



**Financement uniforme  
des prestations ambula-  
toires et stationnaires:  
incidence sur les payeurs  
de primes**

Mai 2023

## **Table des matières**

1. Analyse politique .....	3
2. Sommaire .....	4
3. Contexte .....	5
4. Modèle de prévision .....	5
4.1 Décisions du Conseil des États .....	5
4.2 Trois variantes d'application .....	5
4.2.1 Variante comparative «situation inchangée» .....	6
4.2.2 Variante d'application «EFAS sans intégration des soins» .....	6
4.2.3 Variante d'application «EFAS avec intégration des soins après une période transitoire» .....	6
4.3 Scénarios sur la croissance des soins à la charge de la LAMal .....	6
4.4 Hypothèses sous-jacentes du modèle .....	7
4.4.1 Prestations nettes «contributions aux soins des assureurs-maladie» .....	7
4.4.2 Soins à la charge de la LAMal .....	7
4.4.3 Hôpital stationnaire .....	8
4.4.4 Prestations nettes «prestations restantes» .....	8
5. Résultats .....	9
6. Bilan .....	10
7. Audit de Swiss Economics .....	11

### **IMPRESSUM**

**ÉDITEUR** santésuisse – Les assureurs-maladie suisses, Römerstrasse 20. 4502 Soleure

# Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires: incidence sur les payeurs de primes

---

## 1. Analyse politique

Le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS) est sans aucun doute la réforme la plus profonde du système de santé suisse depuis le nouveau financement des hôpitaux.

santésuisse soutient l'EFAS, à condition que son introduction profite aux payeurs de primes. Dans le cas contraire, de nouvelles hausses de primes risquent de survenir, ce que de nombreux assurés ne pourront bientôt plus se permettre. C'est le scénario redouté si les soins sont également intégrés dans le projet EFAS. A long terme, des coûts supplémentaires élevés seraient répercutés sur l'AOS à cause de cette intégration. Les effets positifs escomptés d'EFAS seraient ainsi réduits à néant, ce qui entraînerait une charge supplémentaire considérable pour les assurés.

Afin de pouvoir prévoir les conséquences financières directes d'une intégration des soins, santésuisse a procédé, sur la base de ses propres calculs, à une estimation des conséquences financières pour les payeurs de primes et l'a fait valider en externe par l'institut "Swiss Economics".

**Les résultats montrent que les économies liées à l'EFAS seraient réduites à néant quelques années seulement après son introduction et que les augmentations au détriment de l'assurance de base s'accéléraient encore. Les prévisions à long terme sont par nature liées à l'incertitude, mais l'étude présente de manière transparente les hypothèses retenues et contribue ainsi à ce que les effets de cette grande réforme sur les payeurs de primes puissent être évalués.**

Nous vous souhaitons une lecture agréable et enrichissante.

santésuisse



Verena Nold  
Directrice



Christoph Kilchenmann  
Directeur adjoint

# Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires: incidence sur les payeurs de primes

---

## 2. Sommaire

Sur la base des recommandations de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (CSSS-E) et des décisions du Conseil des États, santésuisse a établi une prévision de la charge supportée par les payeurs de primes jusqu'en 2040. santésuisse a comparé les trois variantes suivantes: «situation inchangée», «EFAS sans intégration des soins» et «EFAS avec intégration des soins après une période transitoire».

Les deux variantes de mise en œuvre «EFAS sans intégration des soins» et «EFAS avec intégration des soins après une période transitoire» conduisent provisoirement à une charge moins élevée pour les payeurs de primes durant la période transitoire de 2027 à 2030, autrement dit avant l'intégration des soins.

À long terme, la charge des payeurs de primes, dans le cadre d'un financement uniforme, ne sera toutefois moins élevée qu'avec le régime actuel que si l'on renonce à intégrer les soins relevant de la LAMal à l'issue de la phase transitoire de 2027 à 2030.

Si les soins à la charge de la LAMal sont également financés de manière uniforme à partir de 2031, le potentiel d'économies sera réduit. À moyen et long terme, les payeurs de primes devront même s'attendre à une charge plus élevée que si l'on renonce entièrement à l'EFAS. C'est essentiellement l'évolution des coûts des soins à la charge de la LAMal qui détermine à partir de quand l'intégration de ces soins devient plus chère pour les payeurs de primes que le maintien du financement actuellement en vigueur. Deux scénarios ont été examinés en détail dans le cadre de l'étude:

- Scénario «croissance élevée des soins à la charge de la LAMal»: la croissance des prestations nettes s'accélère à partir de 2031, avec une progression de 0,5 point de pourcentage, et à partir de 2034, les prestations nettes sont déjà plus élevées que dans la variante «situation inchangée».
- Scénario «croissance modérée des soins à la charge de la LAMal»: la croissance des prestations nettes s'accélère à partir de 2031, avec une progression de 0,3 point de pourcentage, et c'est après 2040 que les prestations nettes dépassent celles de la variante «situation inchangée».

Le verdict est clair: l'intégration des soins relevant de la LAMal élimine l'effet réducteur des coûts de l'EFAS. Dans le scénario «croissance élevée des soins à la charge de la LAMal», l'intégration des soins à la charge de la LAMal coûte, selon nos prévisions, 4,9 milliards de francs supplémentaires aux payeurs de primes en 2035 et même 9,6 milliards de francs en 2040.

## Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires: incidence sur les payeurs de primes

---

### 3. Contexte

Dans le domaine hospitalier stationnaire, les cantons participent au minimum à hauteur de 55 pour cent des coûts contre au maximum 45 pour cent pour les assureurs-maladie. Si le patient n'a pas séjourné une nuit au moins à l'hôpital, la prestation est considérée comme ambulatoire. Dans ce cas, les assureurs-maladie financent l'intégralité des coûts (déduction faite de la participation aux coûts). En matière de prestations de soins, les assureurs-maladie prennent en charge une contribution correspondant à 50 pour cent des coûts dans le domaine stationnaire et à 70 pour cent dans le domaine ambulatoire. De plus, les personnes nécessitant des soins versent également une contribution tandis que le financement résiduel incombe aux cantons et aux communes.

Avec l'EFAS, les flux de financement dans le système de santé seraient réorganisés. Les cantons participeraient non seulement aux prestations hospitalières stationnaires, mais également, selon un pourcentage fixe, aux prestations ambulatoires telles que les médicaments, les analyses de laboratoires, etc.

Après une période de délibération de près de trois ans au sein de la CSSS-E, le plénum du Conseil des États, en tant que deuxième conseil, a pris des décisions concrètes lors de la session d'hiver 2022 sur la mise en œuvre de la réforme et la période transitoire. Ces décisions diffèrent sur des points essentiels de la proposition du Conseil national.

En se basant sur ces décisions, santésuisse a établi une prévision des prestations nettes des assureurs-maladie jusqu'en 2040. Par prestations nettes, on entend les prestations à payer par l'assurance-maladie, déduction faite d'une éventuelle participation aux coûts (franchise, quote-part, contribution aux frais de séjour hospitalier). Trois variantes ont été comparées: «situation inchangée», «EFAS sans intégration des soins» et «EFAS avec intégration des soins après une période transitoire».

### 4. Modèle de prévision

#### 4.1 Décisions du Conseil des États

Lors de la session d'hiver 2022, le Conseil des États a pris les décisions suivantes:

- Le financement uniforme doit entrer en vigueur trois ans après l'expiration du délai référendaire ou, si la loi est acceptée par le peuple, au début de l'année qui suit.
- Les cantons auront quatre ans pour atteindre la participation aux coûts qui leur incombe. Durant cette période transitoire, les soins à la charge de la LAMal ne seront pas encore financés de manière uniforme.
- Le Conseil des États veut intégrer les soins de longue durée dans le projet EFAS sept ans après l'échéance du délai référendaire, sans aucune condition, c'est-à-dire indépendamment des données disponibles.
- Concernant la fixation de la contribution cantonale, le Conseil des États s'est prononcé en faveur du calcul basé sur les coûts nets, comme l'avait déjà fait le Conseil national.

Le financement des prestations hôtelières dans les établissements médico-sociaux, de la prise en charge dans ces mêmes établissements ainsi que des soins à domicile n'est pas concerné par cette nouvelle réglementation. Jusqu'à présent, la LAMal n'a pas financé ce type de prestations. De plus, sur le plan politique, une participation financière des caisses-maladie n'est pas d'actualité.

#### 4.2 Trois variantes d'application

Afin de pouvoir mieux évaluer les effets de l'EFAS et des décisions du Conseil des États, nous avons calculé séparément la croissance de 2012 à 2021 des trois postes de coûts mentionnés ci-dessus et établi un pronostic de leur évolution jusqu'en 2040. santésuisse a représenté la variante comparative «situation inchangée», ainsi que les deux variantes de mise en œuvre «EFAS sans intégration des soins» et «EFAS avec intégration des soins après une période transitoire».



## Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires: incidence sur les payeurs de primes

---

### 4.2.1 Variante comparative «situation inchangée»

Dans cette variante, le financement des prestations ambulatoires et stationnaires demeure inchangé. Les prestations nettes remboursées par les assureurs-maladie, historiques ou prévisionnelles, se composent de trois postes de coûts:

- Prestations nettes «hôpital stationnaire»: les assureurs-maladie financent les prestations stationnaires à hauteur de 45 pour cent au maximum et les cantons à hauteur de 55 pour cent au minimum.
- Prestations nettes «contributions aux soins des assureurs-maladie»: pour les soins à la charge de la LAMal, les assureurs-maladie versent «seulement» une contribution. En fonction du canton, les personnes nécessitant des soins paient des contributions. Le financement résiduel incombe aux cantons.
- Prestations nettes «prestations restantes» (sans contributions aux soins des assureurs-maladie ni hôpital stationnaire): les assureurs-maladie continuent de rembourser 100 pour cent des prestations ambulatoires.

### 4.2.2 Variante d'application «EFAS sans intégration des soins»

Dans cette variante, nous partons du principe que le financement uniforme entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2027, à savoir après l'expiration du délai référendaire. Les prestations nettes, tant historiques que prévisionnelles, se composent des postes de coûts suivants:

- Prestations nettes «contributions aux soins des assureurs-maladie»: les assureurs-maladie versent toujours une contribution fixe pour les soins à la charge de la LAMal. En fonction du canton, les personnes nécessitant des soins paient également des contributions. Le financement résiduel incombe aux cantons.
- Prestations nettes «prestations restantes» (sans contributions aux soins des assureurs-maladie): à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2027, toutes les prestations ambulatoires et stationnaires sont financées de manière uniforme, à l'exception des soins à la charge de la LAMal. À partir de cette date, les parts cantonales seront appliquées selon les décisions du Conseil des États. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2031, elles seront fixées et maintenues au pourcentage de la quatrième année.

### 4.2.3 Variante d'application «EFAS avec intégration des soins après une période transitoire»

Dans cette variante, nous partons du principe que le financement uniforme entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2027, à savoir après l'expiration du délai référendaire. Durant la période transitoire (du 1<sup>er</sup> janvier 2027 au 31 décembre 2030), toutes les prestations ambulatoires et stationnaires, à l'exception des soins à la charge de la LAMal, sont financées de manière uniforme. Durant cette période, les assureurs-maladie continuent à verser «seulement» une contribution en faveur des soins à la charge de la LAMal. En fonction du canton, les personnes nécessitant des soins paient également une contribution. Le financement résiduel incombe aux cantons. Du 1<sup>er</sup> janvier 2027 au 31 décembre 2030, les parts cantonales sont appliquées selon les décisions du Conseil des États.

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2031, les soins à la charge de la LAMal sont également financés de manière uniforme. Selon les clés de répartition au niveau national décidées par le Conseil des États, les cantons prennent en charge 26,9 pour cent et les assureurs 73,1 pour cent des coûts totaux de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dès le 1<sup>er</sup> janvier 2031.

## 4.3 Scénarios sur la croissance des soins à la charge de la LAMal

Le 28 novembre 2021, le peuple et les cantons ont accepté l'initiative «Pour des soins infirmiers forts» (initiative sur les soins infirmiers). Santéuisse estime que la mise en œuvre de cette initiative accélérera la croissance des soins à la charge de la LAMal. Cela résulte notamment du fait que la profession d'infirmier doit être rendue plus attrayante par une augmentation des salaires et une réduction du temps de travail, ce qui implique inévitablement une augmentation des coûts par heure de soins.

## Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires: incidence sur les payeurs de primes

---

Lors de la session d'hiver 2022, le Parlement a déjà adopté le premier des deux volets de mesures visant à mettre en œuvre l'initiative. Ces mesures prévoient que le personnel soignant puisse désormais fournir certaines prestations de manière autonome, sans prescription ni mandat médical. Le Conseil fédéral fixe la date d'entrée en vigueur. Le second volet contient notamment des mesures visant à améliorer les conditions de travail du personnel soignant. Ces deux volets auront, à moyen et long terme, des répercussions considérables sur les coûts des soins.

Dans la variante d'application «EFAS avec intégration des soins après une période transitoire», les assureurs devraient participer à la croissance des coûts liés aux soins à la charge de la LAMal à hauteur de 73,1 pour cent. Afin d'illustrer les répercussions de cette mesure, santésuisse a élaboré, pour la variante d'application «EFAS avec intégration des soins après une période transitoire», un scénario de «croissance modérée des soins à la charge de la LAMal» et un scénario de «forte croissance des soins à la charge de la LAMal».

- Croissance modérée des soins à la charge de la LAMal: la croissance des soins à la charge de la LAMal par jour de soins (établissement médico-social) et par heure de soins (soins à domicile) observée historiquement dans les différents cantons s'accélère d'un point de pourcentage.
- Forte croissance des soins à la charge de la LAMal: la croissance des soins à la charge de la LAMal par jour de soins (établissement médico-social) et par heure de soins (soins à domicile) observée historiquement dans les différents cantons s'accélère de deux points de pourcentage.

### 4.4 Hypothèses sous-jacentes du modèle

Les prévisions des différentes variantes reposent sur les hypothèses suivantes:

#### 4.4.1 Prestations nettes «contributions aux soins des assureurs-maladie»

Dans le domaine des soins, les prestations nettes des assureurs-maladie comprennent une composante de prix (contribution aux soins des assureurs-maladie par jour de soins ou par heure de soins) et une composante de quantité (jours de soins ou heures de soins).

- santésuisse est partie du principe que la contribution aux soins des assureurs-maladie enregistre une croissance nulle. Cette hypothèse repose sur les dispositions de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance des soins (OPAS) prévoyant que les assureurs versent une rémunération fixe par jour ou heure de soins aux établissements médico-sociaux, aux organisations d'aide et de soins à domicile, ainsi qu'aux infirmiers.
- Les jours et les heures de soins ont été adaptés, compte tenu de la croissance observée historiquement dans les cantons.

#### 4.4.2 Soins à la charge de la LAMal

Les coûts des soins à la charge de la LAMal sont une rémunération que les assureurs et les cantons versent ensemble pour ce type de soins, composée des prestations nettes des assureurs-maladie et du financement résiduel des cantons et des communes.

Les coûts de soins à la charge de la LAMal comprennent également une composante de prix (coûts des soins à la charge de la LAMal par jour ou par heure de soins) et une composante de quantité (jours ou heures de soins).

- Pour les soins à la charge de la LAMal par jour ou heure de soins, santésuisse a présumé une accélération de la croissance en raison de l'initiative sur les soins infirmiers (cf. paragraphe 4.3).
- Les jours et les heures de soins ont été adaptés, compte tenu de la croissance observée historiquement dans les cantons.

## **Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires: incidence sur les payeurs de primes**

---

### **4.4.3 Hôpital stationnaire**

Dans le domaine hospitalier stationnaire, les assureurs-maladie financent les prestations stationnaires à hauteur de 45 pour cent au maximum et les cantons à hauteur de 55 pour cent au minimum. Les coûts hospitaliers dans le domaine stationnaire ont été adaptés, compte tenu de la croissance observée historiquement dans les cantons.

### **4.4.4 Prestations nettes «prestations restantes»**

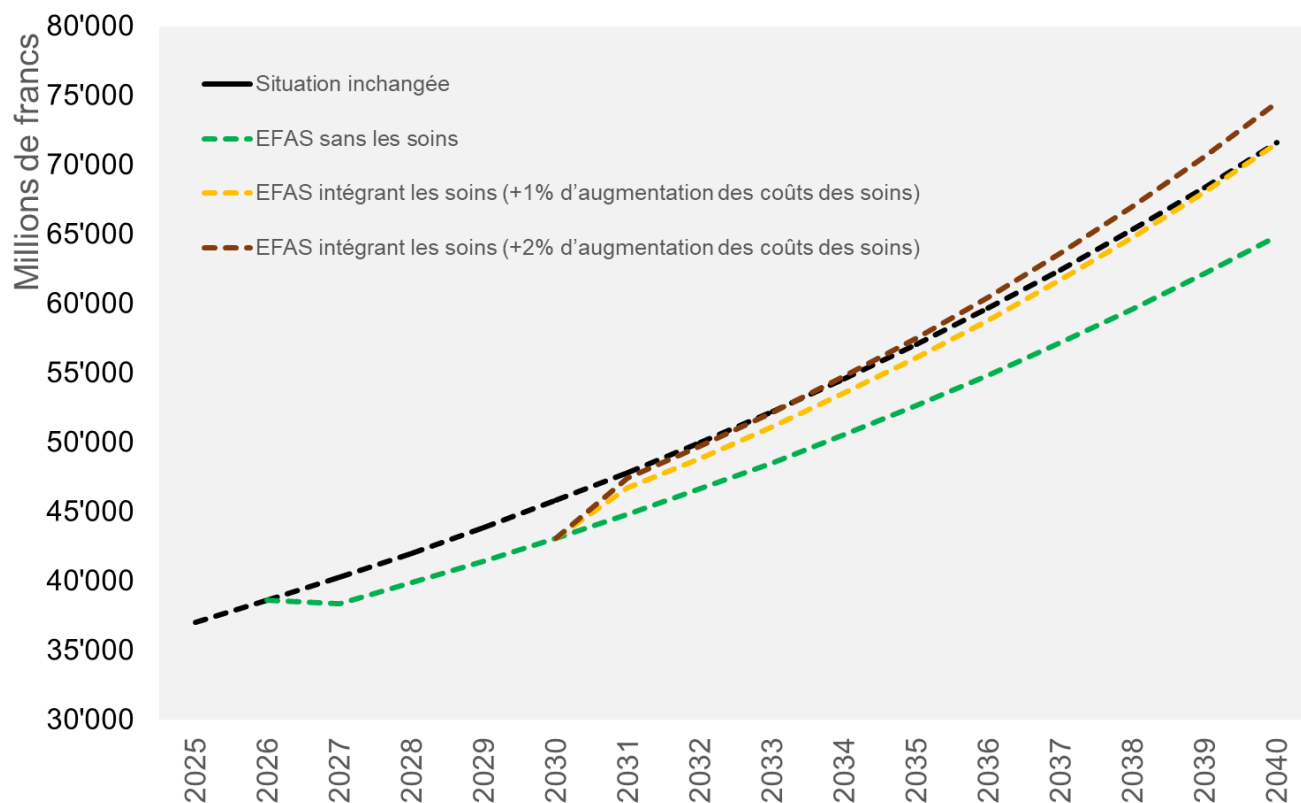
Les prestations restantes sont notamment des prestations fournies par les hôpitaux dans le secteur ambulatoire, par des médecins en cabinet privé, par des laboratoires, par des physiothérapeutes, ainsi que des frais de médicaments. Actuellement, ces prestations et frais sont encore remboursés à 100 pour cent par les assureurs-maladie. Les coûts nets de ces prestations restantes ont été adaptés, compte tenu de la croissance observée historiquement dans les cantons.



### 5. Résultats

santésuisse expose ci-après les résultats prévisionnels des différentes variantes. Pour interpréter ces résultats, il faut tenir compte du fait qu'ils sont établis sur un horizon prévisionnel à long terme impliquant des incertitudes.

Graphique n° 1: scénarios augmentations des coûts AOS liés à EFAS



Sources: OFS / Samed, OFS / statistiques de l'aide et des soins à domicile (Spitex), SASIS / pool de données. OFSP / statistiques de l'assurance obligatoire des soins. Calculs de santésuisse.

Durant la période transitoire de 2027 à 2030, les deux variantes de mise en œuvre «EFAS sans intégration des soins» et «EFAS avec intégration des soins après une période transitoire» conduisent à une réduction, à court terme, des prestations nettes, ainsi qu'à un ralentissement de la croissance annuelle.

À partir de 2031, la croissance annuelle dans la variante d'application «EFAS sans intégration des soins» est inférieure de 0,4 point de pourcentage à celle de la variante comparative «situation inchangée». Ce ralentissement de la croissance par rapport à la variante comparative «situation inchangée» représente près de 6,7 milliards de francs d'économies en 2040.

Le résultat prévisionnel de la variante d'application «EFAS avec intégration des soins après une période transitoire» dépend du scénario choisi quant à la croissance des soins à la charge de la LAMal. Les différents scénarios montrent la même dynamique concernant cette dernière, mais aboutissent concrètement à des valeurs différentes.

Au fil du temps, les prestations nettes de la variante comparative «situation inchangée» se rapprochent. Dans le scénario «croissance élevée des soins à la charge de la LAMal», la croissance des prestations nettes s'accélère à partir de 2031 avec une progression de 0,5 point de pourcentage et, à partir de 2034, les prestations nettes sont déjà plus élevées que dans la variante «situation inchangée». Dans le scénario «croissance modérée des soins à la charge de la LAMal», la croissance des prestations nettes s'accélère à partir de 2031 avec une progression de 0,3 point de pourcentage et c'est après 2040 que les prestations nettes dépassent celles de la variante «situation inchangée».

## Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires: incidence sur les payeurs de primes

---

Les prévisions de santésuisse font ressortir les éléments suivants: l'intégration des soins à la charge de la LAMal annule complètement l'effet d'allègement de l'EFAS en faveur des payeurs de primes. Dans le scénario «croissance élevée des soins à la charge de la LAMal», l'intégration des soins à la charge de la LAMal coûte aux payeurs de primes 4,9 milliards de francs en 2035 et même 9,6 milliards de francs en 2040 par comparaison avec la variante sans intégration des soins à la charge de la LAMal. L'intégration des soins à la charge de la LAMal engendre donc des coûts supplémentaires de 9,3 pour cent en 2035 et 14,9 pour cent en 2040.

Cette hausse des coûts s'explique par le fait qu'avec l'intégration des soins à la charge de la LAMal, l'évolution des prestations nettes dépend en grande partie de l'évolution des coûts des soins relevant de la LAMal, déterminés par les prix et les quantités. Si la croissance de ces coûts devait s'accélérer davantage à l'avenir (non pas en raison du vieillissement de la population, mais à cause des répercussions de l'initiative sur les soins infirmiers), les assureurs-maladie participeront au financement à un taux fixe de 73,1 pour cent.

### 6. Bilan

- Si les soins à la charge de la LAMal ne sont pas intégrés dans l'EFAS, les prestations supportées par les payeurs de primes augmenteront moins que si nous maintenons le financement actuellement en vigueur.
- Si les soins à la charge de la LAMal sont également financés de manière uniforme, l'effet d'allègement en faveur des payeurs de primes se réduit et s'inverse même à moyen et long terme: les prestations nettes des assureurs-maladie et des payeurs de primes seront plus élevées que si nous maintenons le système actuellement en vigueur.
- C'est essentiellement l'évolution des coûts des soins à la charge de la LAMal qui détermine à partir de quand l'intégration de ces soins devient plus chère pour les payeurs de primes que le maintien du financement actuellement en vigueur.

## 7. Audit de Swiss Economics



### Résumé de l'audit

Modèle de prévision pour les différents scénarios de mise en œuvre de l'EFAS et l'évolution des coûts dans l'assurance de base

Zurich, 15.05.2023

#### Mandat et démarche

Nous avons été chargés par santésuisse de réaliser un audit du modèle de prévision pour les différents scénarios de mise en œuvre de l'EFAS et l'évolution des coûts dans l'assurance de base (ci-après «modèle de prévision») et d'identifier les éventuelles lacunes susceptibles de compromettre l'intégrité des prévisions de coûts.

Pour mener ce mandat à bien, nous avons réalisé les étapes de travail suivantes:

- Evaluation des scénarios d'avenir (notamment leur pertinence)
- Evaluation technique de la modélisation (notamment vérification des formules, des références et des liens dans le modèle de prévision)
- Audit méthodique (notamment examen conceptuel de la modélisation de la croissance et des hypothèses sous-jacentes)
- Plausibilité des résultats (notamment par des comparaisons avec des études publiées par des associations, des administrations ou des instituts scientifiques)

#### Résultats

Les résultats de notre audit peuvent être résumés comme suit:

- Les scénarios d'avenir reflètent des différences manifestes et significatives dans les variantes possibles de mise en œuvre de l'EFAS.
- Le modèle de prévision ne contient pas de formules, de références ou de liens erronés.
- La modélisation de la croissance des coûts est simple et appropriée.
- La croissance des coûts déterminée est comparable à d'autres sources, comme les prévisions de l'évolution des coûts dans l'AOS réalisées par le centre de recherches conjoncturelles KOF pour le compte de l'OFSP.

Par conséquent, les évolutions de coûts prévues dans l'assurance de base pour les différents scénarios sont plausibles.

Swiss Economics SE AG

**Tobias Binz**  
Principal

**Nicolas Oderbolz**  
Economiste