

Département fédéral de l'intérieur DFI  
OFSP  
Unité de direction Assurance-maladie et accidents

Par e-mail à:  
[gever@bag.admin.ch](mailto:gever@bag.admin.ch);  
[tarife-grundlagen@bag.admin.ch](mailto:tarife-grundlagen@bag.admin.ch)

Berne, le 7 juillet 2026

**Modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal) et révision totale de l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico sociaux dans l'assurance-maladie (OCP) – Mise en œuvre de la modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) relative au financement uniforme des prestations**

**Réponse de l'association Médecins de famille et de l'enfance Suisse (mfe)**

Mesdames et Messieurs,

Nous vous remercions de nous offrir l'opportunité de participer à la consultation relative à l'objet susmentionné. mfe - Médecins de famille et de l'enfance Suisse représente les intérêts professionnels des médecins de famille et de l'enfance au niveau national.

**Position d'ordre générale**

mfe Médecins de famille et de l'enfance Suisse soutient sur le principe la mise en œuvre du financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières (EFAS). Bien que la présente révision ne concerne pas directement l'activité des cabinets de médecine de famille et de pédiatrie, elle soulève plusieurs questions importantes pour l'organisation future des soins de base.

EFAS offre l'opportunité de corriger certaines incitations financières inadaptées entre les secteurs ambulatoire et stationnaire et de renforcer une prise en charge davantage orientée vers les besoins des

patient-e-s. Pour mfe, la mise en œuvre de cette réforme doit contribuer à concrétiser le principe « l'ambulatoire avant le stationnaire », qui constitue un objectif central de la politique de santé. Cela implique que les cantons disposent des moyens et des incitations nécessaires pour développer les prestations ambulatoires et les soins de proximité avec la même détermination que les structures stationnaires.

Dans cette phase de mise en œuvre, il est essentiel de préserver une marge de manœuvre suffisante pour les partenaires tarifaires, les cantons et les autres acteurs concernés. Ceux-ci sont actuellement engagés dans d'importants travaux visant à définir les modèles de financement, les structures tarifaires et les mécanismes organisationnels nécessaires à la réussite d'EFAS. Il serait dès lors prématuré d'introduire des conditions trop restrictives ou des exigences de financement susceptibles de limiter inutilement leur capacité à élaborer des solutions adaptées aux réalités du terrain.

Pour mfe, le succès d'EFAS ne se mesurera pas uniquement à l'évolution des coûts, mais également à sa capacité à garantir un accès équitable aux soins, à renforcer la continuité des prises en charge et à consolider durablement les soins médicaux de base. Les instruments de pilotage mis en place ne doivent ni restreindre l'offre de soins ni favoriser un déplacement des ressources vers des structures plus coûteuses ou plus éloignées des patient-e-s. Le développement de l'ambulatoire doit prioritairement renforcer les soins médicaux de base, qui constituent le point d'entrée naturel dans le système de santé et l'une des formes de prise en charge les plus efficaces.

Enfin, les organisations représentant les soins médicaux de base doivent être associées aux travaux de mise en œuvre et aux décisions ayant un impact sur les prestations médicales.

### **Préserver une marge de manœuvre suffisante pour la mise en œuvre d'EFAS dans le domaine des soins**

mfe s'associe aux préoccupations exprimées par les principales organisations représentant le domaine des soins, notamment l'organisation faîtière des prestataires privés de soins à domicile ASPS, l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile, l'Association suisse des infirmières et infirmiers, ARTISET, CURAVIVA et senesuisse. L'association partage leur analyse selon laquelle certaines dispositions sont introduites prématurément et qu'une mise en œuvre progressive est préférable. Si mfe soutient l'objectif d'une mise en œuvre rigoureuse et coordonnée d'EFAS dans le domaine des soins, l'entrée en vigueur prévue en 2032 laisse encore le temps nécessaire pour élaborer les bases tarifaires, organisationnelles et techniques de la réforme. Il convient donc de préserver une marge de manœuvre suffisante pour les partenaires concernés. L'autonomie tarifaire constitue un principe fondamental du système de santé suisse et ne devrait pas être restreinte inutilement par des

dispositions réglementaires qui anticiperaient des choix tarifaires ou organisationnels qui n'ont pas encore été arrêtés. Les partenaires tarifaires doivent conserver la possibilité de développer les solutions les plus adaptées aux réalités du terrain avant leur approbation par le Conseil fédéral.

### **Garantir une mise en œuvre proportionnée selon les réalités des différents fournisseurs de prestations**

mfe rappelle que l'objectif d'EFAS est d'instaurer un financement uniforme des prestations, et non d'imposer un cadre réglementaire identique à l'ensemble des fournisseurs de prestations. La mise en œuvre de la réforme doit tenir compte des réalités propres à chaque acteur.

Les cabinets de médecine de famille et de pédiatrie sont majoritairement de petites structures qui consacrent l'essentiel de leurs ressources à la prise en charge des patient-e-s et ne disposent pas des capacités administratives des hôpitaux ou des grandes institutions. Dès lors, toute nouvelle obligation de reporting, de collecte de données ou de contrôle doit respecter le principe de proportionnalité.

mfe demande que les exigences réglementaires soient adaptées aux ressources des différents fournisseurs de prestations afin de ne pas fragiliser les structures ambulatoires de proximité. Dans un contexte marqué par la pénurie de médecins de famille et de pédiatres, toute charge administrative supplémentaire devrait être évaluée au regard de son impact sur l'exercice en cabinet, la relève et l'accès aux soins médicaux de base.

### **Contre l'extension des restrictions d'admission aux prestataires ambulatoires**

Les modifications proposées de l'OAMal étendent les possibilités pour les cantons de restreindre l'admission de nouvelles catégories de fournisseurs de prestations ambulatoires, notamment les pharmacien-ne-s, chiropraticien-ne-s ou sages-femmes, etc. (art. 40 al. 1bis, 44 al. 4, 44a al. 2, 45 al. 2, 45a al. 2, 47 al. 2 ainsi que les art. 48 à 56 OAMal).

mfe observe que l'expérience acquise avec les restrictions d'admission prévues à l'art. 55a LAMal met en évidence plusieurs difficultés de mise en œuvre, notamment une charge administrative importante, des différences d'application entre les cantons et une insécurité pour les professionnel-le-s souhaitant s'installer. Dans un contexte marqué par la pénurie de personnel de santé et la volonté politique de concrétiser le principe de « l'ambulatoire avant le stationnaire » avec un renforcement du secteur ambulatoire, mfe considère que l'extension de tels mécanismes à d'autres catégories de fournisseurs de prestations ne fait aucun sens. Les effets attendus sur la maîtrise des coûts demeurent par ailleurs incertains, alors que les conséquences sur l'accès aux soins pourraient être significatives.

Cette extension accroît en outre les compétences des cantons en matière de pilotage de l'offre ambulatoire, alors même qu'ils disposent déjà de responsabilités étendues en matière de planification hospitalière, de financement, de surveillance et, pour nombre d'entre eux, de gestion d'établissements

de santé. Une telle concentration de compétences soulève des questions de gouvernance et d'équilibre institutionnel.

Enfin, ces dispositions constituent en outre une atteinte importante à la liberté d'exercice des professions concernées.

Dans ce contexte, mfe s'oppose à l'extension des restrictions d'admission à de nouvelles catégories de fournisseurs de prestations ambulatoires et recommande de renoncer aux adaptations proposées de l'OAMal dans ce domaine.

### **Utiliser les données pour améliorer les soins et non pour rationner les prestations**

Le nouvel art. 28d OAMal prévoit la transmission de données aux cantons et l'art. 59f OAMal étend les obligations de communication dans le domaine ambulatoire. mfe soutient une plus grande transparence lorsqu'elle améliore la qualité des soins, la planification sanitaire ou la coordination entre les acteurs. En revanche, ces données ne doivent ni conduire à des comparaisons simplistes entre fournisseurs de prestations, ni servir de base à un pilotage reposant essentiellement sur des indicateurs financiers. Les analyses doivent tenir compte de la morbidité, de la multimorbidité et de la complexité des prises en charge. EFAS étant avant tout une réforme du financement, elle ne doit pas conduire à créer de nouveaux mécanismes de contrôle de l'économicité ou à étendre indirectement les compétences d'évaluation des prestations médicales.

mfe demande également que la répartition des rôles entre assureurs et cantons soit clairement définie afin d'éviter des contrôles parallèles, des appréciations contradictoires et une complexification des procédures. Avec les compétences prévues dans le cadre d'EFAS, les cantons cumulent en effet plusieurs fonctions : ils sont à la fois responsables de la planification hospitalière et des établissements publics, partenaires tarifaires, autorités chargées de la surveillance et du contrôle, tout en disposant déjà de compétences importantes en matière d'admission des fournisseurs de prestations ambulatoires. Cette concentration de rôles soulève des questions de gouvernance et de conflits d'intérêts potentiels. Il convient dès lors de garantir une séparation claire des responsabilités et une gouvernance transparente. Les organisations représentant les soins médicaux de base devraient être associées aux travaux de mise en œuvre et à l'interprétation des données ayant un impact sur les prestations médicales.

La protection des données des patient-e-s doit rester une priorité absolue. L'extension de l'accès aux données, notamment la possibilité prévue à l'art. 28d, al. 6, OAMal de déléguer leur traitement à des tiers, exige des garanties strictes en matière de protection des données, de sécurité informatique et de traçabilité.

### **Préserver un réseau de cabinets médicaux de proximité**

La mise en œuvre d'EFAS modifie profondément les flux financiers entre les différents secteurs de soins. Si cette évolution peut favoriser le développement de l'ambulatoire, elle ne doit pas conduire à

l'émergence de deux systèmes ambulatoires concurrents : d'une part un ambulatoire hospitalier en expansion et, d'autre part, les cabinets médicaux de proximité. Le principe « l'ambulatoire avant le stationnaire » doit bénéficier à l'ensemble du secteur ambulatoire et non favoriser prioritairement le développement de structures ambulatoires hospitalières.

Les cabinets de médecine de famille et de pédiatrie constituent aujourd'hui le principal point d'accès aux soins pour la population et offrent souvent la forme de prise en charge la plus accessible, la plus proche du domicile et la plus efficiente. Les nouvelles modalités de financement doivent donc renforcer en priorité les soins médicaux de base ambulatoire et préserver un réseau de cabinets de proximité fort. Elles ne doivent pas créer d'incitations favorisant le développement de cabinets ou de centres ambulatoires hospitaliers lorsque les prestations peuvent être fournies de manière appropriée en cabinet.

La complémentarité entre les différents fournisseurs de prestations doit être privilégiée au bénéfice des patient-e-s.

### **Réduire la charge administrative et préserver les ressources pour les patient-e-s**

Les différentes modifications d'ordonnance introduisent de nouveaux mécanismes de collecte, de transmission et d'exploitation des données.

mfe rappelle que les médecins de famille et les pédiatres sont confrontés à une charge administrative croissante alors même que la pénurie de personnel médical et la demande en soins augmentent.

L'association demande que toute nouvelle exigence administrative respecte le principe « once only », évite les doubles saisies et fasse l'objet d'une évaluation systématique de son impact sur les cabinets.

Les ressources disponibles doivent être consacrées en priorité aux patient-e-s et non à l'administration.

Les données demandées aux fournisseurs de prestations devraient être limitées à celles qui sont strictement nécessaires à l'accomplissement des tâches prévues par la loi.

### **Conclusion**

mfe soutient sur le principe la mise en œuvre d'EFAS. La réforme offre l'opportunité de corriger certaines incitations financières inadaptées entre les secteurs ambulatoire et stationnaire ; et de concrétiser le principe « l'ambulatoire avant le stationnaire ». Pour y parvenir, les cantons doivent disposer des moyens et des incitations nécessaires afin de maintenir les cabinets de médecins de famille et pédiatres déjà existants et développer les soins ambulatoires et de proximité.

La réussite d'EFAS dépendra toutefois d'une mise en œuvre pragmatique, qui préserve une marge de manœuvre suffisante pour les partenaires tarifaires, les cantons et les autres acteurs concernés. Les nouvelles dispositions ne doivent ni restreindre inutilement cette autonomie ni affaiblir les soins médicaux de base. La maîtrise durable des coûts passe avant tout par une médecine de famille et de l'enfance forte, accessible et efficiente.

Nous vous remercions de votre attention et vous prions de recevoir nos salutations distinguées.



Monika Reber  
Co-présidente de l'association mfe - Médecins  
de famille et de l'enfance Suisse



Sébastien Jotterand  
Co-président de l'association mfe - Médecins  
de famille et de l'enfance Suisse