

POLICY BRIEF

LA RÉFORME DU FINANCEMENT UNIFORME DES SOINS SOUS LA LOUPE



1. PRÉAMBULE

Le peuple suisse vote le 24 novembre 2024 sur une révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Cette réforme du financement uniforme est décrite comme une des réformes les plus importantes du système de santé suisse depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996. Elle est largement soutenue par les différents partis politiques, les représentants des prestataires de soins et les assureurs-maladie.

C'est sans aucun doute une réforme majeure de notre système d'assurance-maladie. Il est donc important que la population soit informée de la manière la plus transparente possible sur les enjeux de cette réforme et les arguments avancés par ses défenseurs et ses détracteurs.

Cette contribution vise à apporter de manière factuelle et analytique de la transparence dans les débats afin d'aider les citoyennes et citoyens à voter de manière éclairée.

2. LA RÉFORME EN DEUX MOTS

La réforme du financement uniforme, ou de son nom suisse-allemand « EFAS » (pour Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen), implique une modification importante des flux de financement du système de soins à charge des assureurs-maladie de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et des cantons. Cette réforme amène deux changements distincts :

- Une uniformisation des clés de répartition du financement entre assureurs et cantons dans les différents domaines de soins (ambulatoire, stationnaire, soins à domicile et établissements médicaux-sociaux (EMS))
- L'instauration d'un financement moniste des soins, impliquant que les assureurs rembourseront à eux seuls l'ensemble des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins, les cantons versant leur contribution financière directement aux assureurs.

L'objectif de cette réforme est de corriger d'un côté des incitants financiers inadéquats pouvant freiner le transfert d'activités de soins du stationnaire vers l'ambulatoire et de l'autre d'éviter que ce transfert vers l'ambulatoire ne pèse proportionnellement plus sur les primes d'assurance que sur les impôts, comme c'est le cas actuellement.

Au-delà de ces deux effets directs, d'autres arguments sont avancés dans le camp du pour et dans le camp du contre. Ces différents arguments sont basés sur des hypothèses et des conditions qui méritent d'être analysées afin de pouvoir évaluer de manière objective la réelle portée de cette réforme.

Pour mieux comprendre les enjeux, il est utile de se replonger dans la genèse de la réforme et de bien comprendre ses origines, qui prennent racine dans le cadre de l'introduction de la LAMal déjà. Si intérêt, rendez-vous en page 10 à la section [« Bref historique de la réforme du financement uniforme »](#).

3. ANALYSE DES ARGUMENTS EN FAVEUR DE LA RÉFORME DU FINANCEMENT UNIFORME

3.1. La réforme uniformise les parts de financement des soins et instaure un système de financement moniste. Qu'en est-il ?

Actuellement la part de financement à charge de l'assureur-maladie et du canton diffère selon le type de soins (ambulatoire, stationnaire, soins à domicile ou EMS) et chaque financeur, assureur-maladie ou canton, rembourse sa part due au prestataire de soins, sur la base d'un contrat ou d'une base légale.

La réforme vise à uniformiser en une seule clé de répartition la part de financement à charge de l'assureur-maladie (73.1%) et du canton (26.9%). Par ailleurs, elle prévoit que le canton verse sa contribution financière directement aux assureurs-maladie. Ces derniers seront en charge de rembourser, sur la base de conventions tarifaires, le 100% du montant des prestations de soins de leurs assurés, qu'il s'agisse de prestations ambulatoires, stationnaires, de soins à domicile ou d'EMS (système moniste).

La [figure 1](#)¹ illustre ces modifications sur les flux de financement et permet également de visualiser l'impact de la réforme sur les montants pris en compte dans le calcul de la participation aux coûts des assurés (franchise et quote-part).

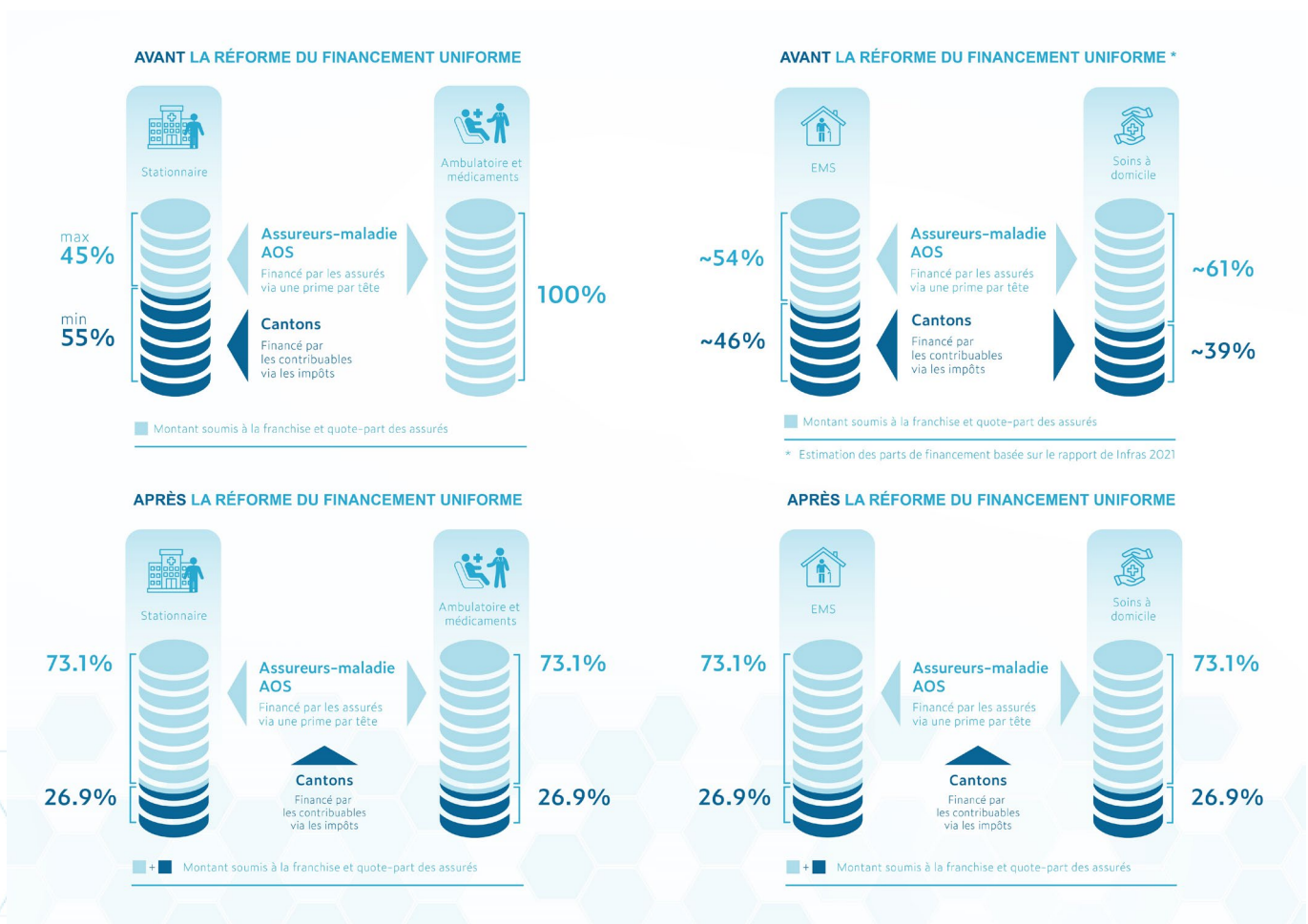


Figure 1 : Financement des prestations médicales avant et après la réforme

Le poids de la relation financière directe entre les assureurs-maladie et les prestataires de soins va donc se renforcer alors que celle reliant cantons et prestataires de soins va se réduire. Les cantons continuant toutefois de financer directement d'autres prestations, comme la formation des professionnelles et professionnels de la santé par exemple.

Pour plus d'explications sur ces flux de financement, rendez-vous en page 12 à la section [« Le financement des prestations dans l'AOS avant et après la réforme »](#).

EN BREF

Avec la réforme, les assureurs-maladie assumeront 73,1% du financement des prestations et les cantons 26,9%, quel que soit le type de soins (ambulatoire, stationnaire, soins de longue durée).

Le 100% des prestations de soins seront remboursées par les assureurs-maladie, les cantons versant leur contribution directement aux assureurs. Le poids des négociations financières entre assureurs-maladie et prestataires de soins sera donc d'autant renforcé.

La réforme permet donc bien d'uniformiser les parts de financement et instaure un système de financement moniste.

3.2. Un financement uniforme permet-il de favoriser le transfert vers l'ambulatoire ?

Le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire est un enjeu important en termes de coûts. Les interventions réalisées en ambulatoire sont en général moins chères que celles réalisées en stationnaire, car elles n'impliquent pas de coût d'hébergement et de surveillance. Mais sur quoi se base la décision de faire une prestation plutôt en stationnaire qu'en ambulatoire ?

Supposons que le financeur ait son mot à dire sur la décision de réaliser une prise en charge médicale en ambulatoire plutôt qu'en stationnaire, quels sont les incitatifs financiers à l'œuvre aujourd'hui ? Assurant 100% du coût en ambulatoire et seulement 45% en stationnaire hospitalier, l'assureur-maladie AOS a intérêt à encourager le stationnaire. Toutefois, si ce dernier assure également le patient par une couverture privée ou semi-privée, l'incitatif financier s'inverse, car pour l'assureur privé, le recours à l'ambulatoire est bien plus intéressant financièrement. Pour le canton, qui supporte 55% de la facture d'un séjour stationnaire hospitalier et qui ne paie rien dans le cas d'une intervention en ambulatoire, c'est l'inverse. Ce dernier aura clairement intérêt à encourager le transfert du stationnaire hospitalier vers l'ambulatoire du point de vue financier.

Toutefois, les financeurs ont-ils réellement une influence sur le type de prise en charge ? Ne serait-ce pas plutôt la ou le médecin ? Et si la décision est principalement prise par la ou le médecin, à quels incitatifs est-il soumis ? Il semble évident que la situation médicale et le souhait de la patiente, du patient et de ses proches sont les premiers facteurs d'influence. La disponibilité du plateau technique, que ce soit en stationnaire ou en ambulatoire, est également déterminante. Du côté des incitatifs financiers, la médecin, le médecin ou l'établissement de soins sont probablement plus influencés par le tarif de remboursement de la prestation, et donc de sa rentabilité, plutôt que de savoir d'où vient le remboursement. Et il ne faut pas oublier l'influence d'éventuels honoraires privés touchés par la ou le médecin en cas de prise en charge stationnaire d'une ou d'un patient bénéficiant d'une assurance complémentaire.

Le transfert vers l'ambulatoire est donc le résultat de nombreux facteurs dont les incitatifs financiers sont multiples et ne poussent pas tous dans la même direction.

Où en est le virage ambulatoire en Suisse ? La section « [Le virage ambulatoire en Suisse](#) », disponible en page 13, présente une analyse du transfert ambulatoire réalisé en Suisse et dans les différents cantons ainsi qu'une comparaison internationale. Cette analyse montre que si le transfert ambulatoire a déjà été bien amorcé en Suisse, le potentiel est encore probablement élevé en comparaison internationale. La réforme du financement uniforme contribuera à soutenir ce virage, mais il faut être conscients que l'évolution des structures tarifaires ou d'autres mesures comme les listes contraignantes d'interventions à réaliser en ambulatoire sont plus efficaces pour l'encourager. Il est d'autre part essentiel que ce virage soit accompagné par une adaptation de l'offre ambulatoire et notamment un renforcement de la première ligne de soins. En effet, ces transferts d'activités demandent une plus grande disponibilité de la médecine de ville et des autres services ambulatoires, car ces derniers sont appelés à prendre plus rapidement le relais. C'est donc toute une chaîne de prise en charge qui doit s'organiser pour permettre et soutenir le transfert vers l'ambulatoire.

EN BREF

Les interventions chirurgicales réalisées en ambulatoire coûtent en général moins cher qu'en stationnaire. Aujourd'hui, différents incitatifs financiers freinent le recours à l'ambulatoire, comme les tarifs, les compléments de tarifs liés à la présence d'assurance complémentaire privée ou le montant à charge du financeur.

Par l'uniformisation des parts à charge des différents financeurs, la réforme permet de corriger ce dernier élément, l'assureur-maladie n'ayant plus intérêt à favoriser le recours au stationnaire plutôt qu'à l'ambulatoire. Elle n'agit par contre pas sur les deux autres incitatifs mentionnés ci-dessus.

La réforme corrige un incitatif financier actuellement inadéquat, mais n'aura probablement qu'un effet modéré sachant que le choix du type de recours dépend avant tout d'une décision médicale, elle-même soumise à d'autres incitatifs financiers qui ne sont pas touchés par la réforme.

3.3. Le financement uniforme permet-il de favoriser la coordination des soins ?

Dans les arguments présentés, la réforme promet 440 millions de francs d'économie par an, dont CHF 309 millions seraient liés à une meilleure coordination des soins. Sous quelles hypothèses le financement uniforme et la mise en place d'un système moniste peuvent-ils influencer la coordination des soins ?

L'hypothèse sous-jacente part du principe que la coordination des soins est avant tout l'affaire des assureurs-maladie à travers l'offre de modèles alternatifs d'assurance. Sous cette hypothèse, le financement uniforme permettrait aux assureurs de reporter pleinement l'économie provenant d'un recours moindre au stationnaire sur le rabais de prime des modèles alternatifs, ce qui devrait inciter plus d'assurés à choisir ces modèles de soins contraignants. Toutefois la coordination des soins est avant tout réalisée par les prestataires de soins sur le terrain. Elle implique une culture d'interprofessionnalité, la construction d'un réseau de personnes et d'institutions qui travaillent dans la confiance et qui ont un intérêt au résultat de la prise en charge plutôt qu'au nombre d'actes qu'elles ou qu'ils ont chacune et chacun réalisé.

Si dans une région, les prestataires de soins s'organisent en réseau, se coordonnent mieux et que cela résulte en une baisse des hospitalisations, les bénéfices seront favorables pour toute leur patientèle, quel que soit leurs modèles d'assurance et leurs assureurs. On peut ainsi s'attendre à ce que la différence de prime entre modèle standard et modèle alternatif s'amodrisse, sachant que la loi impose que la différence de prime dans le cas d'une assurance impliquant un choix limité de fournisseurs de prestations soit uniquement le reflet « *des différences de coûts qui résultent du choix limité des fournisseurs de prestations et ainsi que du mode et du niveau particuliers de la rémunération des fournisseurs de prestations* » (tiré de l'art. 101, al.2, OAMal).

La question est donc de savoir si la quarantaine d'assureurs-maladie mis en concurrence par le système à travers leur offre de produits d'assurance et œuvrant chacun au bénéfice de leur collectif d'assurés répartis dans toute la Suisse sont en capacité de contribuer activement et significativement à l'essor de ces réseaux de prise en charge coordonnée, organisés de manière régionale. Et si tel est le cas, il s'agirait de s'assurer que les prestataires de soins modifient bien leurs pratiques en fonction de l'assureur et du modèle d'assurance de leur patiente et patient pour que ces modèles puissent in fine se distinguer des autres grâce à une prime attractive.

EN BREF

Actuellement, si une meilleure coordination des soins permet de réaliser des économies dans le domaine stationnaire, seuls 45% de la part d'économie réalisée peut être reportée sur la prime d'assurance-maladie puisque 55% des coûts du stationnaire sont assumés par les cantons.

Avec la réforme, la part d'économie réalisée par les assureurs-maladie augmentera à 73,1%, ce qui pourrait encourager les assureurs-maladie à stimuler la coordination des soins. Pour ce faire, il est attendu que les assureurs développent leur offre de modèles alternatifs d'assurance impliquant des prises en charge contraignantes pour les assurées et les assurés.

La réforme corrige un incitatif financier actuellement inadéquat qui limite la possibilité d'octroi de rabais de prime pour des modèles d'assurance alternatifs contraignants en cas d'économies réalisées dans le domaine stationnaire hospitalier. Toutefois la portée de ce changement est limitée par les autres obstacles actuels à une meilleure coordination des soins, la volonté des prestataires de soins de s'organiser en réseaux de soins à travers des modèles alternatifs d'assurance et par la proportion d'assurés à accepter des conditions contraignantes en termes de recours aux soins.

3.4. La réforme permet-elle d'alléger la charge pesant sur les primes d'assurance-maladie ?

La réforme promet un allègement de la charge pesant sur les primes d'assurance-maladie, mais les référendaires ainsi que santésuisse craignent eux une augmentation. Qu'en est-il ? Pour répondre à cette question, il est important de distinguer deux temporalités différentes : l'impact direct lors de l'entrée en vigueur de la réforme et l'impact de la réforme sur l'évolution future des coûts à charge des assureurs et des cantons.

Concernant l'effet à l'entrée en vigueur de la réforme, le projet prévoit la neutralité financière, c'est-à-dire que les montants totaux financés d'un côté par l'ensemble des assureurs-maladie et de l'autre par l'ensemble des cantons doivent rester les mêmes au moment de la bascule de financement. Il a été ainsi calculé, sur la base de la moyenne des coûts entre 2016 et 2019, que la répartition du financement en 73.1% pour les assureurs et 26.9% pour les cantons permettait cette neutralité. Si la bascule avait été réalisée durant ces années-là, il n'y aurait donc eu ni allègement des primes ni augmentation des primes, pour l'assuré « moyen » suisse. Il faut toutefois être conscient que la situation diffère pour chaque canton et donc pour chaque assuré. Certains cantons auraient vu les primes augmenter et les impôts baisser, d'autres l'inverse. L'OFSP a calculé ces effets par canton, ils sont présentés en page 18 à la section [« Impact de la réforme sur les primes et les impôts »](#).

Toutefois, si la réforme aboutit, la bascule ne se réalisera qu'à partir de 2028. À ce moment-là, la répartition des parts à charge des assureurs et des cantons aura évolué depuis la période 2016-2019 et le pourcentage imposé par la réforme de 73.1%/26.9% ne permettra plus une exacte neutralité financière. Comme le recours à plus d'ambulatoire tend à alourdir la part financée par les primes d'assurance et à décharger la part financée par les cantons via les impôts, la part à charge des assureurs a tendance à augmenter dans le temps. Ainsi l'OFSP prédit qu'appliquée en 2028, la réforme occasionnera un transfert net des assurées et assurés vers les contribuables. L'OFSP a présenté un graphique simulant cette évolution dans une note d'information intitulée « Évolution du financement par l'impôt et par les primes »² datée du 8 octobre 2024, basée sur des hypothèses d'évolution de coûts analogues à celles de l'étude d'Infras (2021). Si on s'en tient à ces chiffres, on peut estimer que la bascule de financement en faveur des assurées et assurés provoquée par la réforme sera de l'ordre d'un milliard et demi³, à condition bien sûr que les primes soient parfaitement adaptées par les différents assureurs-maladie. Quant aux augmentations d'impôt qui devraient en résulter, il est difficile de prédire ce qui se passera dans chaque canton. Il ne s'agit donc pas de baisse de coûts de la santé, mais bien d'un transfert de la charge pesant sur les primes d'assurance-maladie vers les impôts.

Concernant l'impact de la réforme sur l'évolution future des coûts à charge des payeuses et payeurs de primes, la réforme permet d'éviter que le transfert du stationnaire hospitalier vers l'ambulatoire ne charge proportionnellement plus les primes que les impôts, comme c'est le cas actuellement. Toutefois, le secteur des soins de longue durée connaît une évolution exactement inverse, la part de financement à charge des cantons augmentant plus vite que la part à charge des assureurs-maladie. Au final, l'impact de la réforme sur l'évolution des coûts de la santé à charge des assurées et des assurés dépend principalement de trois éléments : la rapidité du transfert sur l'ambulatoire, l'importance du différentiel de coût de prise en charge entre stationnaire hospitalier et ambulatoire ainsi que de l'évolution des coûts des soins de longue durée. Selon les hypothèses retenues de l'évolution du coût des soins de longue durée, la réforme pourrait mener à une augmentation de la charge des personnes payant les primes. C'est du moins un constat fait par santésuisse en mai 2023⁴ : « *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.* » À noter que le deuxième scénario étudié par santésuisse impliquant une croissance modérée des coûts de soins de longue durée montre que la charge des payeuses et payeurs de primes est allégée à l'introduction de la réforme, mais dépasse la charge qui prévaudrait sans réforme dès 2040.

EN BREF

La réforme implique une neutralité financière, c'est-à-dire que le montant total à charge des assureurs-maladie et des cantons ne doit pas être modifié par l'entrée en vigueur de la réforme. Il n'y a donc pas de bascule de financement directe prévue par la réforme visant à décharger les primes d'assurance par une augmentation de la part à charge des impôts.

L'uniformisation du financement permet toutefois d'éviter que les potentielles économies réalisées par le transfert du stationnaire hospitalier vers l'ambulatoire ne bénéficient principalement qu'aux cantons et ne puissent pas être reportées sur les primes d'assurance maladie. Toutefois, l'introduction des soins de longue durée à la réforme perturbe cet allègement souhaité de la croissance des primes d'assurance.

En effet, la forte croissance attendue des coûts de soins de longue durée, due notamment au vieillissement de la population, pèsera plus lourdement avec la réforme sur les primes d'assurance maladie que sur les cantons comparativement à la situation actuelle.

L'introduction des soins de longue durée dans le périmètre de la réforme mitige l'impact d'allègement des primes d'assurance-maladie et pourrait même, selon l'évolution de la croissance de ces coûts, provoquer l'effet inverse à terme.

3.5. Des économies seront-elles réalisées grâce à la réforme ?

Selon le site de la Confédération,⁵ il est précisé que « *Le potentiel d'économies de la réforme ne peut être estimé avec précision. Une étude mandatée par l'OFSP estime qu'il pourrait atteindre environ 440 millions de francs par an. L'ampleur et la rapidité de sa réalisation dépendent du comportement des acteurs, c'est pourquoi elle ne peut être estimée que de manière approximative* ».

Le communiqué de presse du 8 octobre 2024⁶ de l'association « Avenir Santé Publique » en charge de la campagne de soutien à la réforme est plus affirmatif : « *À terme, le renforcement de l'ambulatoire et des soins à domicile recèle un potentiel global d'économies de plusieurs milliards. Dans tous les cas, cette réforme permet déjà dans un premier temps d'économiser 440 millions par an, juste grâce à une meilleure coordination des soins qui favorisera directement le transfert de certains traitements vers l'ambulatoire* ».

Les 440 millions de francs d'économies potentielles cités dans le cadre de la réforme du financement uniforme sont le résultat de l'étude menée par Polynomics en 2022⁷, sur mandat de l'OFSP. Elle se base sur un modèle d'impact et évalue deux scénarios, l'un optimiste et l'autre pessimiste. L'étude conclut que principalement trois impacts indirects de la réforme sont susceptibles de provoquer des économies dans notre système de santé :

1. Le développement de modèle de soins coordonnés, avec une fourchette allant de 0 à 309 millions de francs d'économie par année ;
2. Le développement de structures tarifaires innovantes, avec une fourchette allant de 0 à 3,3 millions de francs d'économie par année ;
3. La réduction d'inefficacité dans la production des soins de longue durée avec une fourchette allant de 0 à 126 millions de francs.

Au total, le potentiel d'économies estimé varie donc entre CHF 0 (scénario pessimiste) et CHF 438,3 millions (scénario optimiste). Le rapport insiste par ailleurs sur le fait que « *Le potentiel d'économies de l'EFAS résulte exclusivement d'effets indirects* » et que « *Les économies ne peuvent pas être réalisées immédiatement. Comme elles reposent principalement sur des changements de comportements des acteurs, elles n'apparaîtront qu'après un certain temps* ».

Si on se réfère à la source citée pour justifier ces potentielles économies, dire que la réforme permettra « *dans un premier temps* » d'économiser CHF 440 millions par an implique donc d'être particulièrement optimiste et d'accepter que la durée du « *premier temps* » puisse bien s'étendre sur plusieurs années. Comme le précisent les auteurs de l'étude, la réforme ne va pas provoquer ces économies de manière directe, mais dépendra de l'adaptation des comportements des acteurs qui dépendent d'autres facteurs que la seule bascule due à la réforme du financement uniforme.

EN BREF

La Confédération avance un potentiel d'économie de 440 millions de francs par la réforme du financement uniforme. Ces économies venant d'une meilleure coordination des soins (CHF 309 millions), de la mise en place de tarifs innovants (CHF 3,3 millions) et d'une réduction des inefficiences dans la production de soins de longue durée (CHF 126 millions).

Il est nécessaire de préciser que le rapport mandaté par l'OFSP calcule des fourchettes d'économies et que globalement cette dernière se situe entre 0 et 440 millions de francs d'économies potentielles. Ce rapport précise également que le potentiel d'économies de la réforme résulte exclusivement d'effets indirects et repose principalement sur des changements de comportements des acteurs. Ces potentielles économies ne pourront donc pas se réaliser immédiatement.

Le rapport mandaté par l'OFSP conclut à un potentiel d'économies allant de 0 à 440 millions de francs d'économie. Une grande incertitude existe sur l'impact réel que peut avoir cette réforme sur l'évolution des coûts de la santé.

3.6. Le financement des soins en EMS et à domicile sera-t-il plus fiable ?

La réforme n'impacte pas en soi directement les structures tarifaires. Toutefois, par ricochet, la réforme EFAS implique la mise en place de structures tarifaires au niveau national pour les soins à domicile et les EMS. Le financement des soins de longue durée va donc suivre la voie du financement hospitalier, entré en vigueur en 2009. Avec la réforme, d'ici à 2032, les statistiques de coûts et les comptabilités analytiques vont être uniformisées afin de servir de base à la construction de tarifs nationaux qui seront négociés pour les soins à domicile et pour les EMS entre assureurs-maladie, cantons et prestataires de soins.

Les négociations des moyens financiers alloués au secteur des soins de longue durée, actuellement en main de chaque canton, vont donc se déplacer sur les groupes tarifaires des assureurs-maladie, comme c'est actuellement le cas pour les tarifs ambulatoires et stationnaires hospitaliers. Le canton restant responsable de l'approbation des tarifs négociés au niveau cantonal.

L'OFSP⁸ estime que cette évolution permettra de rendre le financement plus fiable sachant qu'aujourd'hui, selon elle, le financement résiduel accordé par les cantons est parfois insuffisant. Il semble donc attendu que la mise en place d'un tarif national pour les EMS permet à terme de mieux couvrir les coûts et donc d'augmenter les moyens mis à leur disposition. Cet argument semble toutefois contradictoire avec celui d'un gain d'efficacité réalisable sur le secteur des soins de longue durée de CHF 126 millions, selon le scénario optimiste du rapport de Polyomics et qui fait partie intégrante des CHF 440 millions d'économies utilisées pour défendre la réforme du financement uniforme.

Les référendaires, eux, pensent que le manque de financement du secteur des soins ne sera pas résolu par la réforme du financement uniforme. Au contraire, ils alertent sur la pression qui sera mise par les assureurs-maladie sur ce secteur dans une optique de maîtrise des coûts et qui pèsera en premier lieu sur son personnel. Comme selon eux, le financement des cantons va être réduit dans le secteur des soins, ils dénoncent le risque de ne plus pouvoir compter sur les pouvoirs publics pour financer les institutions de service public⁹. La plausibilité de cette alerte est donc directement liée à l'hypothèse que les économies promises seront réalisées dans le domaine des soins et que celles-ci se feront au détriment du personnel de soins.

EN BREF

La réforme du financement uniforme implique la mise en œuvre de structures tarifaires nationales pour les soins de longue durée (soins à domicile et établissements médicaux-sociaux). Les tarifs seront négociés entre les assureurs et les prestataires de soins pour chaque canton, à l'instar du financement hospitalier.

Actuellement, ce secteur connaît un tarif uniforme national pour les assureurs-maladie mais chaque canton décide de sa propre contribution à travers son financement résiduel.

L'OFSP estime que cette uniformisation des structures tarifaires rendra le financement des soins plus fiable et permettra une meilleure couverture des coûts. Pourtant un montant de CHF 126 millions d'économies potentielles est attendu dans le même temps à travers l'introduction de structures tarifaires nationales qui devraient permettre la réduction d'inefficiences présentes dans ce secteur.

L'impact de la réforme sur les modes de financement des soins de longue durée ne peut être prédit, car il dépend des structures tarifaires qui seront mises en place par les acteurs et le résultat des négociations tarifaires. La réforme aura toutefois des impacts importants sur le financement des soins de longue durée.

4. CONCLUSION

Si les objectifs directs de la réforme du financement uniforme sont sans équivoque, consistant à uniformiser la clé de répartition du financement entre assureurs-maladie et cantons et à donner l'entière responsabilité du remboursement des prestations de soins de l'AOS aux assureurs-maladie, les impacts de cette réforme sont eux plus difficiles à appréhender et à prédire.

Comme ces impacts ne sont pas directement liés aux modifications prévues par la réforme, leur évaluation dépend des hypothèses retenues et leur portée dépend des autres conditions et incitatifs prévalant au sein du système de soins.

Il est donc difficile d'avancer que cette réforme aura réellement des impacts majeurs sur notre système de soins et son évolution.

5. SECTIONS SUPPLÉMENTAIRES

5.1. Bref historique de la réforme EFAS

L'introduction de la LAMal en 1996 visait principalement deux objectifs : le renforcement d'une triple solidarité (entre jeunes et âgés, malades et bien portants, riches et pauvres) ainsi que la maîtrise des coûts par la mise en concurrence des assureurs-maladie. Si l'entrée en vigueur de la LAMal a très clairement permis un renforcement de la solidarité dans le domaine de l'assurance-maladie, les effets relatifs à la maîtrise des coûts ont été largement remis en question à peine quelques années plus tard. La volonté de réformer la LAMal était de ce fait déjà à cette époque largement présente et une première révision partielle de la LAMal est entrée en vigueur le 24 mars 2000, traitant principalement du mécanisme de subsides de primes. La deuxième révision partielle de la LAMal, plus ambitieuse avec notamment une réforme du financement hospitalier, a échoué devant le Parlement en 2003 et a poussé le Conseil Fédéral à scinder les paquets de réformes en se concentrant sur celles ayant le plus de chance d'obtenir un consensus politique.

À la même époque, les débats autour du financement moniste étaient déjà bien présents, mais ils se sont heurtés à la difficulté d'atteindre une majorité, comme l'atteste cet extrait du message du Conseil Fédéral datant du 18 septembre 2000¹⁰ :

« Il s'agit en particulier de ne pas proposer un système de financement moniste – autrement dit un système dans lequel la totalité des ressources provient des assureurs qui les versent aux fournisseurs de prestations. Les conditions-cadres ainsi que le consensus politique nécessaire pour le passage à un système moniste faisant défaut, le Conseil fédéral estime qu'un système de rémunération basé sur une unique source de financement n'est réalisable qu'à long terme ».

La réforme du financement hospitalier, incluse dans le deuxième paquet de réformes ayant échoué en 2003, est rapidement reprise par le Parlement et entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2009. Malgré les discussions préalables concernant l'introduction d'un système de financement moniste, cette réforme instaure une nouvelle réglementation du financement dual en vigueur (Art. 49a LAMal).

En septembre 2009, la parlementaire Ruth Humbel dépose donc l'initiative parlementaire « Financement moniste des prestations de soins »¹¹ avec le soutien des partis centre-droite. Cette initiative demande l'introduction d'un système de financement moniste et le respect des trois points suivants (tirés du texte de l'initiative) dans le but de permettre aux cantons de garder le contrôle des financements publics :

1. Les moyens publics seront consacrés à la formation et au perfectionnement du personnel médical, à la compensation des risques, aux prestations de santé publique et d'intérêt général, de même qu'à la réduction des primes d'assurance-maladie ;
2. La part du financement public des prestations couvertes par l'assurance de base sera fixée et adaptée au renchérissement des prestations de santé ;
3. Toutes les prestations hospitalières ou ambulatoires inscrites dans la LAMal seront financées par les assureurs-maladie.

La [figure 2](#) montre l'évolution et les étapes importantes de la réforme, de son dépôt à sa mise en œuvre.

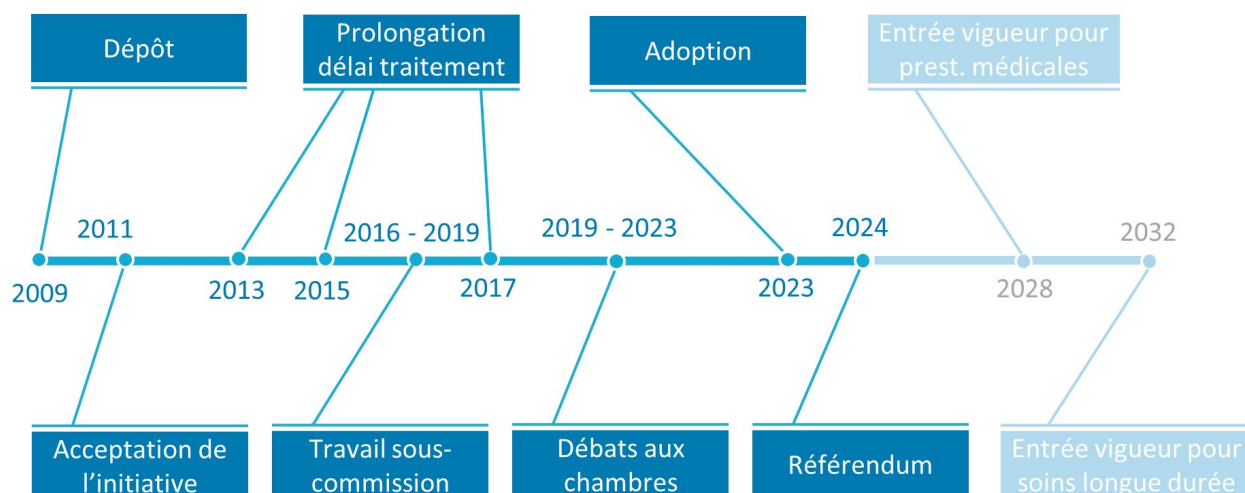


Figure 2 : Du dépôt de l'initiative à sa mise en œuvre

La Commission de la Sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a donné suite à l'initiative le 18 février 2011, suivie par la Commission de la Sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des états (CSSS-E) le 15 novembre 2011. Entre 2011 et 2017, le délai de traitement de l'initiative a été prolongé trois fois par le Conseil national, reports principalement dus à la priorisation d'autres dossiers politiques et dans l'attente du rapport d'évaluation suite à l'introduction du nouveau financement hospitalier mis en œuvre dès 2012. Durant ce temps, une sous-commission « financement moniste » du CSSS-N a été créée afin de préparer un premier avant-projet, approuvé par la CSSS-N le 19 avril 2018 avant d'être mis en consultation.

Le 24 janvier 2019, la CSSS-N a décidé de déposer le postulat « Soins et financement uniforme de prestations stationnaires et ambulatoires »¹², lequel charge le Conseil Fédéral d'examiner, avec les partenaires, si les soins de longue durée devaient être inclus dans le périmètre de la réforme. Entre 2019 et 2022, de nombreuses délibérations ont lieu au sein des commissions et des chambres et plusieurs rapports complémentaires ont été demandés à l'administration fédérale. La réforme sera débattue à plusieurs reprises à la suite de désaccords entre les deux chambres, avant d'être adoptée le 22 décembre 2023.

5.2. Le financement des prestations de l'AOS avant et après la réforme

La réforme EFAS vise à agir directement sur les flux de financement de deux manières : en uniformisant les parts de financement à charge des assureurs-maladie et des cantons et en instaurant un système de financement moniste. La [figure 1](#) en page 3 illustre ces modifications sur les flux de financement et permet également de visualiser un effet collatéral de cette réforme sur le montant pris en compte dans le calcul de la participation aux coûts des assurés.

Financement des prestations médicales ambulatoires et stationnaires

Actuellement les prestations médicales stationnaires sont financées sur la base de forfaits à charge des cantons à hauteur de 55% au minimum et des assureurs-maladie à hauteur de 45% au maximum. Les hôpitaux et cliniques facturent la part à charge des assureurs directement à ces derniers et reçoivent sous forme de subvention le montant dû par le canton. Seule la partie à charge de l'assureur est soumise à la participation financière des assurés (franchise et quote-part).

Le remboursement des prestations médicales ambulatoires se base lui sur la structure tarifaire TARMED qui est un financement à l'acte, c'est-à-dire que chaque acte médical est rémunéré séparément. Il est aujourd'hui assuré à 100% par les assureurs-maladie, tout comme les médicaments dispensés en ambulatoire. Les cantons n'interviennent donc pas directement dans le financement des prestations ambulatoires. En conséquence, la participation aux coûts de l'assuré est calculée sur le montant total du coût de prise en charge ambulatoire.

Avec la réforme du financement uniforme, les assureurs-maladie financeront au maximum 73,1% du coût des prestations médicales stationnaires et ambulatoires et les cantons au minimum 26,9%.

Financement des prestations de soins de longue durée

Actuellement le financement des prestations de soins de longue durée est divisé en trois parts :

- Le montant financé par l'assureur-maladie qui est fixé au niveau de la loi fédérale (art. 7a, al.3 OPAS) et qui est donc uniforme au niveau suisse. Ce montant est soumis au calcul de la participation aux coûts de l'assuré (franchise et quote-part) ;
- La contribution journalière, payée par la patiente ou le patient et qui ne peut excéder 20% du montant financé par l'assureur-maladie (art. 25a, al. 5 LAMal), sous réserve de la décision du canton de la prendre en charge à sa place ;
- Le montant financé par le canton qui est appelé « financement résiduel » et qui doit assurer la couverture des coûts des soins, déduction faite de la contribution de l'assureur-maladie et de la patiente ou du patient si ces derniers sont soumis au paiement d'une contribution journalière.

Actuellement, les soins dispensés dans le cadre d'un EMS sont financés à l'aide d'un forfait déterminé par classe de risque, cette dernière étant définie sur la base d'un outil d'évaluation clinique qui peut varier entre les cantons. L'EMS touche donc un montant forfaitaire par jour pour les soins dispensés qui dépend de la classe de risque de la résidente ou du résident. Ce montant forfaitaire étant l'addition des trois parts décrites ci-dessus, il dépend du montant du financement résiduel et peut donc varier entre les cantons.

Le financement actuel des prestations de soins dispensées à domicile par une ou un infirmier ou une organisation de soins à domicile est basé sur le temps de soins, que ce soit le temps effectif ou le temps requis pour une prestation particulière. De la même manière que pour le financement des soins en EMS, le montant total touché par heure de soins résulte de l'addition des trois parts décrites ci-dessus et peut donc varier entre les cantons.

Comme le financement résiduel varie entre les cantons, que ce soit pour le financement des soins en EMS ou à domicile, la répartition du financement des soins de longue durée entre assureurs-maladie et canton n'est pas homogène en Suisse.

Avec la réforme du financement uniforme, les assureurs-maladie financeront au maximum 73,1% du coût des prestations de soins et les cantons au minimum 26,9%, et ce de manière uniforme en Suisse. Cela implique donc la mise en œuvre d'une structure tarifaire uniforme en Suisse pour les soins de longue durée et la négociation d'un tarif cantonal entre les assureurs et les prestataires, comme c'est le cas pour les prestations médicales ambulatoires et stationnaires.

Comme on peut le voir sur la [figure 1](#) en page 3, la réforme impacte les montants pris en compte dans le calcul de la participation des coûts des assurés. Par l'introduction d'un financement moniste, la réforme intègre l'ensemble des montants de financement au calcul de la participation des coûts des assurés alors qu'actuellement, les montants à charge du canton n'y sont pas intégrés.

Il est ici important de rappeler que la participation maximale d'un assuré, inscrite dans la loi (Art. 64 al.2 LAMal et art. 93 et 103 OAMal), n'est pas impactée, il s'agira toujours du montant de la franchise et d'un maximum de CHF 700 par assuré adulte. La contribution maximale annuelle ne changeant pas, seuls les patientes et les patients n'ayant pas atteint ce plafond et ayant bénéficié de soins hospitaliers, de soins à domicile ou en EMS seront touchés par une augmentation de leur participation aux coûts.

5.3. Le virage ambulatoire en Suisse

Historiquement, toutes les interventions chirurgicales étaient effectuées en stationnaire. Cependant, grâce aux avancées technologiques, la prise en charge d'un nombre croissant d'interventions chirurgicales en ambulatoire est désormais possible. Le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, connu sous le nom de « virage ambulatoire », est souhaitable pour plusieurs raisons :

- Plus confortable pour les patientes et les patients qui peuvent rentrer chez eux le jour de l'opération et moins de risque lié au séjour hospitalier ;
- Optimisation de l'utilisation des lits et du plateau technique des hôpitaux ;
- Plus économique en termes de coûts à charge de la collectivité, puisqu'une intervention en ambulatoire évite de faire porter à l'assurance-maladie les coûts d'hébergement élevés d'un séjour hospitalier.

L'évolution du virage ambulatoire en Suisse

Le virage ambulatoire s'est opéré en Suisse sur les dernières années de façon hétérogène entre les cantons. Le canton de Lucerne a été le premier à forcer le virage ambulatoire en établissant, depuis 2017, une liste d'interventions chirurgicales électives à réaliser en priorité en ambulatoire. Huit autres cantons ont suivi le pas à partir de 2018.

L'encouragement au virage ambulatoire a été ensuite inscrit au niveau fédéral avec l'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2019 d'une modification de l'OPAS (art 3c et annexe 1a) conditionnant le financement de l'AOS à une prise en charge ambulatoire de six groupes d'interventions chirurgicales, des exceptions pouvant toutefois être justifiées.

Ces interventions sont suivies par l'OBSAN depuis 2015 dans le cadre d'un monitoring national et concerne des opérations des veines variqueuses des membres inférieurs, des interventions pour hémorroïdes, des opérations unilatérales des hernies, certains examens/interventions au niveau du col utérin ou de l'utérus, les arthroscopies du genou et les opérations sur des amygdales et des végétations adénoïdes.

La [figure 3](#) montre l'évolution de la part des interventions prises en charge en ambulatoire pour les six groupes d'interventions monitorés par l'OBSAN. La ligne indique la moyenne de la part des interventions prises en charge en ambulatoire pour les six groupes d'interventions et la zone colorée indique l'écart à la moyenne. Nous observons globalement une augmentation de la part des interventions en ambulatoire qui est particulièrement marquée entre 2017 et 2019, période qui coïncide avec la mise en place des listes d'interventions contraignantes dans l'OPAS. La situation s'est stabilisée entre 2020 et 2022, avec une part des interventions en ambulatoire se situant au-dessus de 75%.

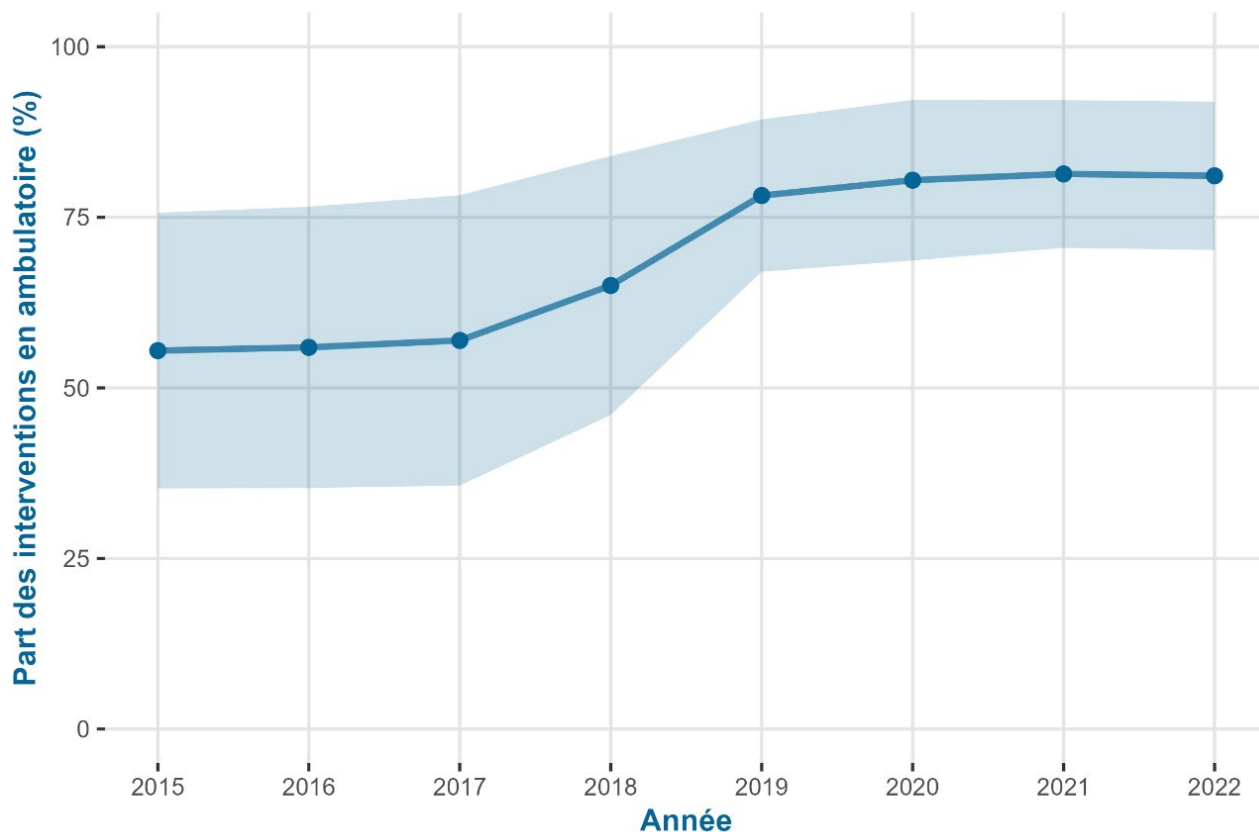


Figure 3 : Évolution de la part totale des interventions effectuées en ambulatoire en Suisse, sur la base des six groupes d'interventions inscrits dans l'OPAS. Source : OBSAN, indicateurs AvS, <https://ind.obsan.admin.ch/fr/avos>

Suite à l'évolution de listes cantonales, la liste d'interventions de l'OPAS a été adaptée au le 1^{er} janvier 2023 et ce sont actuellement dix-huit groupes d'interventions chirurgicales électives qui sont concernées au niveau national. Le prochain rapport de l'OBSAN concernant le monitoring de 2023 et incluant ces nouvelles interventions devrait sortir début 2025.

Variations cantonales dans le virage ambulatoire

La [figure 4](#) compare la part de ces six groupes d'interventions effectuées en ambulatoire entre 2015 et 2022 par cantons. L'augmentation de la prise en charge ambulatoire entre 2015 et 2022 est nette pour tous les cantons (sauf le Jura), cependant nous observons d'importantes disparités entre cantons. Certains cantons, par exemple Vaud, Valais ou Obwald, avaient déjà un taux élevé de prise en charge ambulatoire, autour de 75% en 2015, pour les indicateurs mesurés. Un deuxième groupe de cantons, dont Uri, Fribourg et Neuchâtel, se situait à un niveau intermédiaire, entre 50% et 75% des interventions effectuées en ambulatoire. Enfin, un troisième groupe de cantons, dont le Tessin, Saint-Gall et Berne, avait quant à eux moins de 50% d'interventions en ambulatoire pour les indicateurs mesurés. L'évolution sur sept ans a été importante et a fortement diminué les différences entre les cantons. En 2022, tous les cantons avaient une part de prise en charge ambulatoire de plus de 75% pour les indicateurs mesurés.

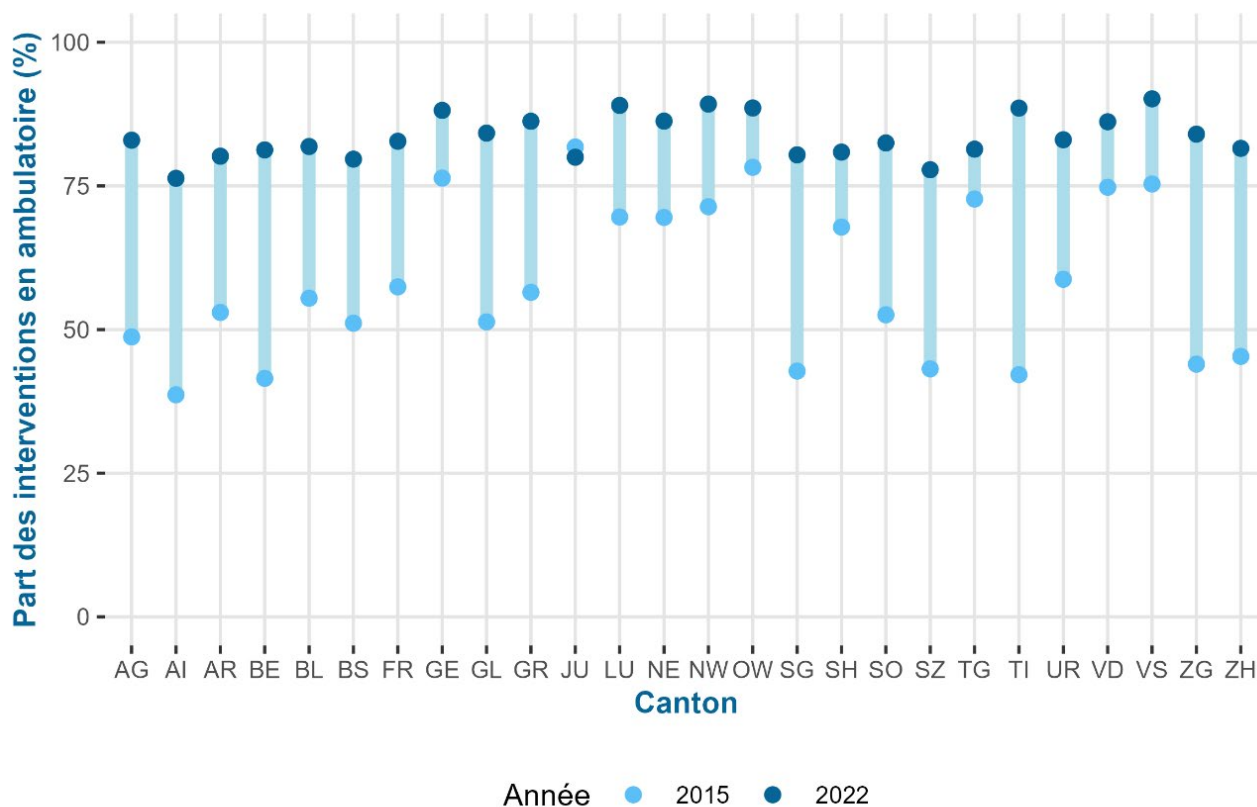


Figure 4 : Comparaison par canton de la part du total des interventions effectuées en ambulatoire. Indicateurs AvS entre 2015 et 2022.
Source : OBSAN, indicateurs AvS, <https://ind.obsan.admin.ch/fr/avos>

Le virage ambulatoire ne s'est pas effectué de la même façon selon les cantons. Ce box en présente quelques exemples. Les [figures 5](#) et [figures 6](#) illustrent l'évolution de la part des interventions effectuées en ambulatoire pour les indicateurs AvS dans cinq cantons. La ligne verticale en pointillé indique l'année à partir de laquelle une liste obligatoire a été introduite dans le canton. Trois constats peuvent être tirés de ces figures :

- La part des interventions effectuées en ambulatoire varie entre les cantons ;
- Le type d'intervention a aussi son importance, certaines étant effectuées plus souvent en ambulatoire (ex. col utérin, hémorroïdes) que d'autres (ex. hernie inguinale, arthroscopie du genou) ;
- Un effet de rattrapage est observé au moment de la mise en place d'une liste obligatoire. Notamment pour certaines procédures dont une part importante était encore effectuée en stationnaire auparavant. Ce constat, particulièrement marqué par exemple pour les hernies inguinales, est observable pour les différents cantons présentés dans les [figures 5](#) et [figures 6](#).

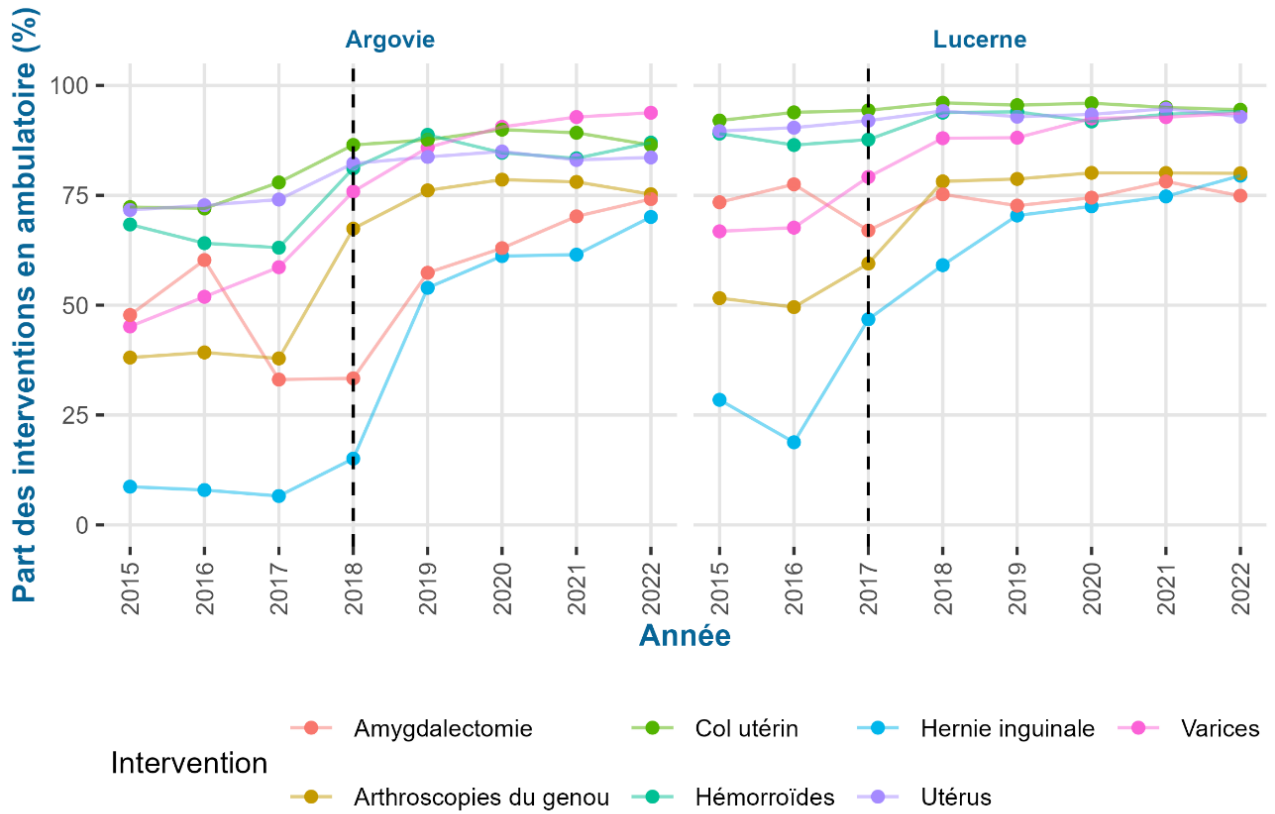


Figure 5 : Évolution de la part des interventions effectuées en ambulatoire pour les cantons d'Argovie et de Lucerne, sur la base des indicateurs AvS. Source : OBSAN, indicateurs AvS, <https://ind.obsan.admin.ch/fr/avos>

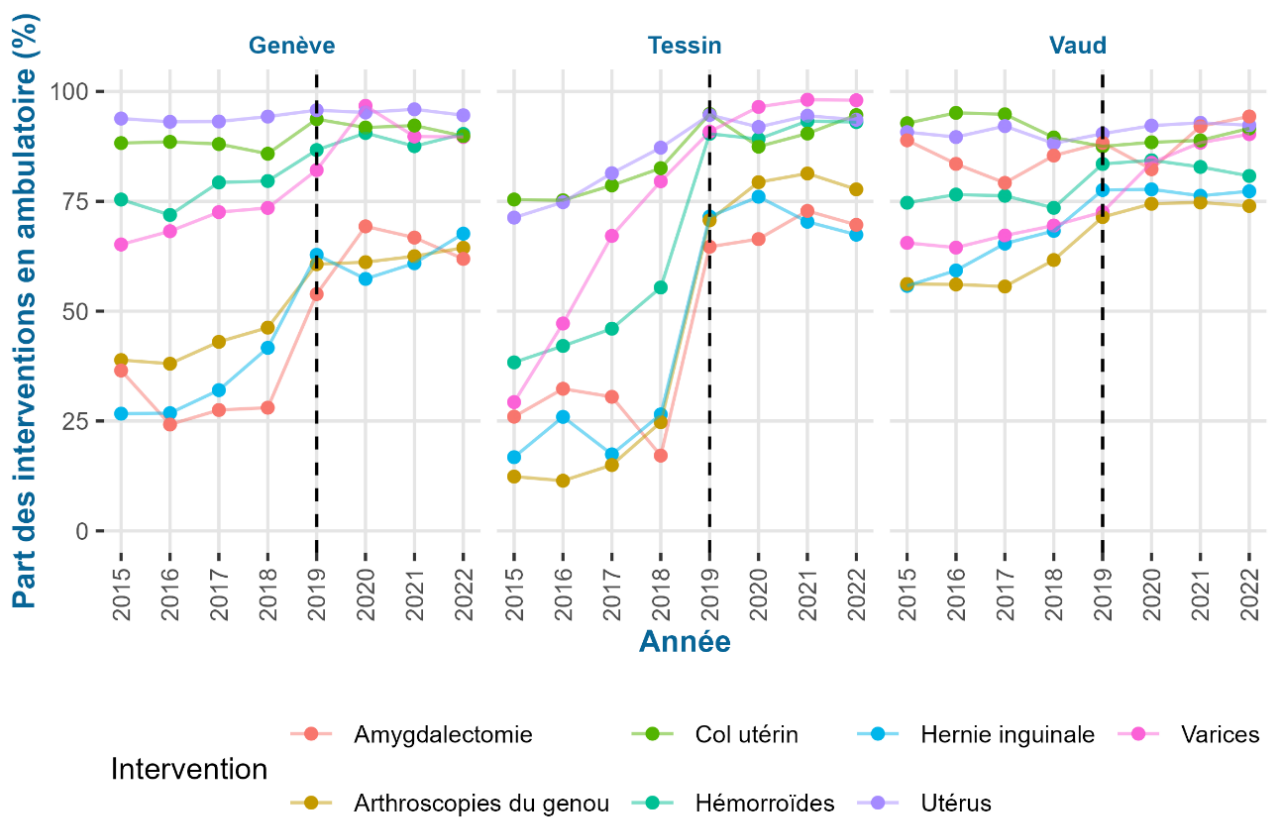


Figure 6 : Évolution de la part des interventions effectuées en ambulatoire pour les cantons de Genève, Vaud et du Tessin, sur la base des indicateurs AvS. Source : OBSAN, indicateurs AvS, <https://ind.obsan.admin.ch/fr/avos>

Comparaison internationale du recours à l'ambulatoire

Si la Suisse semble avoir augmenté significativement son recours à l'ambulatoire pour les six groupes d'interventions étudiées par l'OBSAN, une comparaison internationale plus large laisse toutefois penser que la Suisse a encore une bonne marge de progression dans son virage ambulatoire par rapport aux autres pays de l'OCDE. L'OFSP a publié à ce sujet un graphique comparatif¹³ dans une fiche d'information datée du 8 octobre 2024. Ce graphique montre qu'en moyenne, la part des opérations chirurgicales effectuées en ambulatoire en Suisse en 2022 est de 21% contre 30% en Allemagne, 36% en Autriche, 42% en Italie ou encore 54% en France.

Impact du virage ambulatoire sur les coûts

Un des arguments en faveur du virage ambulatoire concerne le potentiel d'économie d'une prise en charge en ambulatoire plutôt qu'en stationnaire. Les études de l'OBSAN ont montré que les économies engendrées sont importantes, une intervention ambulatoire coûtant moins cher à la collectivité que si elle est réalisée dans le cadre d'un séjour hospitalier.

En se concentrant sur les six groupes d'interventions, l'OBSAN a évalué en 2018¹⁴ un potentiel d'économie s'élevant jusqu'à 90 millions de francs. Ces économies concernent toutefois actuellement principalement les cantons puisque ces derniers contribuent uniquement au financement des prestations stationnaires, qui diminuent du fait du virage ambulatoire, et non au financement des prestations médicales ambulatoires, qui elles augmentent en conséquence. Depuis 2020, l'OBSAN effectue un monitoring de l'évolution du recours à l'ambulatoire de ces six groupes d'interventions, et publie régulièrement des rapports sur le sujet. Ces derniers confirment les prévisions de 2018, à savoir que le transfert de certaines interventions réalisées précédemment en stationnaire vers l'ambulatoire a permis de diminuer leurs coûts de prise en charge, mais que celle-ci s'est répercutée plus fortement sur les cantons que sur l'AOS. Par exemple, pour 2022, les dépenses ont diminué de 35% pour les cantons, et augmenté de 6% pour l'AOS¹⁵.

Il est important de préciser que les analyses de l'OBSAN ne prennent en compte dans leur analyse que les coûts générés par les hôpitaux et les cabinets médicaux, cela n'inclut donc pas d'éventuels coûts d'accompagnement et de soins à domicile ou en EMS rendus nécessaires par une intervention en ambulatoire plutôt que dans le cadre d'un séjour hospitalier.

Dans son rapport de 2015¹⁶, l'OBSAN soulève également le risque de l'expansion de l'offre pour certaines interventions. En effet, selon les interventions chirurgicales analysées, le virage ambulatoire peut parfois engendrer une augmentation nette du nombre d'interventions, que ce soit en stationnaire ou en ambulatoire, synonyme d'une expansion de l'offre de soins et donc d'augmentation des coûts. C'est notamment le cas pour l'opération de la cataracte.

5.4. Impact de la réforme sur les primes et les impôts

Le principe de neutralité financière, appliqué dans la réforme du financement uniforme, implique qu'en moyenne en Suisse, la réforme ne doit pas impacter le montant total à charge des primes et celui à charge des impôts. Toutefois, les primes et les impôts dépendant de chaque canton, la neutralité financière au niveau national ne conduit pas à une neutralité financière au niveau cantonal. Ainsi chaque canton connaîtra un impact différent en termes d'impôts et de primes d'assurance-maladie suite à la réforme.

La répartition de la part à charge des assureurs et des cantons permettant la neutralité financière au niveau suisse a été calculée sur la moyenne des coûts des années 2016-2019. La [figure 7](#) présente les impacts attendus pour chaque canton si la réforme était introduite à ce moment-là.

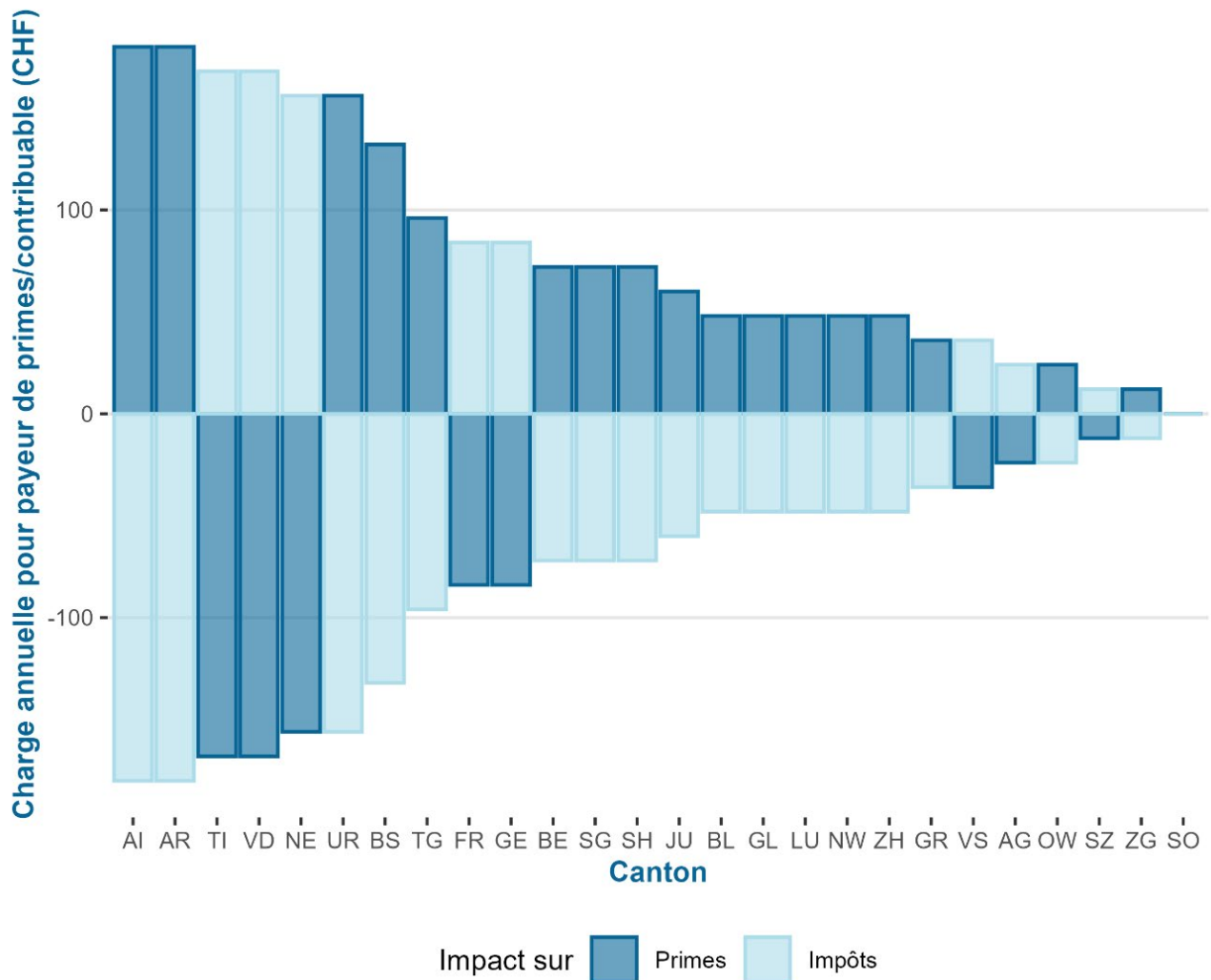


Figure 7 : Impact de la réforme EFAS sur les impôts et les primes AOS par canton et par année selon les chiffres publiés par l'OFSP¹⁷

On observe que les cantons romands et le Tessin verraient une baisse des primes AOS avec en contrepartie une hausse de la charge d'impôt consacrée au financement des prestations de soins. Au contraire, de nombreux cantons suisse-allemands devraient connaître une hausse des primes AOS et une baisse des impôts consacrés au financement des prestations de soins. Trois cantons ne seraient pas impactés par une telle bascule : Lucerne, Obwald et Zoug étant donné que les flux financiers en place actuellement correspondent à la moyenne suisse des parts de financement visées par la réforme.

Ces différences entre cantons sont dues au degré de réalisation du virage ambulatoire. Nous avons vu précédemment qu'il existait une certaine hétérogénéité quant à la maturité du virage ambulatoire au sein des cantons. Concrètement, plus un canton a entamé son virage ambulatoire, plus la réforme du financement uniforme impliquera une baisse des primes AOS contre une augmentation des impôts et inversement. La [figure 8](#) montre la corrélation entre le taux d'intervention en ambulatoire pour les interventions de référence pour lesquelles nous avons des données à disposition et l'impact financier de la bascule sur le niveau des primes d'assurance-maladie.

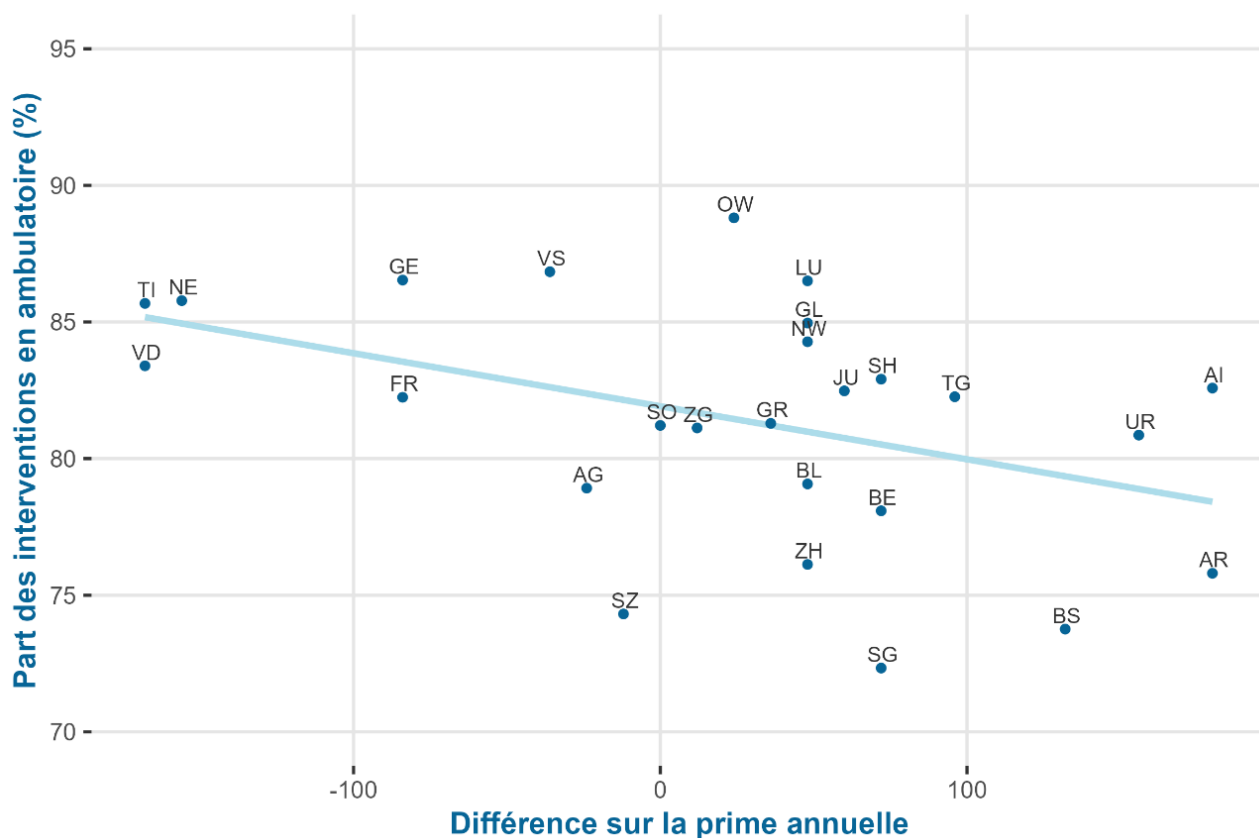


Figure 8 : Corrélation entre le taux de recours à l'ambulatoire et l'impact de la réforme EFAS sur la prime AOS

Toutefois, comme la réforme n'entrera en vigueur qu'en 2028, sous réserve du résultat de la votation populaire, la part de financement entre assureur et canton aura évolué depuis les années de référence prise pour le calcul de la réforme. Ainsi nous ne savons pas exactement l'impact réel que la réforme aura sur chaque canton et nous ne pourrons pas le calculer précisément au moment de la bascule, car les chiffres nécessaires ne seront pas encore disponibles.

La question de la capacité des assureurs et de l'OFPS à évaluer correctement l'impact de la bascule par canton et de s'assurer que les primes s'ajustent de manière adéquate, se pose sachant que nous allons clairement naviguer à vue au moment de l'introduction de la réforme. Il faudrait en effet éviter que les primes se retrouvent en décalage avec les coûts réels observés une année après et que les différences soient absorbées par les réserves des assureurs qui sont gérées au niveau national.

5.5. Définitions et acronymes

EFAS	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires)
LAMal	Loi sur l'assurance-maladie
OPAS	Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins
AOS	Assurance obligatoire des soins
EMS	Établissement médico-social
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OBSAN	Observatoire suisse de la santé
CSSS-N	Commission de Sécurité sociale et de santé publique du Conseil national
CSSS-E	Commission de Sécurité sociale et de santé publique du Conseil des états
Prestation médicale stationnaire	Séjour hospitalier de plus de 24 heures, que ce soit dans un hôpital de soins aigus, de réadaptation, psychiatrique ou en maison de naissance
Prestation médicale ambulatoire	Prestation médicale dispensée en dehors d'un séjour hospitalier, typiquement dans un cabinet médical, une permanence d'urgence ou à l'hôpital
Intervention chirurgicale électorive	Intervention chirurgicale planifiée et donc non réalisée dans le cadre d'une prise en charge en urgence
Soins de longue durée	Prestations de soins dispensées à domicile, en EMS ou dans le cadre de structures intermédiaires (centre d'accueil temporaire et courts séjours)
Participation aux coûts des assurés	La participation aux coûts comprend la franchise et une quote-part de 10%. Pour les adultes, la franchise minimum est de CHF 300 et la franchise maximale est de CHF 2'500. Quant à la quote-part, elle s'applique jusqu'à un maximum de contribution de l'assuré de CHF 700 par année civile
Financement moniste	Le remboursement des prestations est assuré par un seul financeur, indépendamment de la source des financements
Financement dual	Le remboursement des prestations provient de deux financeurs différents, chacun remboursant la part à sa charge
Compensation des risques	Mécanisme instauré dans la LAMal et mis en œuvre entre les assureurs permettant de corriger la répartition des primes d'assurance encaissées par les assureurs en fonction du risque de leur collectif sachant que les primes d'assurance ne peuvent pas refléter le risque de l'assuré, de par la loi et à des fins de solidarité
Virage ambulatoire	Accroître le taux d'intervention en ambulatoire plutôt qu'en stationnaire pour les prestations qui peuvent être réalisées en ambulatoire
Indicateurs « AvS »	Indicateurs « Ambulant vor Stationär » : indicateurs utilisés par l'OBSAN pour monitorer l'évolution du virage ambulatoire en Suisse, basé sur six groupes d'interventions chirurgicales électorives

6. RÉFÉRENCES

- ¹ Infras, Judith Trageser, Sabine Fries, Thomas von Stokar, [Schlussbericht «Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung»](#), Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG₁, octobre 2021, tableau 6, page 37
- ² OFSP, Votation populaire concernant la modification de la LAMal (financement uniforme des prestations) : [Fiche d'information 6 : Évolution du financement par l'impôt et par les primes](#), octobre 2024, page 3
- ³ OFSP, Votation populaire concernant la modification de la LAMal (financement uniforme des prestations) : [Fiche d'information 6 : Évolution du financement par l'impôt et par les primes](#), page 3 et propres calculs basés sur ce graphique
- ⁴ Santesuisse, [Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires : incidence sur les payeurs de primes](#), mai 2023, page 4
- ⁵ OFSP, « Conséquences financières de la réforme », [Votation populaire concernant la modification de la LAMal \(financement uniforme des prestations\)](#) :
- ⁶ Association Avenir Santé Publique, [Site internet « Oui au financement uniforme »](#), octobre 2024
- ⁷ Polynomics, Dr. Barbara Fischer, Dr. Beatrice Mäder, Dr. Harry Telser, [Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG](#), juillet 2022
- ⁸ OFSP, « Quels sont les objectifs de la réforme du financement uniforme des prestations », [Votation populaire concernant la modification de la LAMal \(financement uniforme des prestations\)](#)
- ⁹ SSP-VPOD, [EFAS : les raisons de notre référendum](#), page 4, point 8
- ¹⁰ Parlement suisse, [Message relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 septembre 2000](#), Curavista FF 2001 693, page 694
- ¹¹ Parlement suisse, [Initiative parlementaire « Financement moniste des prestations de soins »](#), Curavista, 09.528, décembre 2009
- ¹² Parlement suisse, [Postulat « Soins et financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires »](#), Curavista 19.3002, janvier 2019
- ¹³ OFSP, Votation populaire concernant la modification de la LAMal (financement uniforme des prestations) : [Fiche d'information 1 : Le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire](#), octobre 2024
- ¹⁴ OBSAN, Sacha Roth et Sonia Pellegrini, [Le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire : Analyse pour une sélection d'interventions chirurgicales](#), Étude réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2018
- ¹⁵ OBSAN, Sacha Roth et Sonia Pellegrini, [L'ambulatoire avant le stationnaire : Actualisation 2022 du monitoring de la limitation de la prise en charge stationnaire \(selon OPAS, art. 3c et annexe 1a\)](#), Rapport court établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique, 2024
- ¹⁶ OBSAN, Sacha Roth et Sonia Pellegrini, [Virage ambulatoire : Transfert ou expansion de l'offre de soins ?](#), 2015
- ¹⁷ OFSP, [Rapport sur les effets d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires. Rapport de l'OFSP du 5 janvier 2022 en complément du rapport du DFI du 30 novembre 2020](#), janvier 2022, tableau 2, page 8.