

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

Par e-mail à:
tarife-grundlagen@bag.admin.ch;
gever@bag.admin.ch

Berne, le 16 septembre 2026

Consultation : Consultation : objectifs en matière de coûts et de qualité dans l'AOS, 2028-2031

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.

À titre de remarque préliminaire, nous souhaitons attirer votre attention sur le délai particulièrement court fixé pour cette consultation, ouverte du 2 juillet au 2 septembre 2026. Un délai de deux mois, qui plus est durant la période des vacances estivales, ne permet pas aux organisations consultées de mener dans des conditions adéquates les processus d'analyse et de consultation internes nécessaires à une prise de position approfondie. Cette difficulté est d'autant plus importante pour un objet complexe et déterminant pour l'évolution du système de santé.

Nous demandons que, lors de futures consultations, des délais suffisamment longs et adaptés au calendrier soient prévus, afin que les organisations concernées puissent participer de manière effective et approfondie au processus de consultation.

Nous vous remercions d'avoir accordé à mfe une prolongation de délai de deux semaines, soit jusqu'au 16 septembre 2026.

Remarques d'ordre générale

mfe soutient l'objectif visant à améliorer la transparence sur l'évolution des coûts de la santé ainsi qu'à identifier et réduire les inefficiences du système. En revanche, nous rejetons les objectifs de coûts qui conduiraient à un plafonnement indifférencié des prestations. Les objectifs de coûts ne doivent pas être considérés de manière isolée. Ils doivent être mis en relation avec les besoins de la population, la qualité et l'accès aux soins ainsi qu'avec les évolutions structurelles du système de santé. Une augmentation des coûts dans un secteur ne constitue pas en soi une inefficience, notamment lorsqu'elle résulte d'un transfert de prestations vers un setting plus approprié et plus efficient.

Cette considération est particulièrement importante pour les soins médicaux de base. Pour mfe, les objectifs de coûts doivent constituer un instrument de transparence et d'analyse, et non un mécanisme de pilotage budgétaire des différents secteurs. Leur interprétation doit tenir compte des incertitudes du modèle, de la qualité et de l'accès aux soins, ainsi que des interactions et transferts de prestations entre secteurs.

Pour les aspects méthodologiques généraux du modèle, mfe se réfère à la prise de position de la FMH, dont elle soutient globalement l'analyse et les demandes. Concernant les enjeux spécifiques à la prise en charge des enfants et des adolescents, mfe soutient la prise de position de Pédiatrie Suisse. La présente prise de position met plus particulièrement l'accent sur les enjeux transversaux pour les soins médicaux de base et la médecine de famille et de l'enfance.

Les objectifs de coûts ne doivent pas devenir des budgets sectoriels

mfe relève positivement que les objectifs de coûts ne constituent pas des prévisions de l'évolution effective des dépenses, mais doivent permettre d'identifier une évolution des coûts considérée comme admissible sur la base de différents facteurs.

Il est toutefois essentiel que ces objectifs conservent leur caractère descriptif et purement indicatif. Ils ne doivent pas évoluer vers des plafonds budgétaires sectoriels ni entraîner automatiquement des mesures correctrices lorsqu'ils sont dépassés.

mfe relève que plusieurs recommandations formulées dans le cadre de la validation du modèle par BSS ont été intégrées dans le concept révisé et salue cette démarche. Les adaptations apportées ne suppriment toutefois pas les incertitudes inhérentes à certains paramètres du modèle. Le rapport de validation met notamment en évidence des incertitudes concernant la quantification du potentiel d'efficience, le progrès médico-technique et certains paramètres

liés à l'évolution de la morbidité. Pour plusieurs de ces éléments, il recommande de poursuivre les travaux méthodologiques, de procéder à des analyses de sensibilité ou de recourir à une validation par des experts.

mfe demande que les incertitudes liées au modèle soient présentées de manière transparente. Il convient notamment de montrer dans quelle mesure les objectifs de coûts seraient différents si certaines des hypothèses retenues – par exemple concernant le potentiel d'efficience ou le progrès médico-technique – étaient modifiées.

La prise en compte de la morbidité mérite à cet égard une attention particulière, également pour la médecine de l'enfance. Une diminution ou une faible croissance du nombre d'enfants ne signifie pas nécessairement une diminution correspondante des besoins de soins.

L'évolution de la morbidité, notamment des maladies chroniques et des troubles psychiques chez les enfants et les adolescents, peut au contraire entraîner une augmentation des besoins par patient. mfe demande que de telles évolutions puissent être prises en compte dans la fixation et, à tout le moins, dans l'interprétation des objectifs de coûts.

Ces incertitudes doivent être pleinement prises en compte dans l'utilisation et la présentation des objectifs chiffrés. Les valeurs obtenues à partir du modèle ne sauraient être considérées comme des plafonds scientifiquement établis permettant de conclure qu'une croissance supérieure à l'objectif constitue nécessairement une inefficience. Afin d'éviter une impression de précision excessive, mfe recommande que les valeurs centrales soient accompagnées, lorsque cela est méthodologiquement possible, de fourchettes ou de scénarios permettant de rendre visibles les incertitudes inhérentes au modèle.

Le rapport de validation souligne en outre le **caractère normatif de la notion de croissance « admissible » des coûts** et propose de l'interpréter comme une croissance **justifiée par les nécessités médicales et les besoins spécifiques de la prise en charge**, compatible avec une utilisation efficiente des ressources et ne résultant pas d'incitations inadéquates.

mfe partage cette approche. **Tout écart entre l'évolution effective des coûts et l'objectif fixé doit dès lors constituer le point de départ d'une analyse et non la preuve d'une inefficience.**

Avant d'en tirer des conclusions ou d'envisager des mesures politiques ou tarifaires, il convient notamment d'examiner l'évolution des besoins de la population, la morbidité, l'accès aux soins, les changements de pratiques médicales ainsi que les transferts de prestations entre secteurs. Il convient également de tenir compte des effets de réformes importantes du système de santé. Une modification tarifaire ou du financement peut par exemple entraîner une augmentation ou un déplacement des coûts dans un secteur sans que celle-ci résulte d'une utilisation inefficente

des ressources. De même, le transfert souhaité de prestations du stationnaire vers l'ambulatoire peut augmenter les coûts ambulatoires tout en contribuant à une prise en charge globalement plus efficiente. De telles évolutions doivent pouvoir être identifiées et prises en compte dans l'interprétation des objectifs de coûts.

Considérer les transferts de prestations entre secteurs

mfe salue la différenciation des objectifs entre les différents groupes de coûts. Elle permet de mieux comprendre les dynamiques propres aux différents secteurs.

Cette différenciation comporte cependant également un risque : les différents groupes de coûts ne doivent pas être considérés comme des silos indépendants les uns des autres.

Une politique de santé efficiente implique précisément des transferts entre secteurs. Une augmentation des prestations ambulatoires peut permettre d'éviter des hospitalisations. De même, un renforcement de la médecine de famille et de l'enfance peut réduire le recours aux urgences, éviter des examens redondants, améliorer la coordination des soins et contribuer à prévenir des hospitalisations.

Cette logique vaut également pour l'évolution des modèles de soins et la répartition des tâches entre les différentes professions de santé. La délégation de certaines prestations et le transfert de tâches (*task shifting*), lorsqu'ils sont médicalement pertinents et permettent une utilisation adéquate des compétences, peuvent contribuer à une prise en charge plus efficiente. Ils peuvent toutefois également entraîner des transferts de prestations et de coûts entre professions ou groupes de coûts. Ces évolutions, ainsi que des besoins accrus de coordination, doivent être prises en compte dans l'analyse des objectifs de coûts et ne pas être interprétées isolément comme une augmentation inefficente des dépenses.

Une augmentation des dépenses du groupe « traitements ambulatoires dispensés par des médecins hors de l'hôpital » peut ainsi être souhaitable si elle permet de réduire les coûts dans d'autres secteurs. Le rapport BSS relève lui-même les interactions entre les différents facteurs et secteurs, notamment le fait que le virage ambulatoire peut déplacer des prestations sans nécessairement réduire leur volume et que les modèles de médecin de famille peuvent contribuer à éviter des examens redondants ou des orientations inadéquates.

L'efficience doit dès lors être appréciée au niveau du système et des parcours de soins, et non uniquement à l'intérieur de chaque groupe de coûts.

mfe demande que l'évaluation des objectifs tienne systématiquement compte des effets de substitution et des transferts de prestations entre les différents secteurs, groupes de coûts et professions de santé, ainsi que de l'évolution des coûts globaux de l'AOS.

Ambulatoire hospitalier et cabinets : privilégier le setting approprié

Cet aspect revêt une importance particulière dans le contexte du transfert croissant des soins vers le secteur ambulatoire et de l'entrée en vigueur d'EFAS.

Pour 2028, le projet prévoit une croissance des coûts de 4,6 % pour l'ambulatoire hospitalier, contre 3,1 % pour les traitements ambulatoires dispensés par les médecins hors de l'hôpital. Cette différence peut notamment s'expliquer par le transfert souhaité de certaines prestations du secteur stationnaire vers l'ambulatoire. Elle ne doit toutefois pas conduire à considérer comme souhaitable en soi une croissance plus importante des structures ambulatoires hospitalières.

mfe estime que l'écart important entre les deux objectifs mérite d'être explicité de manière transparente. Elle demande au Conseil fédéral de présenter les facteurs qui conduisent à considérer comme admissible une croissance sensiblement plus élevée de l'ambulatoire hospitalier que de l'ambulatoire médical hors hôpital et d'analyser les conséquences potentielles de cette différence sur la répartition future des prestations entre hôpitaux et cabinets.

Pour mfe, le principe « ambulatoire avant stationnaire » doit être complété par celui du setting de soins le plus approprié et le plus efficient.

Lorsque des prestations peuvent être fournies avec la même qualité et la même sécurité dans un cabinet médical ou une structure ambulatoire de proximité, les incitations financières et les objectifs de coûts ne doivent pas favoriser leur déplacement vers des structures hospitalières. Cette question mérite d'autant plus d'attention que le choix inadéquat du setting de soins est lui-même identifié comme l'une des sources potentielles d'inefficience dans le modèle.

mfe demande donc que le monitoring analyse explicitement l'évolution respective de l'ambulatoire hospitalier et de l'ambulatoire en cabinet ainsi que les transferts de prestations entre ces deux secteurs. Il convient notamment d'examiner si les nouvelles conditions de financement conduisent au développement d'offres ambulatoires hospitalières dans des domaines déjà couverts de manière adéquate et efficiente par les cabinets médicaux.

Renforcer les soins de base comme facteur d'efficience

Les objectifs de coûts doivent tenir compte du rôle particulier de la médecine de famille et de l'enfance dans le système de santé.

Les médecins de famille et pédiatres assurent généralement le premier contact avec le système de santé, la continuité de la prise en charge et la coordination des traitements. Ils jouent ainsi un rôle central dans l'utilisation appropriée des ressources.

Le rapport de validation relève d'ailleurs que les modèles de soins coordonnés et les modèles de médecin de famille peuvent contribuer à réduire les examens redondants et les orientations inadéquates.

Le renforcement des soins de base ne doit donc pas être considéré uniquement comme un facteur de coûts, mais également comme un levier permettant d'améliorer l'efficience de l'ensemble du système.

mfe demande que cet effet transversal soit pris en compte lors de l'évaluation des objectifs.

Une augmentation des ressources consacrées aux soins de base peut constituer un investissement efficient lorsqu'elle permet d'éviter des prestations plus coûteuses dans d'autres secteurs.

Cette approche est également indispensable au regard des défis démographiques, de l'augmentation de la multimorbidité et des besoins croissants de coordination des patients atteints de maladies chroniques.

Potentiels d'efficience : éviter les conclusions mécaniques

mfe soutient l'objectif de réduire les prestations inefficaces ou non nécessaires et d'améliorer l'utilisation des ressources.

Elle considère toutefois avec prudence la quantification des potentiels d'efficience utilisée pour fixer les objectifs. Le modèle s'appuie sur des travaux antérieurs estimant des potentiels théoriques d'efficience importants dans plusieurs secteurs. Ces estimations reposent sur différentes études, hypothèses et extrapolations et ne correspondent pas à des économies qui pourraient être directement réalisées sans conséquences sur les prestations.

mfe souligne en outre que les possibilités de gains d'efficience diffèrent considérablement selon la nature des prestations et les secteurs concernés. Elles ne peuvent donc pas être transposées de manière uniforme.

Les possibilités de gains d'efficience diffèrent considérablement selon la nature des prestations et la situation du domaine de soins concerné. Il convient notamment de distinguer les

domaines dans lesquels existent de potentielles surcapacités de ceux confrontés à une pénurie de professionnels et à des difficultés d'accès aux soins. Dans ces derniers, l'application d'un potentiel d'efficience moyen doit être considérée avec une prudence particulière. Du point de vue de mfe, l'application de corrections d'efficience dans les domaines où une sous-offre est avérée n'est pas pertinente.

Cette distinction est particulièrement importante pour la médecine de famille et de l'enfance, où une part essentielle de la prestation repose sur le temps consacré au patient, au dialogue, à l'évaluation clinique, à la prise de décision partagée ainsi qu'à la coordination et à la continuité des soins. Ces composantes ne peuvent être réduites ou standardisées à volonté sans risque pour la qualité de la prise en charge.

L'efficience des soins médicaux de base ne doit dès lors pas être assimilée à une réduction du temps de consultation ou à une augmentation du nombre de prestations fournies par unité de temps. Dans le domaine de la médecine de famille et de l'enfance, déjà fortement sous pression et contraint à une grande efficience, des gains d'efficience supplémentaires ne sont tout simplement pas réalistes.

mfe relève en particulier que le potentiel réalisable retenu pour 2028–2031 résulte de plusieurs étapes d'estimation et d'hypothèses. Ces valeurs sont directement déduites de la croissance future calculée et réparties linéairement sur quatre ans. Une telle opérationnalisation donne aux estimations un degré de précision qui ne doit pas masquer les incertitudes reconnues par l'étude de validation elle-même.

mfe demande que les potentiels d'efficience soient différenciés et appréciés en fonction des caractéristiques propres aux différents domaines de soins, régulièrement réévalués et validés par des experts. Ils ne doivent pas, à eux seuls, servir à justifier des mesures correctrices, tarifaires ou de réduction de l'offre.

Il convient également de distinguer clairement les responsabilités. Des phénomènes tels que la fragmentation des soins, les doublons, le recours à un setting inadéquat ou les mauvaises incitations résultent souvent de l'organisation globale du système et ne peuvent être attribués à une seule catégorie de fournisseurs de prestations.

Associer les acteurs de terrain à l'évolution et à l'interprétation du modèle

mfe salue l'association prévue des acteurs du système de santé au processus de fixation et de monitoring des objectifs. Cette consultation ne saurait toutefois remplacer les travaux d'expertise recommandés par l'étude de validation BSS.

L'étude met en évidence plusieurs incertitudes méthodologiques et recommande, pour certains paramètres déterminants, de poursuivre les travaux et de recourir à une validation par des experts. mfe demande que ces recommandations soient effectivement mises en œuvre.

Les hypothèses et paramètres du modèle, notamment concernant les potentiels d'efficience, le progrès médico-technique et l'évolution de la morbidité, doivent faire l'objet d'une réévaluation régulière associant les expertises scientifiques, économiques et cliniques.

mfe demande qu'un groupe d'experts soit chargé d'accompagner ces travaux et que les fournisseurs de prestations et, en particulier, les organisations représentant les soins médicaux de base y soient adéquatement représentés. Leur connaissance de la réalité clinique et organisationnelle est indispensable pour apprécier la plausibilité des hypothèses du modèle et leurs conséquences sur l'accès aux soins.

Cette expertise doit également être mobilisée dans le cadre du monitoring et lors de l'interprétation des écarts entre l'évolution effective des coûts et les objectifs fixés. Il s'agit notamment de distinguer une évolution réellement inefficace d'une augmentation justifiée par l'évolution des besoins de la population, la morbidité, l'amélioration de l'accès aux soins, le progrès médical, l'ambulantisation ou des transferts de prestations entre secteurs.

mfe considère qu'aucune conclusion relative à une inefficience sectorielle ni aucune mesure corrective ne devrait être déduite mécaniquement d'un dépassement de l'objectif sans une telle analyse.

mfe demande en outre qu'une évaluation globale soit réalisée à l'issue de la première période d'application des objectifs. Celle-ci devrait notamment examiner la pertinence des hypothèses et paramètres retenus ainsi que les effets du dispositif sur l'évolution des coûts, la qualité et l'accès aux soins, les transferts entre secteurs et la charge administrative. Les enseignements de cette évaluation devront être pris en compte avant la fixation des objectifs pour la période suivante.

Lier véritablement coûts, qualité et accès aux soins

mfe soutient le principe d'une coordination des objectifs en matière de coûts avec les objectifs de qualité. Cette coordination ne doit toutefois pas rester théorique. La qualité doit disposer d'un poids comparable à celui accordé à l'évolution des coûts dans le monitoring et l'évaluation du système.

La qualité ne doit par ailleurs pas être comprise uniquement comme la qualité des prestations une fois que le patient a accédé au système de santé. L'accès aux soins, leur continuité et leur coordination constituent eux aussi des dimensions essentielles de la qualité.

Dans un contexte de pénurie croissante de personnel qualifié, la maîtrise des coûts ne doit pas compromettre la capacité des cabinets à accueillir de nouveaux patients ou à maintenir une offre de soins de proximité. mfe recommande donc que le monitoring tienne notamment compte de l'accès à un médecin de famille ou pédiatre, de la continuité des soins, de la coordination des prises en charge ainsi que, lorsque des données suffisamment robustes sont disponibles, du recours évitable aux urgences et aux hospitalisations.

Une évolution des coûts inférieure à l'objectif ne saurait être considérée comme un succès si elle s'accompagne d'une détérioration de l'accès aux soins ou de leur qualité.

Dans ce contexte, mfe relève également avec préoccupation les réductions importantes prévues dès 2027 des moyens alloués à la Commission fédérale pour la qualité (CFQ). Les objectifs du Conseil fédéral pour le développement de la qualité 2028–2031 attribuent à la CFQ un rôle important dans leur mise en œuvre. Elle est notamment appelée à opérationnaliser les objectifs quadriennaux, à mandater des tiers, à soutenir des projets, à développer des mesures et à formuler des recommandations.

Parallèlement, les moyens alloués à la CFQ ont été fortement réduits dès 2027, au point que celle-ci ne dispose actuellement plus des ressources nécessaires pour soutenir de nouveaux projets nationaux ou régionaux de développement de la qualité. Cette situation est d'autant plus préoccupante que les objectifs de qualité 2025–2028 sont reconduits pour la période 2028–2031 précisément parce qu'ils restent d'actualité et que des efforts supplémentaires sont encore nécessaires pour les atteindre.

Cette situation soulève dès lors une question de cohérence et de faisabilité. Il apparaît contradictoire de renforcer le pilotage conjoint par des objectifs de coûts et de qualité, et de confier à la CFQ des responsabilités importantes dans leur mise en œuvre, tout en réduisant substantiellement les moyens dont elle dispose pour accomplir ces tâches.

mfe demande dès lors au Conseil fédéral de garantir que la CFQ dispose des ressources nécessaires à l'accomplissement des tâches qui lui sont attribuées dans le cadre des objectifs 2028–2031 ou, à défaut, d'indiquer de manière transparente comment ces tâches et objectifs pourront être réalisés malgré les réductions budgétaires prévues.

Plus généralement, mfe estime qu'il faut éviter une asymétrie dans laquelle l'évolution des coûts, plus facilement quantifiable, deviendrait de fait le principal critère d'évaluation du système, tandis que le développement et la mesure de la qualité, de l'accès aux soins et de la continuité de la prise en charge seraient affaiblis faute de moyens suffisants.

La coordination désormais prévue entre objectifs de coûts et objectifs de qualité ne doit pas conduire à un déséquilibre dans lequel le monitoring des coûts dispose des instruments et des ressources nécessaires, tandis que le développement et la mesure de la qualité sont affaiblis.

Garantir des données robustes et limiter la charge administrative

Les objectifs de coûts et leur monitoring doivent reposer sur des données comparables et suffisamment robustes.

Le rapport de validation relève notamment une limitation concernant les données des cabinets médicaux : dans le système du tiers garant, certaines factures payées directement par les patients ne sont pas transmises aux assureurs et ne figurent donc pas dans les données EFIND. Cette limitation doit être prise en compte lors des comparaisons entre secteurs.

mfe demande par ailleurs que le nouveau monitoring n'entraîne pas de nouvelles obligations administratives disproportionnées pour les cabinets. Les données déjà disponibles doivent être utilisées selon le principe « once only ».

Les cabinets de médecine de famille et de pédiatrie sont majoritairement de petites structures qui ne disposent pas des mêmes ressources administratives que les grandes institutions hospitalières. Toute nouvelle obligation de documentation ou de reporting doit respecter le principe de proportionnalité.

Conclusion

mfe soutient l'objectif d'améliorer la transparence sur l'évolution des coûts de l'AOS et de réduire les inefficiences du système de santé. Les objectifs de coûts peuvent constituer un instrument utile à cette fin, à condition qu'ils restent des valeurs d'orientation et d'analyse et ne deviennent pas des budgets sectoriels ou des plafonds de dépenses.

Pour mfe, il est notamment essentiel :

- **de reconnaître le rôle central des soins médicaux de base** pour la qualité et l'efficience de l'ensemble du système et de privilégier le setting de soins le plus approprié ;

- **d'évaluer l'efficience dans une perspective globale et intersectorielle**, en tenant compte des transferts de prestations et des effets de substitution entre secteurs ;
- **différencier l'analyse de l'évolution des coûts selon les différents secteurs, spécialités et profession de santé**, tenir compte de leurs évolutions spécifiques ainsi que des **effets de substitution et de transferts de prestations**, et **ne pas transformer les objectifs de coûts en contraintes budgétaires** indifférenciées ;
- **de tenir pleinement compte des incertitudes méthodologiques du modèle**, en particulier concernant les potentiels d'efficience, et d'éviter toute mesure corrective automatique en cas de dépassement d'un objectif ;
- **de mettre en œuvre les travaux d'expertise recommandés par BSS**, en y associant adéquatement les fournisseurs de prestations et les organisations représentant les soins médicaux de base ;
- **de garantir un véritable équilibre entre objectifs de coûts, qualité et accès aux soins**, ainsi que les moyens nécessaires à leur mise en œuvre.

mfe demande par ailleurs que l'écart important entre les objectifs de croissance fixés pour l'ambulatoire hospitalier et pour les médecins hors hôpital soit explicité et que ses effets sur la répartition des prestations entre hôpitaux et cabinets soient suivis attentivement.

Une maîtrise durable des coûts doit être recherchée à l'échelle de l'ensemble du système et non par une limitation isolée de la croissance de certains secteurs. Le renforcement des soins médicaux de base constitue à cet égard un levier essentiel.

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