation permettrait d'augmenter la transparence, de simplifier les processus et d'améliorer la gestion du système de santé, tout en préservant l'argent des primes.

Le rôle de la CSS est clair: nous devons rester à l'affût, agir avec rigueur, exiger des contrôles là où ils représentent un gain d'efficacité et simplifier tout processus inutilement complexe. Un bon système de santé a besoin non seulement de lignes directrices claires, mais aussi d'une marge de manœuvre pour la prise d'initiatives, l'innovation et l'action entrepreneuriale. Pour moi, c'est la définition d'un contrôle sain.

Dans ce numéro de «place au dialogue», nous nous demandons dans quels domaines les contrôles sont indispensables, comment alléger le processus et de quelle façon nous pouvons contribuer en tant que personne assurée et en tant que patient et patient, à façonner un système de santé efficace et responsable.

 [linkedin.com/company/css_ch](https://www.linkedin.com/company/css_ch)

Ne manquez aucune information:

abonnez-vous gratuitement au magazine «place au dialogue».

La présente publication traite de sujets aussi sensibles que complexes liés à la politique de la santé et lance le débat sans ceillères idéologiques.

Elle paraît trois fois par année en allemand et en français.



Abonnez-vous ici!

04 / Infographie

Qui fait des contrôles et dans quel but?

06 / Rapport coûts-bénéfices

Des contrôles ciblés plutôt que systématiques pourraient soulager le système.

09 / Point de vue

Pour évaluer efficacement les prestations, il faut des données standardisées.



10 / Personnel

Les factures médicales sont souvent incompréhensibles selon Susanne Gedamke.

12 / Bureaucratie tarifaire

Pius Zängerle, ancien directeur de curafutura, remet en question l'utilité des contrôles tarifaires exercés par l'Etat.



14 / Débat

Yvonne Gilli et Sanjay Singh discutent de réglementations efficaces.

19 / Supprimer les contrôles superflus

L'initiative «tigre de papier» cible les contrôles inutiles.

20 / Pour ou contre

EFAS accroît la marge de manœuvre des cantons en matière de pilotage. Est-ce la solution?

22 / Etude

Quelles tâches administratives pèsent le plus lourdement sur les médecins de famille?

23 / Chronique

Les responsables politiques font fausse route en n'investissant pas dans la numérisation et l'IA.



CONTRÔLE

La santé sous surveillance

Qui contrôle quoi dans l'AOS?
Aperçu des différents acteurs.



Tarifs

Ca

Les partenaires tarifaires (les assureurs, agissant parfois sous forme de communautés d'achat, ainsi que les fournisseurs de prestations) négocient les tarifs correspondants (notamment la valeur du point tarifaire dans le domaine ambulatoire et le «baserate» dans le domaine stationnaire), lesquels doivent être approuvés par le canton. Si les partenaires tarifaires ne parviennent pas à s'entendre, les tarifs sont fixés par le canton.

Co

La structure tarifaire est présentée par les partenaires tarifaires (respectivement par les associations d'assureurs et de fournisseurs de prestations) et approuvée par le Conseil fédéral. Le Conseil fédéral peut assortir cette approbation de conditions (p. ex. en lien avec l'évolution des coûts).

Nouveautés avec EFAS
EFAS met fin au financement différent des prestations stationnaires et ambulatoires. Les cantons ont une plus grande marge de manœuvre, puisqu'ils peuvent fixer des limites maximales pour l'ensemble des limites maximales de prestations ambulatoires en cas d'évolution excessive des coûts. Désormais, ils siègent également au sein des organisations tarifaires pour le secteur ambulatoire.

Primes

Co

Chaque année, les assureurs-maladie doivent soumettre les primes de l'AOS à l'OFSP pour approbation.

Co

L'OFSP vérifie si ces primes garantissent la solvabilité de l'assureur et préservent les intérêts des personnes assurées (art. 16, al. 2 LSA-Mal).

Sources:

1. www.priminfo.admin.ch/fr/zahlen-und-fakten/kostengruppen
2. prio.swiss 2026:
La concurrence régulée, pilier discret mais décisif du système de santé suisse

3. Rapport de gestion CSS 2025.
4. prio.swiss 2026:
La concurrence régulée, pilier discret mais décisif du système de santé suisse



RAPPORT COUTS-BÉNÉFICES

La confiance fait sens, mais elle a ses limites

La confiance accordée aux médecins est le fondement de notre système de santé. Leur liberté de traitement étant partiellement restreinte, ils sont toutefois soumis à un contrôle de la part des assureurs.

Auteurs: **Simon Wieser, Andreas Kohler**; photo: **Getty Images pour Unsplash**

Les médecins peuvent, dans une large mesure, décider de la nature et de l'étendue des traitements qui seront dispensés. Après tout, ce sont des expertes et des experts qui ont fait des études de médecine et qui bénéficient, pour la plupart, d'une longue expérience.

Cette liberté de traitement est toutefois partiellement restreinte en ce qui concerne les prestations de l'assurance-maladie obligatoire (AOS). Ainsi, la loi sur l'assurance-maladie exige que les prestations soient efficaces, adéquates et économiques (EAE) et qu'elles se limitent aux mesures jugées nécessaires pour atteindre l'objectif du traitement. Ce principe fait sens, étant donné que toute forme de zèle impliquant des prestations médicales inutiles entraîne une hausse des primes.

Ce qui est contrôlé

Ce contrôle des traitements mis en œuvre par la Confédération prend la forme de «limitations», qui restreignent la prise en charge des coûts de diverses manières. Les limitations concernent l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, qui régit notamment les prestations des organisations d'aide et de soins à domicile (Spitex) et le dépistage précoce du cancer, ainsi que les listes des médicaments, des analyses de laboratoire et des moyens auxiliaires remboursés par l'AOS. Ces restrictions mentionnent, par exemple, que seuls les spécialistes dédiés sont habilités à prescrire ou à fournir une prestation, que celle-ci ne peut être dispensée qu'à certaines tranches d'âge ou pour certaines maladies, ou encore que des rapports médicaux doivent être établis périodiquement. De plus, la prestation doit être facturée selon le tarif approprié, conformément aux règles tarifaires en vigueur.

Les assureurs sont tenus de vérifier et de faire respecter ces dispositions. A cette fin, ils procèdent à des contrôles sur l'ensemble des décomptes de prestations de leurs clientes et clients. Ils vérifient en outre s'il y a des erreurs dans la facturation et si

d'autres conventions s'appliquent. Ils s'assurent entre autres que les personnes assurées qui ont choisi des modèles alternatifs d'assurance respectent leur engagement, notamment en ce qui concerne l'obligation de consulter sa ou son médecin de famille avant de se rendre chez une ou un spécialiste.

Un marathon de vérifications

Les contrôles constituent une mission essentielle des assureurs. Cependant, la charge de travail est considérable, tant pour les assureurs que pour les fournisseurs de prestations. Chaque facture émise, par exemple, par un cabinet médical, une pharmacie ou un cabinet de conseil nutritionnel, fait d'abord l'objet d'un contrôle automatisé visant à vérifier sa conformité tarifaire ainsi que sa plausibilité. Les cas nécessitant des clarifications sont transmis à des gestionnaires, qui, au besoin, font appel aux médecins-conseils des assurances. Les factures erronées ou incomplètes sont rejetées et doivent être corrigées par les fournisseurs de prestations.

Par ailleurs, les associations d'assureurs-maladie et de fournisseurs de prestations ont convenu de mettre en place des contrôles de l'économicité visant à identifier les fournisseurs de prestations dont les coûts sont nettement supérieurs à la moyenne. A cette fin, SantéServices examine de près les données regroupées de l'ensemble des assureurs et évalue l'économicité des fournisseurs de prestations.¹ Ces contrôles ont également une fonction préventive auprès de ces derniers, sachant que toute surfacturation peut être détectée.

Des millions économisés, mais moins de temps pour les patientes et patients?

Une grande partie du personnel des assurances est affectée au contrôle des coûts. Chaque contrôle a un coût, et pas seulement pour les assureurs. Les médecins et tous les autres fournisseurs de prestations consacrent également du temps à documen- ➤



Le professeur Simon Wieser, docteur en économie publique,

dirige l'Institut d'économie de la santé de Winterthur, qui est rattaché à la Haute école des sciences appliquées de Zurich (ZHAW) School of Management and Law. Il enseigne également au sein de l'Institut.

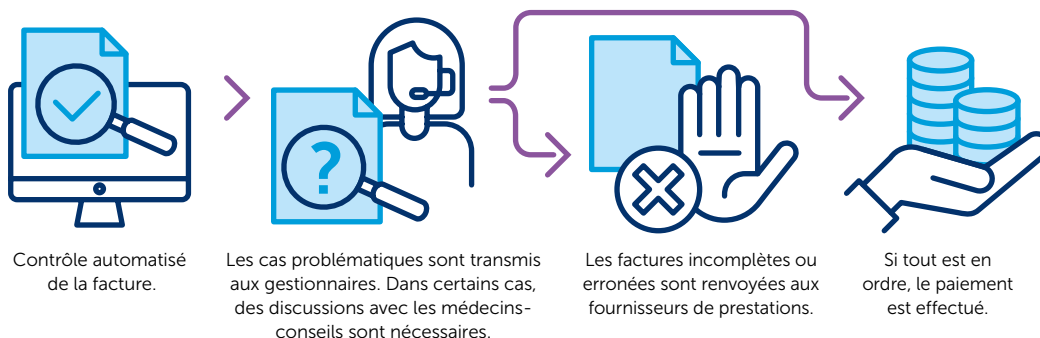


Andreas Kohler, docteur en économie,

codirige une équipe de recherche à l'Institut d'économie de la santé de Winterthur, qui est rattaché à la ZHAW School of Management and Law. Il enseigne également au sein de l'Institut.

Marathon de vérifications pour les assureurs-maladie

Toute facture transmise par un fournisseur de prestations passe par plusieurs étapes de contrôle.



ter les soins, à rédiger des rapports et à répondre aux demandes de renseignements des assureurs. Cela rallonge les journées de travail et réduit le temps consacré aux patientes et patients.

La question est non pas de savoir si nous avons besoin de contrôles, mais bien dans quelle mesure et sous quelle forme. A terme, si davantage de prestations sont conformes aux critères EAE, les coûts s'en trouvent réduits. Le contrôle systématique des factures par chacun des assureurs permet aux personnes assurées d'économiser chaque année plus de 4 milliards sur l'ensemble de la branche, soit environ 10% des primes. Le contrôle de l'économicité de l'ensemble de la branche génère en outre des remboursements annuels de plusieurs millions de francs de la part des médecins en infraction, auxquels s'ajoute l'effet de dissuasion, estimé à plusieurs dizaines de millions de francs.²

Personne ne sait exactement combien ces contrôles coûtent aux médecins, notamment en termes de temps. Deux chiffres illustrent cependant l'ampleur potentielle du phénomène. En 2023, les médecins hospitaliers travaillant en soins aigus ont consacré en moyenne 114 minutes par jour à la documentation³. Une enquête de la «NZZ» menée auprès de plus de 4500 médecins-assistantes et médecins-assistants la même année⁴ montre en outre qu'ils et elles passent 60 à 70% de leur temps de travail devant un ordinateur.

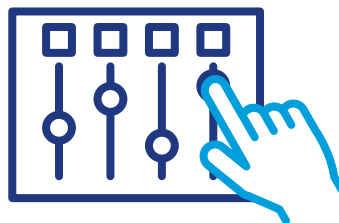
Pourquoi ces contrôles donnent-ils souvent l'impression d'être abusifs? La réponse réside en partie dans le rapport coûts-bénéfices. Les coûts sont supportés par le corps médical, sous forme de temps et d'efforts, tandis que les bénéfices – à savoir la réduction des primes et des fraudes – profitent aux personnes assurées et aux contribuables.

Qui contrôle les contrôleurs?

Des règles claires, proportionnées et vérifiables sont indispensables pour garantir des contrôles efficaces et adéquats. Dans le domaine de l'AOS, c'est avant tout à la Confédération qu'incombe la responsabilité de cette réglementation, pendant que les assureurs et les fournisseurs de prestations ont pour tâche de mettre en œuvre ces prescriptions au quotidien. Ils savent quelles prescriptions sont difficiles



«Le rapport coûts-bénéfices doit être équilibré.»



«La question est non pas de savoir si nous avons besoin de contrôles, mais bien dans quelle mesure et sous quelle forme.»

à appliquer ou n'apportent guère d'avantages. La Confédération, les assureurs et les fournisseurs de prestations devraient travailler ensemble à la recherche de solutions au lieu de se voir imposer des exigences de façon unilatérale par l'autorité de régulation. Cela suppose un dialogue constant et constructif entre les trois acteurs afin de supprimer les exigences jugées disproportionnées, comme l'obligation d'obtenir de la ou du médecin-conseil une garantie de paiement pour des médicaments peu coûteux et réputés ne pas poser de problèmes (p. ex. des pommades contre l'herpès) ou des évaluations pour des moyens auxiliaires dont les personnes assurées ont besoin de manière permanente en raison d'une maladie chronique grave (p. ex. des appareils de ventilation mécaniques à domicile, des produits pour l'incontinence).

Conclusion: les contrôles sont essentiels, mais ils doivent s'accompagner d'efforts raisonnables

Les contrôles contribuent de manière significative à garantir que les prestations de l'assurance-maladie sociale soient efficaces, adéquates et économiques, et que les nombreuses règles de notre système de santé soient respectées. Le rapport coûts-bénéfices doit être équilibré. Cela passe par des règles claires et faciles à mettre en œuvre, ainsi que par une facturation électronique aussi uniforme que possible des fournisseurs de prestations aux assureurs.

De plus, il serait avantageux de concentrer les contrôles là où les erreurs ou les abus sont les plus probables et d'élaborer des règles avec les acteurs concernés au lieu de les imposer de manière unilatérale.

Même plus efficaces et allégés, les contrôles continueront de représenter une charge pour le corps médical et l'ensemble des fournisseurs de prestations. Il faut garder à l'esprit que ce sont avant tout les personnes assurées et les contribuables qui bénéficient de ces contrôles. ●

¹ www.santeservices.ch/fr/

² www.hzinsurance.ch/gerichte-ordnen-rueckzahlung-von-praemiengeldern-an/6tfg4t3

³ www.fmh.ch/fr/politique-medias/bulletin-des-medecins-suisse/edition-29/edition-29-penurie.cfm

⁴ www.nzz.ch/zuerich/assistenzaerzte-sitzen-ueber-die-haelfte-ihrer-arbeitszeit-am-computer-ein-angehender-chirurg-sagt-die-situation-ist-voellig-aus-dem-ruder-gelaufen-ld.1839625



Pour en savoir plus

Vous trouvez plus d'articles de la rubrique «focus» sur dialogue.css.ch.

POINT DE VUE

Une bonne base de données pour des contrôles efficaces

Les assureurs-maladie doivent vérifier si une prestation fournie est efficace, adéquate et économique. Pour ce faire, ils doivent avoir des données fiables. Or, celles-ci font souvent défaut.

Auteur: **Falk Schimmann**, chef de service
Expertise et développement des prestations CSS;
Photo: **Herbert Zimmermann**



Selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), seules les prestations efficaces, adéquates et économiques (EAE) peuvent être prises en charge par l'assurance de base. Il appartient aux responsables politiques et aux autorités compétentes de déterminer quelles prestations répondent à ces exigences et sont donc des prestations obligatoires au titre de l'assurance de base. Toutefois, ce sont les assureurs-maladie qui vérifient si une prestation fournie est effectivement conforme aux critères EAE.

Grâce à un contrôle efficace des prestations, les assureurs-maladie apportent une contribution importante à la maîtrise des coûts: la CSS a évité en 2025 quelque 872 millions de francs de dépenses injustifiées en contrôlant rigoureusement les 25,4 millions de factures reçues au cours de l'année écoulée, allégeant ainsi sensiblement la charge des payeuses et payeurs de primes.

Un contrôle efficace suppose toutefois d'avoir des données complètes, fiables et de bonne qualité. C'est précisément là où le bât blesse. Les données des factures sont parfois incomplètes, des informations indispensables font défaut ou ne sont pas transmises de manière systématique. Dans certains

«Grâce à un contrôle efficace des prestations, les assureurs-maladie apportent une contribution importante à la maîtrise des coûts.»

Falk Schimmann

cas, des positions tarifaires sont malheureusement erronées ou utilisées par analogie avec d'autres positions tarifaires. De ce fait, les assureurs-maladie ne peuvent pas toujours évaluer efficacement le respect des critères EAE inscrits dans la loi.

L'évaluation de l'adéquation est particulièrement difficile. Pour juger de la pertinence et de la nécessité d'un traitement pour une patiente ou un patient en particulier, il faut connaître son diagnostic, son tableau clinique et sa situation thérapeutique. Avec les forfaits ambulatoires, par exemple, il n'est pas possible de déterminer avec précision quel diagnostic est à l'origine d'un traitement. Sans cette information, il est pratiquement impossible d'évaluer si la prestation facturée était réellement adéquate.

C'est pourquoi la CSS demande que les données nécessaires soient mises à disposition de manière standardisée et systématique et qu'elles soient de bonne qualité. Cela inclut notamment la transmission systématique des données de diagnostic ambulatoires. En outre, les assureurs-maladie devraient pouvoir utiliser plus largement les données de diagnostic des soins stationnaires et recevoir des données de facturation plus détaillées, notamment systématiquement le numéro GLN des fournisseurs de prestations. Afin de rendre l'échange de données aussi simple et efficace que possible pour toutes les parties prenantes, celui-ci devrait, dans la mesure du possible, s'effectuer via des interfaces numériques.

La CSS a à cœur de garantir aux personnes assurées l'accès aux prestations dont elles ont besoin, d'éviter les dépenses superflues et d'assurer sa mission de contrôle de manière responsable. Cette mission repose sur une meilleure qualité des données, une évaluation rigoureuse des critères EAE et une orientation claire, axée sur les bénéfices pour les patientes et patients. ●



Suivez-nous sur LinkedIn:
[linkedin.com/company/css_ch](https://www.linkedin.com/company/css_ch)

A portrait of Susanne Gedamke, a woman with blonde hair and blue eyes, wearing a dark blue turtleneck sweater. She is looking directly at the camera with a slight smile. The background is a dark, solid color.

Susanne Gedamke

est psychologue et spécialiste en communication. Elle dirige l'Organisation suisse des patients (OSP) depuis 2020.

PERSONNEL

«Pour contrôler, il faut d'abord comprendre»

Seuls les patientes et patients savent si un traitement a réellement eu lieu ou combien de temps a duré une consultation. Or, ces informations sont rarement mises à contribution en raison du jargon médical employé sur de nombreuses factures.

Autrice: **Susanne Gedamke**; photo: **Lea Meienberg**

«Il est essentiel que le contrôle ne soit pas perçu comme une marque de méfiance à l'égard de certains acteurs.»

Susanne Gedamke

Les positions tarifaires, les termes techniques et les abréviations rendent difficile l'interprétation des factures. Même avec la meilleure volonté du monde, les patientes et patients sont souvent incapables de déterminer si une prestation a été facturée à double ou n'arrivent pas à déchiffrer certaines positions. Lorsqu'une personne reçoit une facture, cela ne signifie pas qu'elle est en mesure de la vérifier. A cela s'ajoute un obstacle psychologique: signaler une éventuelle erreur pourrait nuire à la relation qu'une personne entretient avec sa ou son médecin. Et dans le cas de traitements de longue durée ou de maladies chroniques, cette relation de confiance revêt une importance capitale. Les patientes et patients ne veulent pas être perçus comme des personnes méfiantes ou pénibles. Il ne faut pas sous-estimer cette préoccupation.

Davantage de transparence

Pour que les personnes assurées contribuent réellement au contrôle des factures, les inviter à vérifier leurs justificatifs avec attention ne suffit pas. Il faut aussi que les factures soient plus transparentes. En plus des données tarifaires, il faudrait pouvoir lire dans des mots simples quelle prestation a été fournie, quand, par qui et dans quelle mesure. Par ailleurs, il serait utile d'avoir une description concise et uniforme des principales positions. Les factures numériques pourraient éventuellement comporter des liens interactifs vers des explications plus détaillées.

De plus, les patientes et patients devraient pouvoir poser des questions à un organisme neutre, de manière simple et sûre, au lieu de s'adresser à leurs professionnels de santé. Il s'agirait, par exemple, de points de contact centralisés auprès d'assureurs, de services de conseil indépendants ou de mécanismes de renseignements uniformes, éventuellement assistés par l'IA. Ce qui compte, c'est qu'une demande de renseignements soit perçue non pas comme une critique, mais comme un signe de facturation transparente. Pour autant, la responsabilité du contrôle ne doit pas incomber aux seules personnes assurées, qui ne sont ni des spécialistes de la tarification ni des auditeurs externes. C'est plutôt aux fournisseurs de prestations, assureurs et organismes de contrôle qu'il revient

de mettre en place des contrôles systématiques, des tests de plausibilité et des systèmes de détection des irrégularités basés sur les données. Les patientes et patients peuvent renforcer ce système, mais ils ne peuvent pas le remplacer.

Plus de contrôle pour plus de confiance

Un meilleur contrôle des factures repose avant tout sur un processus mieux coordonné, soit des factures libellées dans un langage clair, des mécanismes de vérification automatisés, ainsi que des ressources facilement accessibles pour se renseigner et obtenir des conseils neutres. Si des positions de facture semblent suspectes, il convient de faire la lumière sur ce qui a pu mener à un tel résultat. Cela permet d'exercer un contrôle, mais aussi de créer un climat de confiance.

Du point de vue de l'Organisation suisse des patients (OSP), il est essentiel que le contrôle ne soit pas perçu comme une marque de méfiance à l'égard de certains acteurs. Un contrôle efficace protège toutes les parties prenantes: moins d'erreurs de facturation, plus d'économies et plus de sécurité pour les personnes assurées et les professionnelles et professionnels qui respectent les règles.

Pour être efficaces, les contrôles en matière de santé doivent reposer à la fois sur des mécanismes de vérification professionnels et systématiques et sur une participation claire et naturelle des patientes et patients. La compréhension de leurs factures et la possibilité de poser des questions en toute confiance leur permettraient de prendre activement part au changement, au-delà d'une simple transparence formelle. ●



Personnel

D'autres articles de la rubrique «Personnel» sont disponibles en ligne.

Retour vers le futur?

Le nouveau tarif médical ambulatoire (TMA) est entré en vigueur début 2026, après plus de dix ans de travaux. Les problèmes persistent cependant, notamment en raison d'un cadre juridique dysfonctionnel de la LAMal, de la complexité des ordonnances et des pratiques des autorités.

Auteur: **Pius Zänglerle**, mathématicien diplômé ETH et licencié en sciences économiques HSG, tsarea ag



Pius Zänglerle

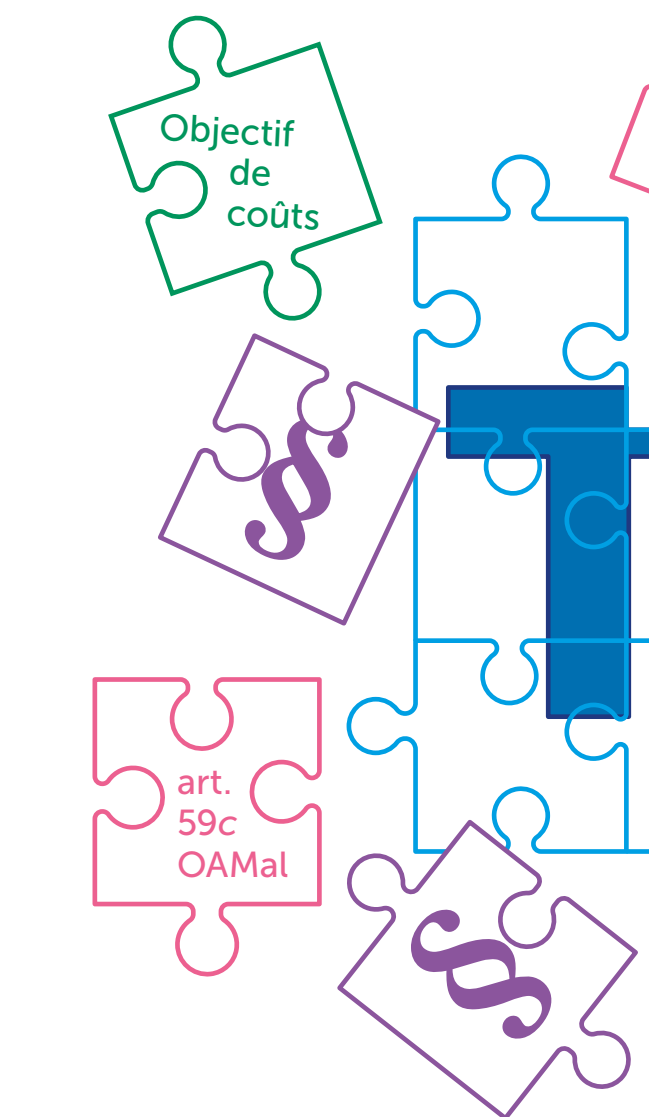
a marqué la politique nationale de la santé en tant que directeur d'association et conseiller d'entreprises. Ce spécialiste s'est fait connaître à travers les projets EFAS et TARDOC alors qu'il était directeur de curafutura. Il dirige maintenant le cabinet de conseil tsarea ag et participe à divers projets et mandats, notamment auprès du CA de mediX Zurich.

Q u'est-ce qui a mené à cette situation? Premièrement, les progrès médicaux, notamment en matière de soins ambulatoires et dans divers domaines thérapeutiques. Deuxièmement, l'élargissement continu du catalogue de prestations de l'assurance de base en a fait de facto une assurance complète. Troisièmement, la réduction de la contribution financière des cantons aux coûts de la santé, qui est passée d'environ un tiers à environ un quart des coûts directs générés par les prestations depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996. Résultat des courses: une focalisation néfaste et unilatérale sur les coûts et le contrôle. La hausse des primes ayant pesé sur le débat politique, la LAMal a par la suite été révisée à des dizaines de reprises au cours des 30 dernières années, parfois pour le mieux, mais souvent pour le pire.

Un exemple parlant, s'il en est un, est le développement des tarifs. Des lignes directrices qui s'entremêlent compliquent inutilement le travail des partenaires tarifaires (et, depuis peu, avec EFAS, celui des cantons) en ce qui a trait au développement et à l'élaboration de nouveaux tarifs.

Une mise en œuvre floue

Ainsi, rien que pour freiner l'augmentation des coûts, les prescriptions émergent tous azimuts: la neutralité des coûts (art. 59c ss OAMal), la «surveillance des coûts», qui n'est en réalité qu'un contrôle déguisé des coûts (art. 47c LAMal), ainsi que les

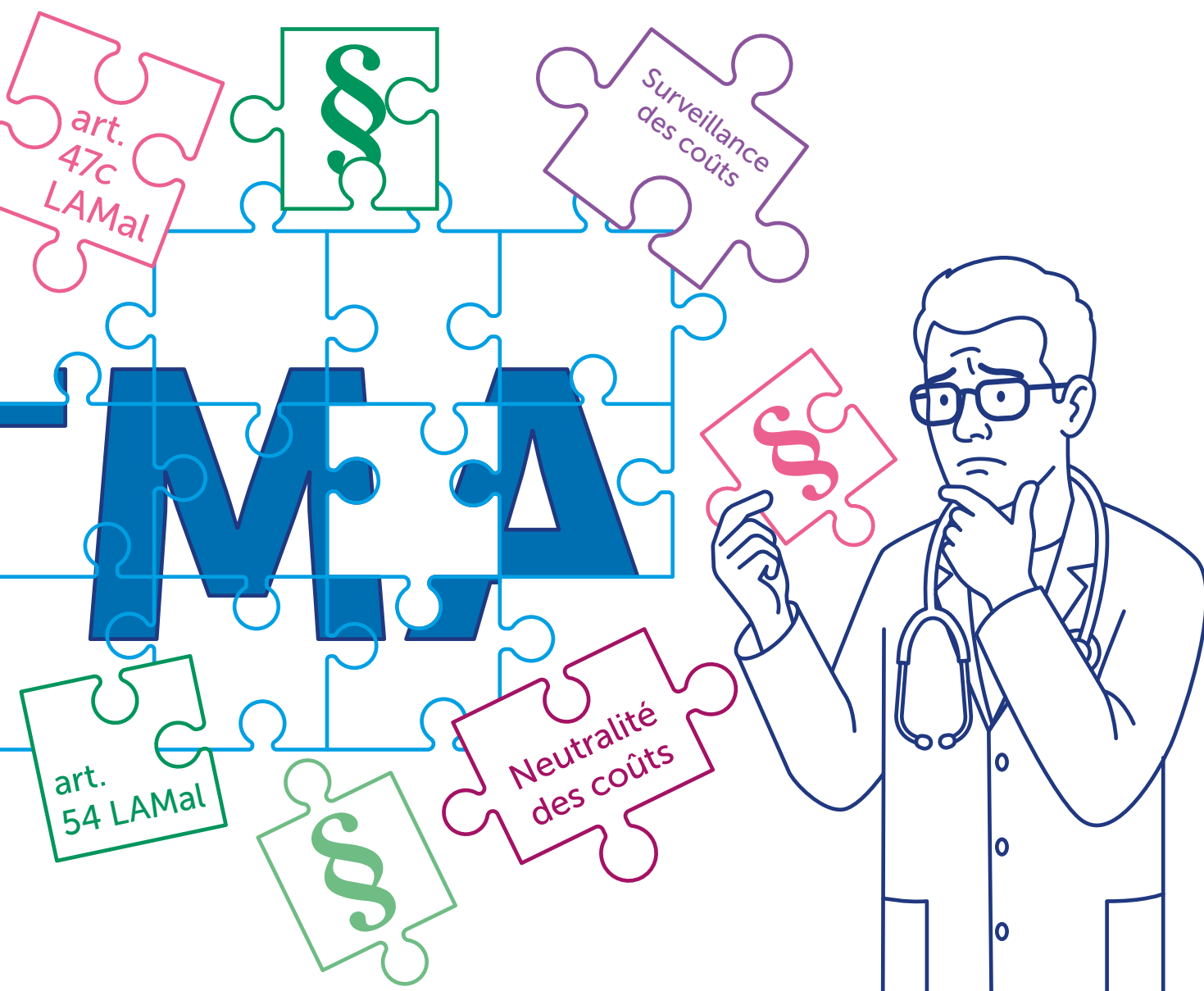


«Il est grand temps de s'interroger sur l'utilité du contrôle exercé par l'Etat dans le domaine tarifaire.»

Pius Zänglerle

objectifs en matière de coûts (art. 54 LAMal). Ces prescriptions ne suivent pas de hiérarchie particulière; elles sont en concurrence les unes avec les autres, et leur coordination reste à définir.

La situation se complique pour l'OFSP et les responsables politiques lorsque la neutralité des coûts du TMA imposée par le DFI (plafond de 4%) entre en conflit avec les objectifs de réduction des coûts fixés par la Confédération et les cantons. Malgré de nombreux contrôles dans le cadre du TMA, la complexité de la mesure de neutralité des coûts est telle qu'elle rend difficile sa mise en œuvre effective. Il est grand temps de s'interroger sur l'utilité du contrôle exercé par l'Etat dans le domaine tarifaire.



Les conventions tarifaires soumises à un contrôle de l'Etat sont-elles vraiment meilleures que celles qui sont négociées et mises en œuvre par les seuls partenaires sociaux? La quantité d'éléments (parfois superflus) à fournir pour une demande d'approbation par le Conseil fédéral au titre de l'article 59c^{ter} OAMal (nouvelle version), ainsi que pour le contrôle subséquent en vertu de l'article 59c^{quater} de l'OAMal (nouvelle version), est si importante qu'une fois adopté, chacun des tarifs s'en trouve pour ainsi dire coulé dans le béton, ce qui complique toute correction nécessaire et rapide d'éléments tarifaires inadéquats. Ce système tarifaire «auto-adaptatif», tant vanté, risque, dans le pire des cas, de devenir un énième système figé et, dans le meilleur des cas, un lourd mastodonte qu'il ne sera possible de mettre en mouvement qu'au prix d'efforts considérables.

Soyons clair: la suppression pure et radicale¹ des lois, préconisée par «avenir suisse», n'a pas la moindre chance d'aboutir dans le système de santé actuel. En revanche, un assouplissement de la réglementation, bien que laborieux, constitue la voie la plus prometteuse pour sortir de l'impasse si la situation devient insupportable. Un tel assouplissement implique de supprimer les articles 47c et 54

LAMal et le retour au principe de neutralité des coûts tel que défini dans l'article 59c OAMal (version de 2007), selon lequel un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires.

Revenir sur nos pas

Pour conclure, la mesure la plus efficace consisterait à revenir à un système fondé sur la confiance et sur des conditions-cadres allégées, un «retour vers le futur» en quelque sorte. Il s'agirait de confier le développement des tarifs aux seuls partenaires tarifaires, de supprimer l'approbation tarifaire et d'abroger les dispositions contre-productives récemment inscrites dans les lois et ordonnances. Ainsi, les tarifs resteraient dynamiques, les approches bureaucratiques et inefficaces disparaîtraient et les acteurs agissant dans une perspective de recherche de solutions et ouverts aux compromis seraient récompensés. ●



Politique de la santé

Autres éditions de «place au dialogue» en ligne sur dialogue.css.ch

¹ www.avenir-suisse.ch/fr/publication/sortir-de-la-jungle-reglementaire-ii/



Patrick Rohr, Yvonne Gilli
et Sanjay Singh (de
gauche à droite) discutent
des contrôles dans
le système de santé.

DÉBAT

«Il existe une minorité qui fraude»

Les contrôles sont fastidieux et coûteux. Sont-ils vraiment utiles? Oui, répond Sanjay Singh, CEO suppléant à la CSS. Pour sa part, la présidente de la FMH Yvonne Gilli refuse de discréditer en bloc le corps médical.

Interview: **Patrick Rohr**; photos: **Ruben Hollinger**

Monsieur Singh, pourquoi les contrôles sont-ils nécessaires au juste?

Sanjay Singh: Nous avons un système d'assurance-maladie solidaire dans lequel chaque citoyenne et chaque citoyen paie des primes. Les payeuses et payeurs de primes ont le droit d'exiger que nous vérifiions minutieusement si les prestations ont bien été fournies, si elles ont été correctement facturées et si elles sont effectivement couvertes par l'assurance. Nos collaboratrices et collaborateurs font transiter 1200 francs par seconde dans le système de santé; il en va donc de notre responsabilité de vérifier que cet argent est dépensé à bon escient.

Qui ne dépense pas l'argent à bon escient? Les patientes et patients? Les médecins?

Sanjay Singh: Il n'est pas possible de faire de généralisation. Certaines personnes sont assurées dans le cadre de modèles d'assurance alternatifs impliquant un «gatekeeper», ce qui signifie qu'elles doivent s'adresser à ce point de contact avant de recourir à d'autres prestations. Notre tâche consiste à vérifier que cela est effectivement respecté. D'autre part, nous devons également

nous assurer que la facturation des médecins est correcte. Nous avons, par exemple, observé des erreurs de facturation depuis l'introduction du nouveau tarif médical ambulatoire. Certaines sont commises de manière consciente, d'autres non. Cela montre l'importance des contrôles.

Au sujet de ces erreurs de facturation commises par les médecins, la directrice de prio.swiss, Saskia Schenker, a récemment évoqué dans une interview les termes de soupçon de fraude. Elle a notamment mentionné des examens qui sont répartis sur deux jours afin de pouvoir les facturer deux fois alors qu'auparavant, ils étaient effectués sur une seule journée. Qu'en dites-vous, Madame Gilli?

Yvonne Gilli: Les médecins sont le reflet de notre société. Chez nous aussi, il existe une petite minorité qui triche. La plupart se comportent correctement et n'abusent pas du système, même s'il présente des lacunes. Tout système est perfectible. Il est vrai que depuis l'introduction du TARDOC, certains examens comme les gastroscopies et les coloscopies, qui étaient auparavant effectués en une fois, sont maintenant répartis sur deux >

Yvonne Gilli

est spécialiste en médecine interne générale et, depuis 2021, présidente de la Fédération des médecins suisses (FMH). De 2007 à 2015, elle a été conseillère nationale pour Les Verts dans le canton de Saint-Gall.

Sanjay Singh

est économiste d'entreprise et travaille à la CSS depuis 2017. Il est actuellement Chef Prestations, Produits & Health Services et suppléant de la CEO. Auparavant, il a assumé diverses fonctions auprès de Sanitas Assurances.

consultations. Pour autant, on ne peut pas vraiment parler de fraude. La question est plutôt de savoir pourquoi quelques médecins agissent ainsi. Peut-être a-t-on corrigé de manière excessive, et les médecins concernés se trouvent-ils désormais en mauvaise posture sur le plan économique? Il appartient aux partenaires tarifaires de déterminer la cause de cette évolution. Lorsque la cause sera identifiée, on pourra alors prendre des mesures.

Sanjay Singh: Dans le cas précis de la gastro-entérologie, on peut se demander pourquoi l'ensemble des médecins ne procède pas ainsi si cette situation est à ce point désavantageuse. Après tout, 80% des médecins ne semblent pas rencontrer ce problème. Bien sûr, il faut vérifier s'il y a des causes à cela, mais peut-être s'agit-il simplement d'un problème qui ne concerne qu'une poignée de personnes. Notre défi consiste à nous assurer que nos contrôles ne pénalisent pas la grande majorité de celles et ceux qui respectent les règles. Nous devons identifier les personnes qui ne respectent pas les règles. Les possibilités actuelles d'analyse des données permettent une plus grande précision. Pour cela, nous avons besoin que les factures soient libellées dans un format de données électronique complet, comprenant les codes de diagnostic. Nous avons d'ailleurs du mal à comprendre pourquoi un petit groupe de médecins n'y arrive toujours pas.

De quel ordre de grandeur parlons-nous exactement?

Sanjay Singh: Cela concerne environ 8% de l'ensemble des factures.

Madame Gilli, près d'un dixième de toutes les factures ne sont toujours pas saisies sous forme numérique. Cela représente une charge de travail colossale pour les contrôleuses et contrôleurs.

Yvonne Gilli: Je ne sais pas qui sont ces médecins qui n'y arrivent pas. Dans un premier temps, il serait important pour nous de savoir de qui nous parlons. S'agit-il de médecins âgés de plus de 75 ans qui exercent encore? Auquel cas il faudrait soupeser la nécessité de leur imposer ce changement, alors

même qu'ils quitteront la profession dans quelques années. Ce problème cache-t-il un autre problème que nous pourrions résoudre ensemble? Une chose est claire: pour nous, le traitement électronique des factures est incontournable.

La charge de travail pour les assureurs reste la même dans tous les cas. Ces contrôles sont-ils vraiment efficaces, Monsieur Singh?

Sanjay Singh: Absolument. Nous présentons les chiffres dans notre rapport de gestion; l'année dernière, ils s'élevaient à 850 millions de francs.

Sur plus de huit milliards de francs que vous avez versés? Cela représente près de 10%.

Sanjay Singh: Exactement, cela prouve que les contrôles sont utiles.

Des économies de 10%, ça fait beaucoup, Madame Gilli. Ce serait bien si l'on pouvait faire confiance aux médecins, cela éviterait tout ce travail.

Yvonne Gilli: Deux remarques à ce sujet: d'une part, il s'agit ici d'une exagération des médias. Bien sûr, cela fait bonne impression quand les grands assureurs déclarent: «Nous pouvons réclamer un gros montant.» Mais seule une infime partie de ce gros montant provient de factures erronées établies par le corps médical. De nombreuses factures envoyées par les patientes et patients ne constituent pas des prestations couvertes par l'assurance. Il s'agit de prestations non couvertes, mais

«On doit se demander qui a besoin de quelles données pour pouvoir remplir son rôle.»

Yvonne Gilli



je peux comprendre que les personnes assurées laissent à l'assurance le soin d'en décider. Si nous voulons regagner la confiance des gens, il faut faire cette distinction, sinon nous ne ferons qu'attiser la méfiance de part et d'autre. N'oublions pas que dans la branche des assurances, nous avons eu pendant plus de 10 ans deux associations faïtières qui se faisaient la guerre. Cette situation a bien sûr eu des conséquences pour les fournisseurs de prestations. Avec prio.swiss, nous n'avons désormais plus qu'une seule association de branche, et nous disposons également d'un nouveau partenariat tarifaire. Je considère qu'il nous incombe à toutes et à tous de rétablir une culture de confiance.

Monsieur Singh, je comprends parfaitement votre mission, mais les assureurs n'en font-ils pas un peu trop? Selon une étude de l'OBSAN, plus des trois quarts des médecins suisses considèrent la charge de travail que représentent ces contrôles comme un «très gros problème». En Allemagne, ce chiffre avoisine les 60%, tandis que dans des pays très similaires à la Suisse, comme les Pays-Bas par exemple, il ne représente qu'un tiers des médecins. N'y a-t-il pas quelque chose qui cloche chez nous?

Sanjay Singh: Je pense que nous souffrons tous de la multiplication des contrôles et des coûts qu'ils engendrent. En tant qu'assureurs, nous contrôlons les fournisseurs de prestations; l'OFSP nous contrôle; et enfin, le Contrôle fédéral des finances contrôle l'OFSP afin de s'assurer que

«Par exemple, avec nos réseaux de santé, nous innovons en regroupant certains contrôles, ce qui nous évite de vérifier chacun des fournisseurs de prestations séparément.»

Sanjay Singh

celui-ci nous contrôle correctement. Il faudrait réfléchir à d'autres modèles permettant d'atteindre le même objectif. Par exemple, avec nos réseaux de santé, nous innovons en regroupant certains contrôles, ce qui nous évite de vérifier chacun des fournisseurs de prestations séparément. Ce «trusted provider model» (modèle de prestataire de confiance) nous permet de mettre en place une procédure de contrôle simplifiée pour les fournisseurs de prestations dont les données sont qualitatives et dont le taux de réclamations est faible, tout en respectant les obligations légales. >



Des statistiques issues du domaine des soins aigus montrent que les médecins doivent consacrer près de deux heures par jour de travail pour rassembler les données nécessaires aux assureurs aux fins de contrôle.

Sanjay Singh: C'est juste, et nous ne sommes pas le seul destinataire à qui ces données doivent être transmises. C'est pourquoi on travaille actuellement au principe du «once only», afin de ne devoir fournir les données qu'une seule fois à tous les services concernés.

Cela permettrait-il de résoudre le problème de la charge de travail, Madame Gilli?

Yvonne Gilli: Le principe du «once only» est certes utile, mais il comporte un certain nombre de défis. Tout d'abord, les médecins ne peuvent pas choisir les outils informatiques dont elles et ils ont besoin. Il n'y a pratiquement pas de concurrence, le marché suisse est trop petit. En conséquence, les logiciels utilisés dans les cabinets ne sont pas à jour. De plus, il n'y a pas de normes nationales; c'est là que les responsables politiques devraient intervenir. Si nous optons pour le principe du «once only», les différents systèmes doivent pouvoir communiquer entre eux, sur les plans tant technologique que sémantique.

Patrick Rohr

est journaliste, animateur et photographe. Il dirige sa propre entreprise de conseil en communication à Zurich. Jusqu'en 2007, il a travaillé pour la télévision suisse allemande SRF, notamment en tant qu'animateur des émissions «Schweiz aktuell», «Arena» et «Quer».



Sanjay Singh: Je suis convaincu que l'intelligence artificielle nous ouvrira de nouvelles perspectives et nous permettra de travailler plus efficacement et avec davantage de précision. Mais pour l'instant, les structures de données ne sont pas adaptées. Les fournisseurs de prestations ont un travail à faire à cet égard. En ce qui concerne les forfaits ambulatoires, par exemple, il nous faudrait des codes de diagnostics détaillés pour pouvoir accomplir notre tâche de contrôle comme il se doit.

Yvonne Gilli: Les médecins doivent aborder ce problème en collaboration avec les assureurs. Lorsqu'il s'agit, par exemple, du codage des diagnostics, il faut également penser à la protection des patientes et patients, aux données sensibles et aux différents rôles. On doit se demander qui a besoin de quelles données pour pouvoir remplir son rôle.

Serait-il alors possible d'éviter des cas comme celui des rabais sur les médicaments? Pour mémoire, le Contrôle fédéral des finances a reproché récemment à l'OFSP de ne pas avoir vérifié si les rabais sur les médicaments accordés aux médecins étaient répercutés sur les patientes et patients comme le prévoit la loi.

Yvonne Gilli: Pour moi, ce débat n'a pas lieu d'être et, si vous permettez, je préférerais ne pas débattre sur la base de supputations quant à qui aurait omis de répercuter quoi. Je propose plutôt d'examiner le système dans son ensemble: quelles prestations sont versées et sous quelle forme? Qui est responsable? Et où sont les éventuelles lacunes?

Sanjay Singh: Ce cas est un bon exemple d'une règle que l'on a introduite sans vraiment réfléchir à la manière de la vérifier.

S'agit-il d'un aveu d'échec?

Sanjay Singh: Non, la question est plutôt de savoir comment concevoir le système à l'avenir de manière à trouver des solutions qui soient à la fois efficaces et facilement contrôlables.

Qu'entendez-vous par là?

Yvonne Gilli: Si, logiquement, les responsables politiques interdisaient les rabais, le problème serait réglé. Bien sûr, cela entraînerait également une perte, à savoir la possibilité de restituer des rabais aux personnes assurées, et les fonds destinés au développement de la qualité feraient défaut, alors qu'une partie de ces rabais devait également y être affectée. Mais ne jetons pas le bébé avec l'eau du bain. Il s'agit d'un autre thème sur lequel nous aurions intérêt à collaborer; c'est la seule façon de parvenir à une solution. ●



dialogue.ch/debat

Vous trouvez plus d'articles de la rubrique «Débat» en ligne.

Tous les contrôles ne contribuent pas à améliorer les soins

Les contrôles font partie intégrante de notre système de santé. Ils protègent les patientes et patients, assurent la qualité et favorisent une utilisation responsable des ressources. La question est non pas de savoir s'il faut contrôler, mais comment.

Auteur: **Prof. Sven Streit**, initiateur de la campagne «tigre de papier» et président de la Commission pour la promotion de la relève de la Société suisse de Médecine interne générale (SSMIG)

L'enquête «tigre de papier» menée ce printemps auprès de plus de 1800 professionnelles et professionnels de santé montre que, pour nombre de médecins, la bureaucratie est toujours plus lourde, sans améliorer pour autant la qualité des soins. Ils en veulent pour preuve les multiples demandes de renseignements, les garanties de paiement pour des traitements de longue durée, ainsi que les rapports concernant des maladies chroniques sans évolution particulière.

Un exemple concret: un patient est suivi depuis des années en physiothérapie. Chaque année, l'assurance-maladie

demande les motifs de son traitement, ainsi que le pronostic. La base juridique de cette procédure de contrôle figure dans l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). La médecin rédige alors un rapport dans lequel elle indique qu'il s'agit d'une maladie chronique qui aura les mêmes effets sur le patient dans les années à venir, et que, partant, la physiothérapie demeurera nécessaire. En conséquence, la prescription est acceptée, comme les années précédentes. Un an plus tard, la médecin reçoit la même demande et elle doit de nouveau vérifier si la situation médicale a évolué. Pour nombre de profession-

nelles et professionnels de santé, ces contrôles sont une perte de temps.

Des autocollants pour les formulaires superflus

C'est là que l'initiative «tigre de papier», qui met en lumière les charges administratives inutiles et propose des améliorations, entre en jeu. Le corps médical n'arrive tout simplement plus à suivre le rythme. Lorsque les contrôles n'apportent aucun bénéfice tangible aux patientes et patients, nous devons tirer la sonnette d'alarme. C'est ce que nous faisons avec l'autocollant «tigre de papier».

La plupart du temps, les assureurs-maladie ne sont pas responsables de cette bureaucratie. S'ils demandent des précisions, c'est souvent pour s'acquitter de différentes obligations de contrôle légales tandis qu'ils font eux-mêmes l'objet de contrôles. C'est pourquoi le corps médical et les assureurs souhaitent engager un dialogue avec l'autorité de régulation afin de déterminer quels contrôles sont efficaces, adéquats et économiques, et surtout, lesquels donnent lieu à une charge de travail inutilement lourde.

Il est réjouissant de constater que les choses commencent à bouger: prio.swiss et la FMH travaillent désormais ensemble à la mise en place d'améliorations concrètes. Parallèlement, une étude de l'OFSP examine pour la première fois de manière systématique la charge de travail réelle liée aux tâches administratives dans le système de santé. ●

Quelle tâche administrative superflue supprimeriez-vous dès demain?

Source: sondage «tigre de papier»



1
Demandes de renseignements et garanties de paiement (y c. demandes de reconsidération) par les assureurs-maladie



2
Rapports d'assurance (AI, IJM, LAA, assurance complémentaire) présentant un niveau élevé de redondance



3
Transfert manuel des listes de diagnostics et de médicaments

sgaim.ch/fr/tigre-de-papier

Plus d'informations sur les partenariats de la campagne «tigre de papier».

Opinion:

EFAS et la nouvelle répartition des rôles: les leviers de contrôle et de pilotage des cantons sont-ils suffisants?



Hannes Germann

est, depuis 2002, conseiller aux Etats UDC du canton de Schaffhouse et président de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS-E). Diplômé en économie d'entreprise, il exerce plusieurs mandats dans les secteurs de l'économie et de la santé.

L'EFAS vise surtout à éliminer les incitations inopportunes concernant les prestations médicales ambulatoires et stationnaires. Les cantons resteront des acteurs importants du futur système de santé. Le changement de système élargit même leur éventail de compétences jusqu'à leur permettre de siéger au sein des organisations tarifaires ambulatoires conformément au nouvel art. 55 LAMal, ce qui s'inscrit dans la logique du nouveau système de financement.

L'extension controversée prévue à l'article 55b LAMal de la compétence cantonale de contrôle des admissions à l'ensemble des fournisseurs de prestations, notamment dans les domaines de la physiothérapie, des analyses de laboratoire, des organisations d'aide et de soins à domicile et de la psychothérapie, continuera d'être âprement débattue, à juste titre. Cette mesure s'est imposée comme une solution de compromis du Conseil des Etats.

Concrètement, la marge de manœuvre des cantons va désormais au-delà de l'admission des hôpitaux et des cabinets médicaux. C'est du moins ce que laisse entendre la référence explicite aux fournisseurs de prestations prévue à l'article 35, al. 3, let. b à g et m, LAMal. Cette carte blanche accordée aux cantons n'est soumise qu'à une

seule condition, à savoir que les coûts annuels dans la catégorie spécifique de prestations augmentent de façon disproportionnée par rapport à la moyenne suisse ou que les coûts par personne assurée dépassent la moyenne suisse pour cette catégorie.

D'un point de vue purement statistique, cela concerne peu ou prou la moitié des cas. Ces dispositions réglementaires démesurées ont de quoi faire dresser les cheveux sur la tête de tout esprit un tant soit peu libéral et favorable à l'économie. Ces leviers supplémentaires ont été introduits sous la pression des directeurs cantonaux de la santé pour la simple raison que le Parlement ne voulait pas compromettre le projet d'EFAS. Quiconque croit sérieusement pouvoir redresser le paquebot suisse de la santé en augmentant le nombre de gouvernails commet une erreur fondamentale.

«Les leviers d'action dont disposent déjà les cantons vont trop loin.»

Hannes Germann

N'oublions pas que le marché de la santé ne s'arrête pas aux frontières cantonales. Si un canton décrète un moratoire pour certains fournisseurs de prestations, il met les fournisseurs de prestations déjà établis à l'abri de la concurrence, et ce, sans tenir compte du fait que tant les fournisseurs de prestations que les patientes et patients franchissent allègrement les frontières cantonales. D'autant qu'une telle intervention constituerait une grave atteinte à la liberté économique et une restriction de l'autonomie tarifaire existante.

Si nous voulons qu'EFAS fasse ses preuves, il faut éviter d'accroître encore davantage l'intervention étatique et la bureaucratie, sachant que les leviers d'action dont disposent déjà les cantons vont trop loin. Au lieu de se concentrer sur les volumes, on aurait plutôt intérêt à stimuler la concurrence en récompensant l'efficacité et la qualité. C'est ce que font les partenaires contractuels avec les modèles alternatifs d'assurance, en accordant à près de 80% des clientes et clients de l'assurance de base un rabais compris entre 10% et 25% sur leur prime. Avec EFAS, ces rabais seront encore plus importants. ●

pour

Hannes Germann, conseiller aux Etats
(UDC, SH)

contre

Raffaele De Rosa, conseiller d'Etat (Le Centre, TI)

Compliqué? Certainement. Tentant? Peut-être. La solution? Pas vraiment. Il est étonnant que l'EFAS sonne comme le nom d'un remède miracle contre tous les maux dont souffre l'assurance-maladie. La majorité de l'électorat tessinois y place également de grands espoirs. Après tout, que reste-t-il d'autre face à ces hausses systématiques des primes? En 2026, le Tessin a établi un record suisse peu enviable, avec une prime mensuelle moyenne supérieure à 580 francs. Une personne sur trois bénéficie de réductions de primes. De plus, l'initiative des 10% et celle qui porte sur la déduction fiscale des primes d'assurance-maladie obligent le canton à prendre des mesures supplémentaires afin d'alléger la charge qui pèse sur les ménages. Le système actuel de la LAMal n'est plus viable, et l'explosion des coûts dans le domaine ambulatoire en est la preuve. Or, EFAS ne corrige pas ces dérives. Il se contente de modifier les flux financiers et la répartition des coûts entre assureurs-maladie

«Tant que le volume des prestations n'est pas maîtrisé, les restrictions d'admission ne serviront à rien.»

Raffaele De Rosa

et moratoires des cantons. En contrepartie, les cantons doivent pouvoir introduire des conditions supplémentaires dans le domaine ambulatoire.

Le Tessin a déjà pris des mesures à cet égard: depuis le 1^{er} juillet 2023, le nombre de médecins dans certaines spécialités est limité (art. 55a LAMal) et, depuis le 1^{er} décembre 2024, les nouvelles organisations d'aide et de soins à domicile, ainsi que les infirmières et infirmiers indépendants, ne se voient plus accorder d'ad-

mission à pratiquer (art. 55b LAMal). Le Tessin a été le canton qui a réagi de la manière la plus rapide et la plus restrictive à cet égard. Grâce à EFAS, ce moratoire peut désormais s'appliquer à l'ensemble des fournisseurs de prestations en ambulatoire. Malheureusement, ce n'est qu'un sparadrap appliqué trop tard. Il faudra des années pour réduire les dépenses, ne serait-ce que parce que cela ne concerne que les nouveaux professionnels. De tels filtres ne peuvent influencer ni le volume des prestations ni le recrutement de personnel par les fournisseurs de prestations et employeurs déjà autorisés à pratiquer. Tant que le volume des prestations n'est pas maîtrisé, les restrictions d'admission ne serviront à rien.

EFAS comporte en outre le risque de priver les cantons, dans le domaine stationnaire, du peu de contrôle sur le budget qu'ils avaient jusqu'à présent, par exemple au Tessin via le budget global. Les assureurs-maladie doivent assumer davantage de responsabilités en matière de vérification des factures. Nous attendons une transparence totale quant aux contrôles effectués et prévus, tant au niveau des factures émises individuellement qu'au niveau du chiffre d'affaires global des fournisseurs de prestations concernés. Dans le domaine ambulatoire, le canton ne dispose de données que pour les soins à domicile et les fournisseurs de prestations qui demandent le financement résiduel. Dans ce domaine, nous avons constaté des cas manifestes de surfacturation, ce qui nous a amenés à engager des poursuites pénales.

Au Tessin, nous avons toujours déploré la faible marge de manœuvre dont disposent les cantons dans ce système. Avec cette réforme, une autre partie nous échappe. Nous espérons que les assureurs-maladie exerceront de manière responsable, au-delà de leurs intérêts particuliers, la fonction de surveillance que la loi leur confère, et ce, bientôt également dans le cadre d'EFAS. ●



Raffaele De Rosa

est, depuis avril 2019, conseiller d'Etat et directeur du Département de la santé et des affaires sociales du canton du Tessin. Il a étudié l'économie et obtenu un doctorat à l'université de Fribourg en 2000.

ÉTUDE

Les tâches administratives pèsent sur les médecins de famille

Les médecins de premier recours considèrent que la charge de travail liée aux assurances, à la facturation et à la saisie des données est plus problématique que la coordination avec d'autres fournisseurs de prestations.

Auteur: **Michael Dorn**, chef de projet scientifique à l'Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Dans quelle mesure le temps consacré aux différentes tâches administratives par les médecins de premier recours est-il jugé problématique? Selon une enquête de l'Obsan, 76,9% des médecins de famille en Suisse considèrent que le temps consacré aux activités liées aux assurances et à la facturation constitue un problème majeur, qui se fait au détriment d'autres tâches. Dans aucun autre pays ce pourcentage n'est aussi élevé. En Allemagne, ce chiffre s'élève à 58,7%.

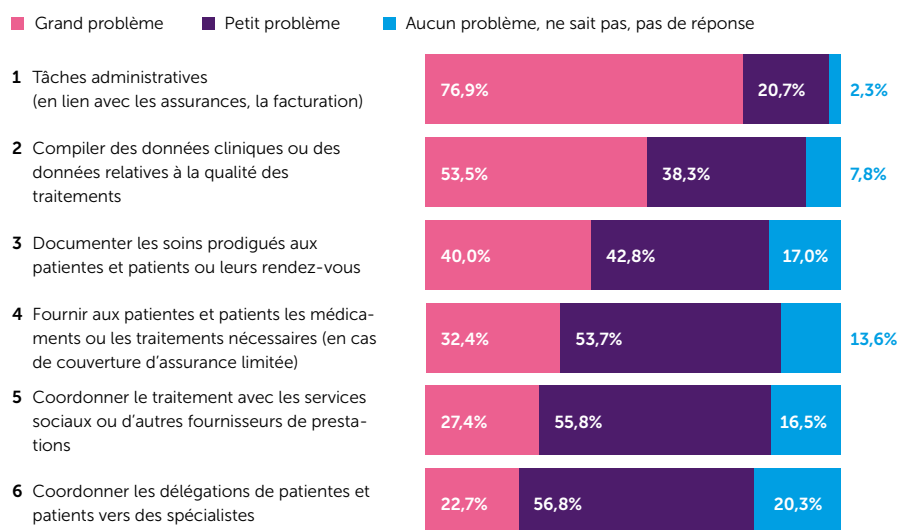
La compilation de données cliniques ou de données sur la qualité des traitements pour le compte des autorités publiques ou des assurances-maladie est également considérée comme un problème majeur par 53,5% des personnes interrogées. Seule l'Allemagne affiche un pourcentage similaire, à 55,1%, tandis que dans les autres pays, ce chiffre est nettement inférieur, comme aux Pays-Bas où il s'élève à 27,5%.

Les médecins de famille considèrent plus rarement la coordination avec d'autres fournisseurs de prestations (27,4%) ou avec des spécialistes (22,7%) comme un problème majeur. Ce point est perçu comme nettement moins problématique en Suisse que dans la plupart des autres pays participants. ●

Les tâches administratives se font au détriment d'autres activités

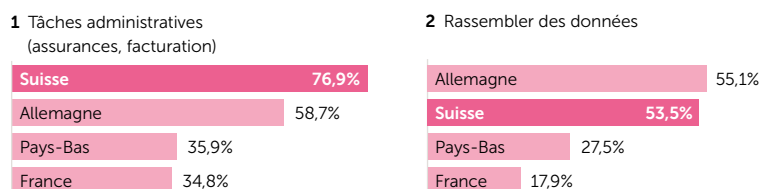
Six tâches administratives perçues comme étant plus ou moins problématiques en Suisse, 2025

Source: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey. © Obsan 2026



Comparaison internationale

Les tâches perçues comme étant les plus problématiques, 2025



International Health Policy Survey (IHP)

Depuis 2010, la Suisse participe à l'enquête internationale annuelle sur la politique de santé menée par la fondation Commonwealth Fund (CWF). Le projet est dirigé par l'OFSP, tandis que les analyses et les rapports sont réalisés sur mandat par l'Observatoire suisse de

la santé (Obsan). Comme en 2012, 2015, 2019 et 2022, l'enquête 2025 porte sur les médecins de premier recours, qui ont été interrogés sur les thèmes suivants: les caractéristiques des médecins et de leurs cabinets, la coordination et la transformation

numérique, ainsi que l'évaluation du système de santé et de leur propre activité. Les dix pays suivants ont participé à l'enquête de 2025: Australie, Allemagne, France, Royaume-Uni, Canada, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Suède, Suisse et Etats-Unis.

Vers l'étude

[Vous trouverez ici le rapport complet de l'Obsan intitulé «Médecins de premier recours» consacré à la situation en Suisse et en comparaison internationale.](#)



L'austerité, risque pour un contrôle intelligent

Depuis des décennies, les politiques suisses enchaînent les mesures d'austérité pour maîtriser les dépenses du système de santé. Chaque nouvelle règle augmente la charge administrative des personnes responsables des contrôles et de celles qui en font l'objet, ce qui se traduit par une nouvelle hausse des dépenses dans le secteur de la santé. Mais à Berne, on ne semble pas en avoir tiré de leçons.

Une révolution est en marche: la numérisation et l'intelligence artificielle font leur entrée dans le domaine de la santé, mais comme c'est souvent le cas, la Suisse est à la traîne. Malgré cela, de nombreux projets ont le vent en poupe. Et, fait rare, les acteurs de la branche s'entendent pour dire qu'avec une promotion ciblée des nouveaux outils et une infrastructure adaptée, des économies significatives pourraient être réalisées. Considérant les dépenses annuelles de plus de 90 milliards de francs, même un petit gain d'efficacité aurait un impact considérable.

En 2024, le Parlement avait enfin donné son feu vert à une numérisation complète du secteur sous le nom de «Digisanté». Un crédit d'engagement de 400 millions de francs devait permettre, d'ici 2035, de moderniser de toute urgence la structure des données.

Or, jusqu'à présent, aucune proposition n'est parvenue à contourner les difficultés financières à court terme.

En raison du «programme d'allègement budgétaire 2027» récemment approuvé par le Parlement, le Département fédéral de l'intérieur doit réduire de façon drastique le programme central visant à assurer la pérennité du système de santé.

Faute d'investissements, le train de la santé suisse cahotera encore longtemps à travers champs et forêts, à l'image de la Deutsche Bahn. En Autriche, pays voisin, l'Institut de recherche économique Economica a publié récemment une étude consacrée aux gains de temps et d'argent générés par le train express du numérique dans ce pays. Les services fortement numérisés ont fait état d'une accélération notable des procédures administratives ainsi que d'une diminution des doublons.¹ Cela a permis d'alléger la charge de travail du personnel et de réduire les temps d'attente des patientes et patients.

Pendant ce temps, en Suisse, nous paierons deux, voire trois fois les investissements auxquels nous avons renoncé au fil des années, étant donné les coûts énormes générés par l'obsolescence de notre bureaucratie. Qui présentera la facture aux responsables de cette mauvaise décision? ●

Birgit Voigt

est une journaliste économique chevronnée, qui possède des connaissances approfondies de l'industrie pharmaceutique et du système de santé suisse. Elle a contribué à l'hebdomadaire «NZZ am Sonntag» pendant plus de 20 ans.

¹ www.mp2.at/studie (en allemand)

«Faute d'investissements, le train de la santé suisse cahotera encore longtemps à travers champs et forêts, à l'image de la Deutsche Bahn.»



Où est le mode d'emploi?

Pour contribuer efficacement au contrôle du système de santé, les patientes et patients doivent comprendre le jargon médical utilisé dans les factures.

[Plus d'informations à la page 10.](#)



Impressum: Paraît trois fois par année en allemand et en français.
Editrice: CSS, Tribtschenstrasse 21, CH-6002 Lucerne; **e-mail:** dialog@css.ch;
Internet: dialogue.css.ch; **Rédactrice en chef:** Zoë Haas
Production et graphisme: tnt-graphics
Photos: Meinrad Schade, Herbert Zimmermann, Lea Meienberg,
Ruben Hollinger, Erwin Auf der Maur (Cover); **Illustrations:** tnt-graphics;
Impression: Engelberger Druck AG, 6370 Stans

