



Berne, le 6 mars 2026

Révision totale de l'ordonnance du DFI sur la mise en œuvre de la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR-DFI)

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



Condensé

Le présent projet poursuit deux objectifs : d'une part, mettre en œuvre des modifications législatives. D'autre part, proposer des adaptations de la compensation des risques dès l'année de compensation 2028, lesquelles se fondent sur l'analyse d'efficacité des groupes de coûts pharmaceutiques (PCG) et sur une étude du modèle PCG dans la compensation des risques.

La réforme mettant en place le financement uniforme des prestations modifie grandement la part des coûts financée par les primes que l'assurance obligatoire des soins (AOS) supportera en 2028 par rapport à l'année précédente. La présente révision totale de l'ordonnance du DFI sur la mise en œuvre de la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR-DFI ; RS 832.112.11) doit donc adapter le calcul du renchérissement des coûts lors de la compensation des risques, sans quoi celle-ci refléterait la situation en matière de coûts précédant la réforme sur le financement uniforme des prestations, ce qui entraînerait de très fortes distorsions. La modification du 14 juin 2024 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (FF 2024 1455) inclut dans la compensation des risques les assurés résidant à l'étranger. Ce changement est principalement mis en œuvre dans le cadre de la modification de l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR ; RS 832.112.1 ; lien : [procédures de consultation terminées](#)). L'avant-projet concernant cette modification prévoit une délégation de compétences habilitant le Département de l'intérieur (DFI) à déterminer la part des prestations dont l'effectif des assurés résidant à l'étranger a bénéficié en Suisse.

Les PCG ont été introduits en 2020 dans la compensation des risques. Un PCG regroupe les médicaments utilisés pour traiter une affection spécifique particulièrement coûteuse. Après avoir fait réaliser une analyse d'efficacité des PCG en 2024, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) s'est fondé sur l'étude « Überprüfung PCG-Modell im Risikoausgleich » (« évaluation du modèle PCG dans la compensation des risques »), réalisée en 2025 dans le cadre du développement de la compensation des risques, pour élaborer des adaptations du modèle PCG actuel. Concrètement, il est proposé d'y supprimer six PCG, d'en ajouter huit nouveaux et d'en modifier sept. Les nouveaux PCG correspondent pour partie à des sous-ensembles de tableaux cliniques existants, en vue d'améliorer l'homogénéité des coûts au sein des PCG. La structure hiérarchique des PCG a été remaniée et adaptée en conséquence. L'OFSP s'est en outre fondé sur les recommandations de l'étude précitée pour ajuster le nombre minimal de doses quotidiennes standard ou le nombre minimal d'emballages de médicaments qu'un assuré doit se voir remettre en vue d'être attribué à un PCG, et pour définir ces nombres pour les nouveaux PCG. Ces nouvelles prescriptions légales, nombreuses, doivent être testées tant par les assureurs que par l'institution commune (IC LAMal) dans le cadre de deux essais au moins. Il est donc essentiel, pour le calcul concernant l'année de compensation 2028, que la liste des PCG (annexée à l'ordonnance) soit adoptée dans le cadre de la présente révision.

Rapport explicatif

1 Contexte

Le 14 juin 2024, les Chambres fédérales ont approuvé la modification de la LAMal (échange de données, compensation des risques), qui permet de prendre en compte dans la compensation des risques les assurés résidant à l'étranger et d'exclure les assurés dont l'obligation de s'assurer est suspendue. Le 24 novembre 2024, le peuple a accepté une autre modification de la LAMal (financement uniforme des prestations). Ces deux modifications nécessitent une adaptation du calcul de la compensation des risques, qui doit se matérialiser principalement dans l'OCOR et, grâce à une délégation de compétences prévue par l'actuelle révision de l'OCOR, en partie dans l'OCOR-DFI.

La compensation des risques a intégré les PCG pour la première fois lors de l'année de compensation 2020. En 2024, l'OFSP a chargé un groupe de travail externe, composé de deux instituts de la Haute école des sciences appliquées de Zurich et de collaborateurs de l'Université de Lucerne, d'analyser pour la première fois les conséquences des PCG sur la compensation des risques. L'analyse d'efficacité a permis d'identifier certains aspects nécessitant un ajustement. Le rapport et la prise de position de l'OFSP sont disponibles sur la page Internet [Rapports d'évaluation sur l'assurance maladie et accidents](#) (Études terminées > 2023-2024 Analyse d'efficacité de la compensation des risques avec les groupes de coûts pharmaceutiques [PCG]). En 2025, sur mandat de l'OFSP, l'institut Polynomics s'est servi des résultats de l'analyse d'efficacité et des modèles PCG actuellement appliqués aux Pays-Bas pour évaluer les adaptations du modèle PCG susceptibles d'améliorer la compensation des risques. Il a examiné le besoin d'ajustement des PCG existants et a élaboré de nouveaux PCG. L'étude de Polynomics (en allemand, résumé en français) est disponible sur la page [Rapports de recherche assurance-maladie et accidents](#) (2025 > Schlussbericht « Überprüfung PCG-Modell im Risikoausgleich »). L'OFSP a développé sur cette base un nouveau modèle PCG qui correspond en substance au modèle de base du rapport de Polynomics, ce qui a permis d'améliorer l'ensemble des valeurs qualitatives et de réduire la sous-compensation et la surcompensation totales. L'OFSP a également réalisé ses propres analyses et procédé à des modifications ciblées du modèle PCG proposé en y incluant d'ores et déjà les suggestions des assureurs.

2 Contenu du projet

Quatre des cinq dispositions de l'OCOR-DFI en vigueur étant modifiées et une nouvelle disposition étant créée, une révision totale s'impose. Avec le présent projet, le DFI propose une manière de calculer le renchérissement dans la compensation des risques à compter de 2028, lorsque le financement uniforme entraînera une forte modification, par rapport à l'année précédente, de la part des coûts de l'AOS financée par les primes (nouvel art. 4). Le DFI utilise en outre les données livrées par les assureurs pour déterminer la part des prestations dont l'effectif des assurés résidant à l'étranger a bénéficié en Suisse (nouvel art. 5).

Concernant la liste des PCG, le projet prévoit, à partir de l'année de compensation 2028, la suppression des six PCG suivants : « glaucome (GLA) », « cholestérol élevé (HCH) », « psoriasis (PSO) », « maladie thyroïdienne (THY) », « diabète de type 2 (DM2) » et « trouble de la croissance (WAS) ». Il propose en outre l'ajout de huit nouveaux PCG : « acromégalie (ACR) », « hémophilie (HMP) », « immunoglobuline (IMM) », « dégénérescence maculaire (MAC) », « maladies cardiaques antiarythmiques (CAA) », « cancer biologiques (KRB) », « fibrose kystique thérapie ciblée (ZFZ) » et « psychose dépôt (PSD) ». Certains de ces nouveaux PCG correspondent non pas à un nouveau tableau clinique, mais à un sous-ensemble d'un PCG existant, en vue d'améliorer l'homogénéité des coûts dans un même groupe. Sont concernés en particulier les cas suivants : les médicaments qui entrent dans le nouveau PCG « cancer biologiques (KRB) » relèvent actuellement du PCG « cancer complexe (KRK) ». De la même manière, les médicaments qui sont aujourd'hui classés dans le PCG « fibrose kystique / enzymes pancréatiques (ZEP) » seront regroupés sous le PCG « fibrose kystique thérapie ciblée (ZFZ) ». Les formes galéniques de médicaments dépôt qui relèvent à l'heure actuelle du PCG « psychose (PSY) » se trouveront à l'avenir sous le PCG spécifique « psychose dépôt (PSD) ». La classification des substances actives a été modifiée pour les PCG suivants : « maladies cardiaques (CAR) », « tumeurs hormono-dépendantes (KHO) », « cancer (KRE) », « sclérose en plaques (MSK) », « transplantations (TRA) », « fibrose kystique / enzymes pancréatiques (ZFP) », « maladies du système nerveux central sans sclérose en plaques (ZNS) ». Par ailleurs, le PCG « fibrose kystique / enzymes pancréatiques (ZFP) » devient « fibrose kystique (ZFI) », la dénomination « enzymes pancréatiques » étant trop peu spécifique et non pertinente.

Les adaptations des PCG entraînent le remaniement des règles de hiérarchisation (actuel art. 3) et du nombre minimal de doses quotidiennes standard (DDD) ou d'emballages de médicaments qu'un assuré doit se voir remettre pour être affecté à un PCG (actuel art. 4). Le présent projet de révision propose des modifications dans de nouveaux articles et ne comprend plus de PCG non autonomes et combinés (actuel art. 2). Un index des PCG selon la nouvelle structure et incluant les DDD est annexé au présent rapport explicatif.

Les raisons qui sous-tendent les suppressions et les ajouts de PCG ainsi que les adaptations des valeurs seuils sont détaillées dans l'étude publiée par Polynomics ([Rapports de recherche assurance-maladie et accidents](#) [2025 > Schlussbericht « Überprüfung PCG-Modell im Risikoausgleich » ; en allemand, résumé en français]).

3 Commentaire des dispositions

Art. 1 Liste des PCG

Cette disposition est reprise telle quelle de l'actuelle OCoR-DFI.

Art. 2 Hiérarchisation des PCG

Les PCG et leur structure hiérarchique n'avaient pas changé depuis leur introduction en 2020. L'adaptation proposée des premiers entraîne une modification de la seconde. La hiérarchisation des PCG permet de régler le problème découlant du fait qu'il est impossible de délimiter clairement toutes les maladies les unes des autres et d'éviter qu'une même affection sous-jacente se retrouve dans des groupes différents. Lorsqu'un assuré remplit les conditions pour être associé à deux PCG qui décrivent le même problème de santé ou deux problèmes de santé apparentés, il est catégorisé uniquement dans le PCG correspondant au problème le plus grave. Par exemple, s'il se voit remettre des médicaments contre le rhumatisme et des médicaments contre une maladie auto-immune, il est intégré uniquement au PCG « maladies auto-immunes (AIK) ». Dans ce cas, l'assureur perçoit uniquement le supplément pour le PCG situé le plus haut dans la hiérarchie, même si l'assuré remplit aussi les conditions pour être associé à un PCG inférieur. L'analyse examinait également si les assurés qui étaient attribués en même temps dans deux PCG (ou plus) devaient ne l'être que dans un seul afin d'éviter une surcompensation les concernant. Il en résulte les adaptations suivantes :

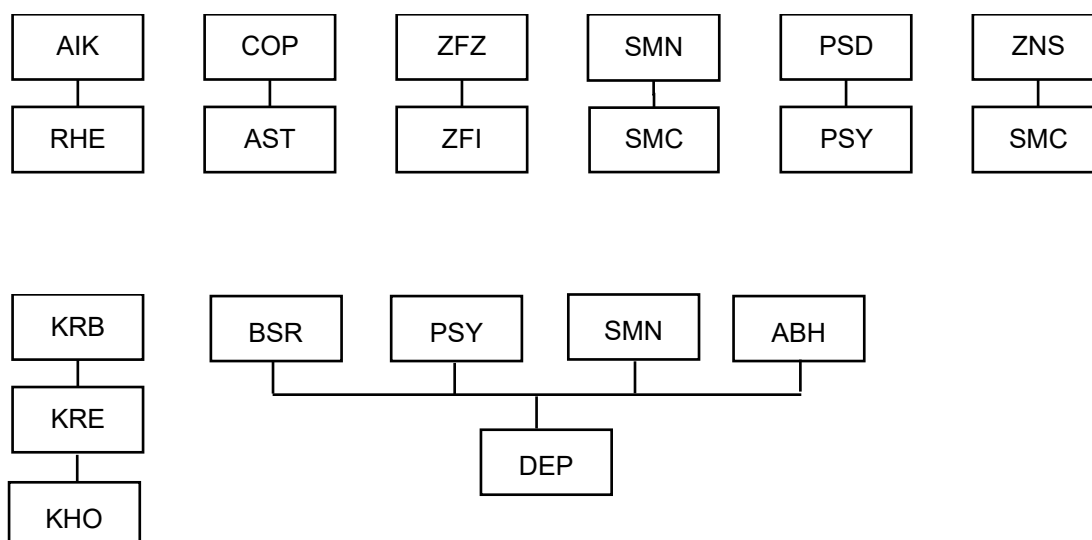


Figure 1 : Nouvelle structure hiérarchique des PCG

Let. a : le PCG « psoriasis (PSO) » est supprimé. Le PCG « maladie de Crohn / colite ulcéreuse (MCR) » est conservé comme PCG autonome. Pour le reste, la hiérarchie prévue à l'actuel art. 3, let. a, reste inchangée : le PCG « maladies auto-immunes (AIK) » prime le PCG « rhumatisme (RHE) ».

Let. b : le PCG « trouble bipolaire ordinaire (BSR) », le PCG « psychose (PSY) », le PCG « douleur neuropathique (SMN) » et le PCG « addiction sans nicotine (ABH) »

priment le PCG « dépression (DEP) ». La hiérarchie de l'actuel art. 3, let. b, selon laquelle le PCG « maladies cardiaques (CAR) » prime le PCG « cholestérol élevé (HCH) », est supprimée. Le PCG « maladies cardiaques (CAR) » est conservé sans hiérarchisation. Le PCG « cholestérol élevé (HCH) » est supprimé.

Let. c : le PCG « BPCO / asthme aigu (COP) » continue à primer le PCG « asthme (AST) ».

Let. d : d'un point de vue pharmaceutique, les médicaments ou combinaisons de médicaments qui sont indiqués diffèrent selon le type de cancer. Afin d'homogénéiser les coûts du PCG « cancer (KRE) » et du PCG « cancer complexe (KRK) », le projet établit une distinction entre le PCG « cancer biologiques (KRB) », comprenant les médicaments biologiques, le PCG « cancer (KRE) », regroupant toutes les autres substances actives qui ne sont pas des médicaments biologiques et qui peuvent intervenir dans le traitement de cancers (chroniques), et le PCG « tumeurs hormono-dépendantes (KHO) ». D'après cette nouvelle disposition, le PCG « cancer : biologiques (KRB) » et le PCG « cancer (KRE) » priment le PCG « tumeurs hormono-dépendantes (KHO) ». La hiérarchie qui figure à l'actuel art. 3, let. e, selon laquelle le PCG « diabète de type 2 (DM2) » et le PCG « diabète de type 2 avec hypertension (DM2+hyp) » priment le PCG « cholestérol élevé (HCH) », est supprimée ; le PCG « diabète de type 2 (DM2) » et le PCG « diabète de type 2 avec hypertension (DM2+hyp) » sont également abandonnés.

Let. e : le nouveau PCG « cancer biologiques (KRB) » prime le PCG « cancer (KRE) ». La hiérarchie de l'actuel art. 3, let. f, selon laquelle le PCG « cancer (KRE) » et le PCG « cancer complexe (KRK) » priment le PCG « tumeurs hormono-dépendantes (KHO) », est reformulée au nouvel art. 2, let. d, en raison de l'introduction du nouveau PCG « cancer biologiques (KRB) ».

Let. f : le nouveau PCG « psychose dépot (PSD) » prime le PCG « psychose (PSY) ». La hiérarchie de l'actuel art. 3, let. d, selon laquelle le PCG « diabète de type 1 (DM1) » prime le PCG « diabète de type 2 (DM2) », le PCG « cholestérol élevé (HCH) » et le PCG « diabète de type 2 avec hypertension (DM2+hyp) », est abandonnée, car le PCG « cholestérol élevé (HCH) » et le PCG « diabète de type 2 avec hypertension (DM2+hyp) » sont supprimés et le PCG « diabète de type 1 (DM1) » est conservé comme PCG autonome.

Let. g : le PCG « douleur neuropathique (SMN) » continue à primer le PCG « douleurs chroniques sans opioïdes (SMC) ». Cette disposition correspond à l'actuel art. 3, let. i.

Let. h : de nouveaux médicaments destinés au traitement de la fibrose kystique ont été autorisés ces dernières années. Le nouveau PCG « fibrose kystique thérapie ciblée (ZfZ) » a donc été introduit en vue d'améliorer l'homogénéité des coûts. Ce nouveau PCG prime le PCG « fibrose kystique (ZfI) ». La hiérarchie de l'actuel art. 3, let. h, selon laquelle le PCG « sclérose en plaques (MSK) » prime le PCG « maladies du système nerveux central sans sclérose en plaques (ZNS) », est supprimée. Le PCG « sclérose en plaques (MSK) » est conservé comme PCG autonome.

Let. i : le PCG « maladies du système nerveux central sans sclérose en plaques (ZNS) » prime le PCG « douleurs chroniques sans opioïdes (SMC) ». La hiérarchie qui figure à l'actuel art. 3, let. i, selon laquelle le PCG « douleur neuropathique (SMN) » prime le PCG « douleurs chroniques sans opioïdes (SMC) », est déplacée à la let. g.

Art. 3 Nombre minimal défini d'emballages et nombre minimal défini de doses quotidiennes standard de médicaments

Les assurés sont répartis dans des PCG à partir des valeurs seuils de doses quotidiennes standard (DDD) ou d'emballages de médicaments. Afin d'évaluer les valeurs seuils utilisées jusqu'à présent, l'analyse de Polynomics retient l'approche de van Drunen et al. (2021), qui propose de comparer la sous-compensation ou la surcompensation moyenne des assurés s'étant vu remettre entre 90 et 180 DDD avec celle des assurés ayant reçu plus de 180 DDD. Polynomics reprend cette approche en abaissant les valeurs seuils (DDD : 90 au lieu de 180, emballages : un au lieu de trois) lorsque la différence relative des compensations moyennes ne dépasse pas 10 % (valeurs seuils choisies de manière pragmatique).

Let. a : il suffit qu'un assuré se voie remettre un emballage de médicament pour l'attribuer au nouveau PCG « hémophilie (HMP) » ou « immunoglobuline (IMM) ».

Let. b : un assuré doit toujours se voir remettre au moins trois emballages de médicaments pour être attribué au PCG « cancer (KRE) ». Ce nombre suffit également pour faire partie des nouveaux PCG « cancer biologiques (KRB) », « dégénérescence maculaire (MAC) », « psychose dépot (PSD) » et « fibrose kystique thérapie ciblée (ZfZ) ». Par ailleurs, la valeur seuil pour intégrer le PCG « fibrose kystique (ZfI) » est elle aussi fixée à trois emballages de médicaments, et non plus à 180 DDD.

Let. c : du fait de l'approche mentionnée précédemment pour l'adaptation des valeurs seuils, un assuré doit se voir remettre 90 DDD, et non plus 180, pour intégrer les PCG suivants : « Alzheimer (ALZ) », « trouble bipolaire ordinaire (BSR) », « tumeurs hormono-dépendantes (KHO) », « rhumatisme (RHE) » et « transplantations (TRA) ».

Let. d : le nombre de DDD requises pour intégrer les PCG qui ne sont pas mentionnés aux let. a, b et c reste fixé à 180.

Art. 4 Facteurs de renchérissement des coûts

La compensation des risques d'une année de compensation (année civile pour laquelle la compensation des risques est réalisée) se fonde sur les coûts de l'année qui précède. Un facteur de renchérissement des coûts est appliqué afin d'atteindre le niveau de coûts de l'année de compensation (art. 13, al. 1, let. d, OCoR). Le DFI a fixé la méthode de calcul de ce facteur à l'art. 5 OCoR-DFI. Selon le droit en vigueur, un seul facteur de renchérissement est déterminé pour chaque canton, sans tenir compte des variations structurelles (changements concernant la morbidité des effectifs cantonaux d'assurés), car la méthode de calcul de la compensation des risques les prend déjà en considération. Le facteur de renchérissement des coûts résulte ainsi de la division du renchérissement global par le renchérissement structurel.

En 2028, la part des coûts de l'AOS financée par les primes est amenée à changer drastiquement par rapport à l'année précédente, car le taux de la contribution cantonale visé à l'art. 60 nLAMal, qui s'appliquera dès 2028, a été déterminé à partir de la situation des années 2016 à 2019. Afin de pouvoir s'appliquer à l'année de compensation 2028, la méthode de calcul de la compensation des risques nécessite une modification de l'art. 13 OCoR et – dans le cadre du présent projet – de l'art. 5 (nouvel art. 4) OCoR-DFI, tenant compte de l'évolution des coûts dans les groupes de risques (cf. art. 13, al. 2, OCoR).

Le renchérissement dans la compensation des risques continuera toutefois, passé 2028, à être calculé selon la méthode proposée, et ce pour deux raisons. D'une part, l'analyse d'efficacité mentionnée précédemment proposait un calcul plus détaillé du renchérissement général. D'autre part, un ajustement des parts cantonales du financement reste possible. Le calcul proposé permet d'éviter des modifications de l'art. 5 (nouvel art. 4) pour cette raison (p. ex. modification du 2 mars 2026, rendue nécessaire par la hausse de la part cantonale de Zoug).

Al. 1 : le facteur de renchérissement des coûts doit être aussi détaillé que nécessaire pour refléter au mieux l'évolution des coûts entre l'année de compensation et l'année la précédant. Le présent projet propose qu'un tel facteur soit déterminé non plus seulement pour chaque canton, mais aussi pour chacun des groupes de risques agrégés, lesquels sont formés conformément à l'al. 2.

Al. 2 : cet alinéa porte sur la formation des groupes de risques agrégés, qui sont définis aux let. a à e. Ceux-ci diffèrent en fonction de la catégorie d'âge et de la présence ou non de l'indicateur « séjour », mais pas du sexe. Il faut calculer un facteur de renchérissement pour chacun des cinq groupes de risques agrégés au sein de chacun des vingt-six cantons, soit 130 au total.

Al. 3 : le facteur de renchérissement des coûts d'un groupe de risque agrégé correspond au ratio entre la moyenne des prestations nettes de l'année de compensation et la moyenne des prestations nettes de l'année précédente. Un groupe de risque agrégé étant considéré comme homogène, il n'est plus nécessaire de corriger les facteurs des variations structurelles.

Al. 4 : comme le prévoit déjà le droit en vigueur, la moyenne des prestations nettes est calculée sur l'ensemble des assureurs, mais de manière séparée pour chaque groupe de risque agrégé prévu à l'al. 2 (et non pour la totalité des groupes pris ensemble).

Art. 5 Part des prestations dont l'effectif des assurés a bénéficié en Suisse

Par la modification du 14 juin 2024 de la LAMal (échange de données, compensation des risques), le législateur a inclus dans la compensation des risques les assurés résidant à l'étranger. Le Conseil fédéral est chargé de mettre en œuvre les adaptations concernant la compensation des risques au moyen de l'OCOR. La procédure de consultation relative à la modification de l'OCOR s'est tenue du 3 septembre au 3 décembre 2025 (lien : [procédures de consultation terminées](#)). Nombre des assurés résidant à l'étranger disposent d'un droit d'option du lieu de traitement, ce qui signifie

qu'ils ont la possibilité de se faire soigner soit dans leur pays de résidence, soit en Suisse, à la charge de l'AOS. C'est la raison pour laquelle le législateur a spécifié que seule était prise en compte la proportion des prestations dont l'effectif des assurés de l'État de résidence concerné a bénéficié en Suisse par rapport aux prestations totales dont cet effectif a bénéficié. La part des prestations dont plusieurs effectifs d'assurés peu importants ont bénéficié en Suisse peut être déterminée conjointement (cf. art. 17, al. 5, nLAMal). Sur cette base, le Conseil fédéral délègue au DFI, à l'art. 18e AP-OCOR, la responsabilité de fixer les parts en question. Le DFI doit déterminer séparément les parts pour les assurés résidant en Allemagne et pour les assurés résidant en France, et définir une part conjointe pour les effectifs d'assurés comparativement faibles dans les autres États de résidence. Il doit utiliser à cette fin les données que les assureurs fournissent périodiquement à l'OFSP, séparées par effectifs d'assurés (résidant en Allemagne, en France et dans tous les autres États de résidence).

L'OFSP a recueilli les données correspondantes auprès des assureurs, puis les a séparées et analysées en fonction du pays de résidence des assurés (Allemagne, France et tous les autres États de résidence). Il a ensuite calculé sur cette base la part des prestations dont l'effectif des assurés de l'État de résidence concerné a bénéficié en Suisse par rapport à l'ensemble des prestations dont cet effectif a bénéficié. Le tableau qui suit détaille les données des assureurs et les calculs de l'OFSP.

D'après les données fournies par les assureurs et les calculs réalisés par l'OFSP, le DFI suggère les parts suivantes :

- 40 % pour les assurés résidant en Allemagne ;
- 75 % pour les assurés résidant en France ;
- 65 % pour les assurés résidant dans tous les autres États de résidence.

Pour les assurés résidant en Allemagne : 40 %

Année de traitement	Effectif DE	Prestations nettes CH (en kCHF)	Prestations nettes DE (en kCHF)	Total prestations nettes (en kCHF)	Part CH	Part DE
2018	36 290	38 410	61 395	99 805	38 %	62 %
2019	37 986	33 255	61 614	94 869	35 %	65 %
2020	38 908	33 795	63 723	97 518	35 %	65 %
2021	39 656	39 509	69 133	108 642	36 %	64 %
2022	41 844	43 714	67 255	110 969	39 %	61 %
2023	44 939	51 738	72 066	123 803	42 %	58 %
					38 %	-> 40 %

Pour les assurés résidant en France : 75 %

Année de traitement	Effectif FR	Prestations nettes CH (en kCHF)	Prestations nettes FR (en kCHF)	Total prestations nettes (en kCHF)	Part CH	Part FR
2018	43 060	75 763	22 080	97 843	77 %	23 %
2019	51 911	74 364	26 420	100 784	74 %	26 %
2020	58 601	81 373	29 343	110 716	73 %	27 %
2021	67 634	95 751	39 250	135 001	71 %	29 %
2022	81 626	114 610	44 085	158 695	72 %	28 %
2023	100 756	139 614	51 357	190 972	73 %	27 %
					73 %	->75 %

Pour les assurés résidant dans tous les autres États de résidence : 65 %

Année de traitement	Effectif autres États	Prestations nettes CH (en kCHF)	Prestations nettes autres États (en kCHF)	Total Prestations nettes (en kCHF)	Part CH	Part autres États
2018	6069	11 448	5469	16 917	68 %	32 %
2019	11 696	13 951	7890	21 841	64 %	36 %
2020	12 564	13 091	7837	20 927	63 %	37 %
2021	13 183	17 101	8824	25 924	66 %	34 %
2022	14 177	18 098	8370	26 467	68 %	32 %
2023	19 582	24 774	10 216	34 990	71 %	29 %
					67 %	->65 %

Il est prévu de réexaminer ces parts dans quatre à cinq ans à partir des données les plus récentes et de les adapter si nécessaire (cf. aussi art. 18e, al. 2, AP-OCOR).

Art. 6 Abrogation d'un autre acte

La présente ordonnance faisant l'objet d'une révision totale, est abrogée.

Art. 7 Disposition transitoire relative à la modification du ...

La compensation des risques pour l'année de compensation 2027 est calculée en avril/mai 2028. La présente disposition transitoire indique que ce calcul est encore effectué selon le droit actuel.

Art. 8 Entrée en vigueur

La nouvelle OCoR-DFI entre en vigueur le 1^{er} janvier 2028, soit en même temps que la modification de l'OCoR (lien : [procédures de consultation terminées](#)).

Annexe Liste des PCG (nouvelle structure)

Une analyse d'efficacité publiée en 2024 sur l'inclusion des PCG dans la compensation des risques montre notamment qu'il existe un potentiel d'amélioration du modèle PCG. Les Pays-Bas utilisent depuis plus de vingt ans dans leur système de compensation des risques. L'analyse d'efficacité recommande, entre autres, de les affiner en vue d'améliorer l'identification des assurés générant des coûts élevés ou faibles au sein d'un même PCG. Le rapport et la prise de position de l'OFSP sont disponibles sur la page Internet [Rapports d'évaluation sur l'assurance maladie et accidents](#) (Études terminées > 2023-2024 Analyse d'efficacité de la compensation des risques avec les groupes de coûts pharmaceutiques [PCG]). Polynomics s'est appuyé sur les résultats de l'analyse d'efficacité et sur les modèles PCG en vigueur aux Pays-Bas pour examiner de possibles ajustements du modèle PCG destinés à améliorer la compensation des risques. Dans un premier temps, Polynomics a examiné le modèle existant du point de vue médico-pharmaceutique et a élaboré, sur cette base, des propositions d'adaptation de la liste des PCG actuelle. Ces propositions comprennent des modifications relatives aux substances actives prises en compte, la scission de certains PCG existants en deux PCG, l'introduction de nouveaux PCG et la suppression d'autres. Polynomics a ensuite examiné les modifications proposées dans le cadre d'une analyse empirique utilisant des données individuelles anonymes. Les modifications ont été suggérées en se fondant sur l'évaluation du point de vue médico-pharmaceutique et de l'économie de la santé. L'OFSP souhaitait que les ajustements soient, si possible, réalisables dans le cadre de l'OCoR existante. L'étude de Polynomics (en allemand, résumé en français) est disponible sur la page [Rapports de recherche assurance-maladie et accidents](#) (2025 > Schlussbericht « Überprüfung PCG-Modell im Risikoausgleich »). L'OFSP a ensuite développé un nouveau modèle PCG qui repose pour l'essentiel sur le modèle de base de Polynomics. Il a en outre procédé à ses propres analyses et à des adaptations ciblées du modèle proposé. La présente révision totale prévoit la suppression de la liste des PCG, à compter de l'année de compensation 2028, des PCG « glaucome (GLA) », « cholestérol élevé (HCH) », « psoriasis (PSO) », « maladie thyroïdienne (THY) », « diabète de type 2 (DM2) » et « trouble de la croissance (WAS) ». Elle prévoit par ailleurs l'ajout des PCG suivants : « acromégalie (ACR) », « immunoglobuline (IMM) », « dégénérescence maculaire (MAC) », « maladies cardiaques antiarythmiques (CAA) » et « hémophilie (HMP) ». Les PCG « cancer biologiques (KRB) », « psychose dépot (PSD) » et

« fibrose kystique thérapie ciblée (ZFZ) » constituent de nouvelles dénominations, qui ne correspondent toutefois pas à de nouveaux tableaux cliniques. Il s'agit davantage de spécifications ou de subdivisions de PCG ou de médicaments existants, qui visent à améliorer l'homogénéité des coûts. Un récapitulatif des modifications prévues est annexé au présent rapport explicatif.

La compensation des risques pour l'année de compensation 2028 sera calculée en avril/mai 2029 et tiendra pour la première fois compte des assurés résidant à l'étranger. Le renchérissement des coûts sera déterminé conformément au nouvel art. 4 OCoR-DFI. Il sera en outre fait application de la nouvelle liste des PCG pour 2028, présentant une nouvelle structure hiérarchique et fondée sur les médicaments figurant dans la liste des spécialités au 1^{er} décembre 2028. En vue de la budgétisation de la compensation des risques 2028 et de la fixation des primes pour 2028, l'OFSP entend mener plusieurs simulations en collaboration avec l'IC LAMal avant le premier calcul. Ces essais permettront de mieux évaluer les répercussions sur les redevances de risque et les contributions de compensation. Ils serviront, d'une part, à améliorer les données utilisées pour les estimations des assureurs et, d'autre part, à tester la livraison des données des assureurs et l'utilisation de la nouvelle mouture du logiciel SORA (logiciel pour la compensation des risques) par l'IC LAMal. Il est donc essentiel qu'une liste de PCG conforme au nouveau modèle PCG soit approuvée à l'occasion de la révision totale au printemps 2027.

4 Conséquences

4.1 Conséquences pour la Confédération et les cantons

L'introduction et la mise en œuvre du nouveau modèle PCG entraînent une charge supplémentaire pour l'OFSP jusqu'au premier calcul concernant l'année de compensation 2028 (calcul effectué en 2029). En particulier, la gestion parallèle des deux listes de PCG, l'une pour le calcul officiel (modèle PCG en vigueur) et l'autre, pour les essais (nouveau modèle PCG), est une tâche complexe, mais les ressources existantes sont suffisantes pour s'en acquitter. Il n'y pas d'autres conséquences attendues pour les finances ou le personnel de la Confédération et des cantons.

4.2 Conséquences pour les communes, les centres urbains, les agglomérations et les régions de montagne

L'ordonnance n'a pas de conséquences spécifiques pour les communes, les centres urbains, les agglomérations ni les régions de montagne.

4.3 Conséquences pour les assureurs et l'IC LAMal

Les assureurs doivent adapter leurs estimations pour la compensation des risques. L'IC LAMal doit implémenter le nouveau calcul dans le logiciel SORA et organiser des essais, ce qui entraîne aussi des frais administratifs supplémentaires uniques pour l'institution. Ceux-ci seront supportés conjointement par les assureurs.

4.4 Conséquences économiques

L'ordonnance n'a pas de conséquences spécifiques pour l'économie.

5 Aspects juridiques

5.1 Forme de l'acte à adopter

La forme de l'acte en vigueur est maintenue.

5.2 Délégation de compétences législatives

Les modifications de l'art. 2 et de l'annexe se fondent sur l'art. 4 OCoR, les modifications de l'art. 3, sur l'art. 5 OCoR et celles de l'art. 4, sur l'art. 13 AP-OCOR. Les dispositions proposées à l'art. 5 se fondent sur l'art. 18e, al. 1, AP-OCOR.

5.3 Protection des données

L'exécution de l'art. 3 du présent projet (« Nombre minimal défini d'emballages et nombre minimal défini de doses quotidiennes standard de médicaments ») nécessite – tout comme le droit en vigueur – le traitement de données personnelles. L'art. 26 OCoR dispose que l'institution commune est responsable de garantir l'anonymat des assurés à chaque fois qu'elle utilise des données. La protection des données est ainsi assurée.

Des groupes de risques agrégés sont constitués afin de déterminer les facteurs de renchérissement des coûts. (cf. art. 4 du projet). La taille de ces groupes de risques empêche toute identification d'un assuré en particulier.

Annexes

Index des PCG (nouvelle structure)

Abréviation	Nom	Nombre DDD	Remarque
ACR	Acromégalie	3	Nouveau
CAA	Maladies cardiaques antiarythmiques	180	Nouveau
HMP	Hémophilie	1	Nouveau
IMM	Immunoglobuline	1	Nouveau
KRB	Cancer biologiques	3	Nouveau
MAC	Dégénérescence maculaire	3	Nouveau
PSD	Psychose dépôt	3	Nouveau
ZFZ	Fibrose kystique thérapie ciblée	3	Nouveau
ABH	Addiction sans nicotine	180	Inchangé
ADH	TDAH	180	Inchangé
AIK	Maladies auto-immunes	180	Inchangé
ALZ	Alzheimer	90	Modif. DDD
AST	Asthme	180	Inchangé
BSR	Trouble bipolaire ordinaire	90	Modif. DDD
CAR	Maladies cardiaques	180	Inchangé
COP	BPCO / asthme aigu	180	Inchangé
DEP	Dépression	180	Inchangé
DM1	Diabète de type 1	180	Inchangé
EPI	Épilepsie	18	Inchangé
HIV	VIH / sida	180	Inchangé
KHO	Tumeurs hormono-dépendantes	90	Modif. DDD
KRE	Cancer	3	Inchangé
MCR	Maladie de Crohn / colite ulcéreuse	180	Inchangé
MSK	Sclérose en plaques	180	Inchangé
NIE	Néphropathie	180	Inchangé
PAH	Hypertension (artérielle) pulmonaire	180	Inchangé
PAR	Parkinson	180	Inchangé
PSY	Psychose	180	Inchangé
RHE	Rhumatisme	90	Modif. DDD
SMC	Douleurs chroniques sans opioïdes	180	Inchangé
SMN	Douleur neuropathique	180	Inchangé
TRA	Transplantations	90	Modif. DDD

ZFI	Fibrose kystique	180	Modif. dénomination (nom)
ZNS	Maladies du système nerveux central sans sclérose en plaques	180	Inchangé

Suppressions

Abréviation	Nom	Nombre DDD	Remarque
<i>DM2</i>	<i>Diabète de type 2</i>		<i>Suppression</i>
<i>GLA</i>	<i>Glaucome</i>		<i>Suppression</i>
<i>HCH</i>	<i>Cholestérol élevé</i>		<i>Suppression</i>
<i>HYP</i>	<i>Hypertension</i>		<i>Suppression</i> <i>(PCG non autonome)</i>
<i>PSO</i>	<i>Psoriasis</i>		<i>Suppression</i>
<i>THY</i>	<i>Maladie thyroïdienne</i>		<i>Suppression</i>
<i>WAS</i>	<i>Trouble de la croissance</i>		<i>Suppression</i>