

# Baisser les primes maladie, une promesse fragilisée

**SANTÉ** Le Conseil fédéral a lancé la procédure de consultation pour appliquer la réforme EFAS, le financement uniforme des prestations, acceptée par le peuple en novembre 2024. Mais le projet se heurte à la réalité politique. Correspond-il vraiment à ce que les citoyens ont voté? Éléments de réponse

ANNICK CHEVILLOT, BERNE

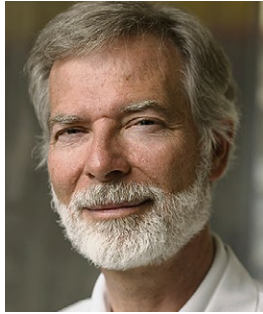
Imaginez une maison dont le toit fuit depuis tellement longtemps que personne ne sait plus exactement d'où proviennent les fuites, ni combien elles coûtent réellement. Chacune d'entre elles entraîne une réparation, puis une autre, et avant même que vous ne compreniez l'origine du problème, la facture explose. C'est un peu ce qui se passe avec notre système de santé aujourd'hui. A force de bricolages, de financements croisés entre cantons, hôpitaux et assureurs, l'ensemble est devenu labyrinthique, coûteux et parfois incohérent. La réforme EFAS – pour financement uniforme des prestations – a été acceptée par le peuple en novembre 2024 et le Conseil fédéral a lancé, en catimini, la mise en œuvre du projet le 1er avril. Censée colmater ces fuites, la réforme comporte néanmoins un risque structurel: déplace-t-elle simplement le problème ailleurs?

Pour comprendre la problématique, assez technique, il faut se pencher un peu sur l'organisation actuelle du financement des soins. Les cantons se chargent surtout des prestations hospitalières, dites stationnaires. Les assureurs s'occupent des prestations ambulatoires, sans séjour hospitalier. Le stationnaire est financé à au moins 55% par les cantons et 45% par les assureurs. L'ambulatoire est majoritairement à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS), donc des primes maladie.

Cette structure a créé des incitatifs négatifs. Un hôpital – et donc un canton – a intérêt à traiter ses patients en stationnaire plutôt qu'en ambulatoire parce que cela lui coûte moins cher, alors que les traitements ambulatoires sont moins onéreux. De plus, un assureur ne peut pas limiter efficacement les hospitalisations et, face à cette situation, les cantons adoptent des comportements très différents selon leur capacité fiscale. Ce constat est largement partagé par les acteurs du système. «Le virage ambulatoire, voulu par la politique et médicalement judicieux, est artificiellement freiné par le système de financement actuel», souligne Anne-Geneviève Bütikofer, directrice de la faïtière des hôpitaux H+.

## En finir avec un incitatif pervers

Le financement uniforme des prestations change cette logique. Dès 2028, les prestations stationnaires et ambulatoires seront prises en compte selon une répartition des coûts identique: les cantons financeront au minimum 26,9% des coûts et les caisses maladie (primes) au maximum 73,1%. De quoi supprimer l'avantage financier implicite des hospitalisations prolongées. En uniformisant la rémunération, EFAS



**«Avec le financement uniforme, les primes ne pourront plus augmenter plus rapidement que les coûts comme c'est malheureusement le cas actuellement»**

PHILIPPE EGGIMANN, VICE-PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SUISSES

pousse donc naturellement vers davantage de soins ambulatoires, car le choix entre stationnaire et ambulatoire n'est plus biaisé par la finance. Ce qui satisfait la faïtière des médecins (FMH): «Avec le financement uniforme, les primes ne pourront plus augmenter plus rapidement que les coûts comme c'est malheureusement le cas actuellement», souligne Philippe Eggimann, vice-président de la FMH. De plus, il renforce la médecine ambulatoire, améliore la coordination des soins et permet également les soins intégrés. En fin de compte, les patientes et les patients, tout comme les personnes qui paient les primes, en bénéficient.»

Comme le relève également l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), «le financement uniforme met fin au transfert de la part financée par les impôts vers la part financée par les primes, ajoute Reto Hügli, porte-parole à l'OFSP. La réforme devrait faire à nouveau davantage participer les cantons aux coûts, ce qui devrait permettre de freiner quelque peu la hausse des primes».

Si cette évolution permet d'en finir avec un incitatif problématique, elle ne réduira en revanche pas automatiquement les coûts globaux de la santé. Selon l'OFSP, sur la période 2028-2031, les cantons verront leur contribution augmenter de 828 à 870 millions de francs par an, tandis que les primes maladie baisseront d'un montant équivalent. Le solde est donc neutre. Concrètement, certains cantons devraient bénéficier d'un allègement de charges pour les assurés. A Genève, la baisse par assuré pourrait être de 146 francs par an et dans le canton de Vaud de 142 francs par an. A Zurich, en revanche, la contribution cantonale devrait augmenter légèrement. Ces chiffres, basés sur les coûts de 2024, illustrent l'effet redistributif d'EFAS. On reste néanmoins prudent à l'OFSP

sur les conséquences réelles pour les assurés. Le potentiel d'économies est estimé à un maximum de «440 millions de francs par an», note Reto Hügli de l'OFSP. Une paille, lorsqu'on sait que les coûts de la santé à charge de l'assurance obligatoire étaient de 52 milliards en 2023.

## Un pansement sur le toit d'une maison qui fuit

Alors que les partisans du projet promettaient des baisses de primes grâce à EFAS, la réalité est moins réjouissante. Grosso modo, la réforme se contente de mettre de l'ordre dans le «qui paie quoi», mais pas dans le «combien coûte réellement le système». Les risques concrets incluent une pression accrue sur certains cantons pour ajuster leur budget – comme à Zurich –, ce qui pourrait fragiliser certains hôpitaux. Les autorités reconnaissent d'ailleurs que la réforme entraînera «certaines adaptations dans le paysage hospitalier», poursuit Reto Hügli de l'OFSP. Une évolution jugée nécessaire pour maîtriser les coûts.

Mais une question centrale demeure. Le projet de mise en œuvre présenté par le Conseil fédéral correspond-il réellement à ce que la population a accepté dans les urnes? Sur le principe, EFAS est respecté: un financement uniforme avec une clé de répartition claire et la volonté de corriger les incitations négatives. Pour l'administration fédérale, il n'y a pas d'ambiguïté: le projet «met en œuvre la modification de la LAMal acceptée en votation populaire», indique Reto Hügli de l'OFSP. Mais dans le détail, le projet mis en consultation introduit des choix techniques et politiques – rythme de mise en œuvre, marges laissées aux cantons, mécanismes de régulation – qui pourraient en atténuer la portée. Autrement dit, la réforme votée visait à corriger une logique de système. Sa mise en œuvre pourrait, elle, en redessiner les contours. Entre fidélité à l'esprit du vote et adaptations pragmatiques, la frontière est fine – et c'est précisément là que se jouera l'impact réel de cette réforme. La Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) insiste d'ailleurs sur des éléments très concrets de mise en œuvre, comme l'accès aux données ou la capacité de contrôler les factures, conditions essentielles pour assumer leur nouvelle responsabilité financière.

Le paradoxe est clair: EFAS élimine certaines incitations négatives et clarifie le financement, mais elle ne réduit pas la structure des coûts à la racine. Pour que les coûts et les primes diminuent réellement, il faudrait transformer profondément la rémunération des prestations, favoriser la prévention, et mieux coordonner les soins primaires et secondaires. La réforme représente un pas nécessaire pour colmater les fuites, mais sans changements plus profonds, l'eau continuera à perler et la facture continuera d'augmenter. En d'autres termes, EFAS est un pansement sur le toit d'une maison qui fuit, pas une réparation de la toiture elle-même. ■