



Rapport de l'Office fédéral de la santé publique du 23 septembre 2025

Conception et conséquences financières des mesures définies dans la loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers (LCTSI) et variantes de financement

Tables des matières

1	Situation actuelle	1
1.1	Mandat de la commission	1
1.2	Table ronde	2
2	Appréciation des mesures par les participants	2
3	Évaluation des coûts maximaux par mesure	3
3.1	Remarques liminaires	3
3.2	Appréciation des coûts supplémentaires estimatifs par les participants à la table ronde	4
3.3	Coûts supplémentaires par type de fournisseur de prestations	5
3.4	Conséquences pour les agents payeurs	6
3.5	Estimation des économies	8
4	Financement des coûts supplémentaires résultant de la LCTSI	8
4.1	Systèmes de financement existants.....	8
4.2	Propositions des participants à la table ronde	11
5	Conclusions	15
5.1	Adaptation des mesures proposées par le Conseil fédéral	15
5.2	Financement des coûts supplémentaires.....	15

1 Situation actuelle

1.1 Mandat de la commission

Dans le cadre de l'examen de l'objet 25.054 « Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers et modification de la loi sur les professions de la santé », la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N), réunie en séance le 4 juillet 2025, a chargé l'administration d'organiser une table ronde concernant le projet de loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers (LCTSI). Le but est de discuter des mesures proposées par le Conseil fédéral dans la LCTSI, de leurs conséquences financières pour les différents fournisseurs de prestations et des variantes de financement pour les coûts prévisibles et de trouver des solutions susceptibles de rallier une majorité. Il est demandé à l'administration de mettre en évidence les conséquences financières de chaque variante pour les différents agents payeurs et les adaptations législatives requises. Ces variantes doivent inclure un cofinancement dans le cadre des

prestations d'intérêt général et une possibilité de participation financière de la Confédération. En outre, l'administration est invitée à chiffrer les économies liées aux éventuels gains d'efficacité mentionnés dans le message. Elle rédigera aussi un rapport à l'attention de la commission présentant les résultats des discussions menées dans le cadre de la table ronde et des propositions concrètes concernant le financement des mesures.

1.2 Table ronde

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a organisé au total trois tables rondes, auxquelles les acteurs suivants étaient conviés, d'entente avec la présidente de la commission : la fédération des prestataires de services pour personnes ayant besoin de soutien **ARTISET** et l'association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées Suisse **senesuisse**, l'association **Aide et soins à domicile Suisse** et l'Association Spitex privée Suisse **ASPS**, la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé **CDS**, l'association nationale des hôpitaux, cliniques et institutions de soins publics et privés **H+**, l'Association des assureurs-maladie suisses **prio.swiss**, l'Association suisse des infirmières et infirmiers **ASI**, l'Union syndicale suisse **USS** et l'organisation faîtière indépendante des salariés **Travail.Suisse**. La table ronde a été composée de manière à assurer une représentation paritaire des associations patronales et des syndicats. Elle s'est réunie les 20 et 29 août et le 12 septembre 2025.

2 Appréciation des mesures par les participants

Les discussions lors des première et deuxième tables rondes ont été consacrées aux mesures proposées par le Conseil fédéral dans son message. Elles ont été à dessein limitées auxdites mesures pour ne pas rouvrir la porte à d'autres propositions. Il est rapidement apparu que les différentes positions n'avaient pas changé depuis la consultation, certains participants donnant leur appréciation des mesures en rappelant explicitement leur réponse à la consultation ou leurs déclarations lors de l'audition menée par la CSSS-N le 4 juillet 2025.

L'**ASI**, l'**USS** et **Travail.Suisse** ont relevé en particulier combien la réduction de la durée maximale et la réglementation de la durée normale de la semaine de travail prévues par le projet de loi sont importantes, non seulement pour préserver la santé des soignants et leur capacité à rester durablement dans la profession et à exercer une activité lucrative jusqu'à l'âge de la retraite, mais aussi pour leur valeur symbolique. L'**ASI** a en outre répété que le Conseil fédéral avait compris l'importance des conditions de travail pour la satisfaction professionnelle et la durée d'exercice de la profession et qu'il avait présenté des mesures efficaces.

Les **associations patronales et les associations de fournisseurs de prestations** soulignent qu'elles ne s'opposeront pas sur le fond aux mesures proposées. Mais elles ne pourront pas approuver de mesures dont le financement n'est pas assuré ou qui – comme la réduction de la durée maximale de la semaine de travail ou la réglementation de la durée normale de la semaine de travail – augmenteraient fortement les besoins en personnel. Pour **H+**, certaines mesures pourraient même s'avérer contre-productives : la réduction de la durée maximale de la semaine de travail et la réglementation du temps de travail normal risqueraient de générer davantage d'insatisfaction chez le personnel soignant. L'**ASPS** a également proposé d'examiner si certaines mesures pouvaient être aménagées différemment pour les services d'aide et de soins à domicile, afin de tenir compte de leurs spécificités organisationnelles (p. ex. le modèle du soignant de référence). Les **associations patronales** sont unanimes dans leur refus d'accorder au Conseil fédéral la compétence d'adopter des règles encore plus précises par voie d'ordonnance. **Senesuisse** estime qu'il serait préférable de mettre en œuvre les mesures dans le cadre des lois déjà en vigueur. **Prio.swiss** reste aussi opposé à une loi visant une seule profession et rappelle que la mise en œuvre de la LCTSI doit cibler des mesures qui améliorent directement la situation du personnel soignant, en complément du partenariat social, sans alourdir indûment la charge des payeurs de primes.

Conséquences sur certains modèles d'organisation du temps de travail

Les observations formulées lors de l'audition du 4 juillet 2025 n'ont été abordées que brièvement. Selon celles-ci, la réduction de la durée maximale de la semaine de travail (art. 5 P-LCTSI) et la réglementation de la durée normale de la semaine de travail (art. 6 P-LCTSI) proposées par le Conseil fédéral pourraient compromettre certains modèles d'organisation du travail choisis par le personnel, comme les équipes de 12 heures ou les semaines de 6 jours. Selon le Conseil fédéral et **Travail.Suisse**, la réduction de la durée maximale de la semaine de travail représente une mesure importante pour protéger la santé du personnel soignant et garantir la qualité des soins, tout en maintenant une certaine flexibilité. Ainsi, dans les hôpitaux, la durée maximale du travail hebdomadaire reste appréciée sur la moyenne de deux semaines, et il demeure possible, sous conditions, de porter la semaine de travail à sept jours consécutifs. L'impact d'une telle mesure sur les modèles cités plus haut dépend de la façon dont les plans de service sont établis en pratique.

Pas de consensus pour certaines mesures

Les discussions ont en outre porté sur la possibilité de trouver, pour certaines mesures, des compromis ou des solutions susceptibles de rallier une majorité. La tâche n'a pas été facile, car aucun des participants à la table ronde n'avait de mandat de négociation. Aucune des mesures n'a donc pu faire l'objet d'un consensus. Une solution acceptable pour presque tous les acteurs a pu être esquissée uniquement en ce qui concerne la compensation temporelle ou financière due pour les interventions à court terme : à l'exception de **H+**, les **associations patronales** et les **syndicats** s'accordent à dire que la compensation temporelle ou financière pour les interventions demandées à court terme par l'employeur doit être accordée pour tous les changements intervenus après la communication du plan de service, et non pas uniquement lorsque le changement est effectué moins de deux semaines à l'avance. Des divergences subsistent toutefois en ce qui concerne le montant de cette compensation. Par ailleurs, les **syndicats** ont rappelé que les collaborateurs doivent conserver la possibilité de refuser des interventions à court terme, même après l'introduction d'un système de compensation.

Proposition de reformulation de l'art. 13, al. 2, P-LCTSI

Au cas où la commission souhaiterait suivre cette proposition, l'administration propose de reformuler ainsi l'art. 13, al. 2, P-LCTSI, qui porte ainsi uniquement sur le délai de quatre semaines prévu par l'art. 13, al. 1, P-LCTSI pour la communication des plans de service et ne s'applique, lorsque les établissements communiquent les plans de service plus longtemps à l'avance, qu'aux quatre dernières semaines :

Art. 13 Communication des plans de service et des services de permanence et de piquet

² Les travailleurs appelés à intervenir en dehors du plan de service annoncé ~~sans que cette intervention leur ait été communiquée plus de deux semaines à l'avance~~ ont droit à une compensation supplémentaire temporelle ou financière correspondant à 25 % au moins et 50 % au plus du travail fourni. Si la marche du service le permet, la compensation est temporelle.

3 Évaluation des coûts maximaux par mesure

3.1 Remarques liminaires

Dans son message du 21 mai 2025, le Conseil fédéral expose ouvertement la difficulté à chiffrer précisément les coûts supplémentaires qui résulteront de la LCTSI. Son assertion selon laquelle une estimation concrète de ces coûts comporte une grande part d'incertitude est toujours valable (cf. explications au chap. 6.3 du message, FF 2025 2002).

Les coûts supplémentaires dépendront, d'une part, de la conception de l'ordonnance relative à la LCTSI et, d'autre part, de l'usage qui sera fait de la possibilité proposée par le Conseil fédéral de déroger aux prescriptions

légales par voie de convention collective de travail (CCT) tant en faveur qu'en défaveur des travailleurs. Par conséquent, l'estimation des coûts prévisibles est très floue, comme l'a montré l'approfondissement de l'analyse d'impact de la réglementation (AIR)¹.

En outre, lorsque l'on considère les coûts, il ne faut pas oublier que les investissements dans le personnel peuvent également apporter des allègements financiers. Les expériences de certains hôpitaux montrent que les coûts supplémentaires liés à l'augmentation de la satisfaction au travail peuvent être compensés, du moins en partie, par un taux de rotation plus faible et une réduction massive du recours à du personnel temporaire qualifié. Il n'est toutefois pas certain que ces économies soient généralisables et objectivables. Cet effet n'est pas pris en compte dans les estimations de coûts ci-après. Le potentiel de redistribution interne des ressources n'est pas non plus pris en compte. Toutefois, ces réaffectations des moyens ne sont envisageables que dans les hôpitaux – quoique H+ doute de la faisabilité réelle. Les établissements médico-sociaux (EMS) et les services d'aide et de soins à domicile n'ont pour leur part pratiquement aucune marge de manœuvre.

3.2 Appréciation des coûts supplémentaires estimatifs par les participants à la table ronde

En prélude à la première table ronde, les participants ont été priés de donner leur appréciation des coûts estimatifs présentés dans le message pour les mesures prévues dans la LCTSI. Ces coûts étant occasionnés aux employeurs, ce sont naturellement surtout les **associations patronales** qui se sont exprimées. **prio.suisse** a relevé que les mesures qui augmentent les besoins en personnel génèrent des coûts supplémentaires, soit pour les fournisseurs de prestations, soit pour les contribuables ou les payeurs de primes. Les chiffres publiés ont été confirmés dans leurs grandes lignes ou, tout au moins, n'ont pas été contestés. Certains participants n'ont pas pu ou pas voulu donner leur avis. Même si les estimations ont été jugées beaucoup trop basses dans un petit nombre d'interventions, notamment parce que l'approfondissement de l'AIR n'indique pas les coûts afférents à certaines mesures, personne n'a présenté de calculs différents (p. ex. pour l'estimation des coûts dus aux changements dans les plans de service communiqués, probablement trop faible selon l'**ASPS**). Toutefois, maints participants ont relevé que l'adaptation des conditions de travail ne concerne pas que le personnel soignant, mais l'ensemble du personnel des établissements, ce qui devrait entraîner des coûts supplémentaires encore plus élevés.

¹ L'approfondissement de l'analyse d'impact de la réglementation relative à la LCTSI est disponible à l'adresse www.bag.admin.ch/lctsi (en allemand).

3.3 Coûts supplémentaires par type de fournisseur de prestations

Mesure prévue par le P-LCTSI	Estimation des coûts selon l'approfondissement de l'AIR	EPT et coûts supplémentaires		
		Hôpitaux	EMS	Services d'aide et de soins à domicile
Art. 5 Durée maximale de la semaine de travail et compensation du travail supplémentaire	Pas d'estimation dans l'AIR	Pas d'estimation possible	Pas d'estimation possible	Pas d'estimation possible
Art. 6 Durée normale de la semaine de travail	42 heures : surcoût faible 40 heures : env. 650 millions de fr. par an (hypothèse : pas de réduction des salaires)	EPT : 3320 Coûts supplémentaires : 295 millions de fr.	EPT : 3000 Coûts supplémentaires : 265 millions de fr.	EPT : 1011 Coûts supplémentaires : 90 millions de fr.
Art. 7 Compensation des heures supplémentaires	Pas d'estimation dans l'AIR	Pas d'estimation possible	Pas d'estimation possible	Pas d'estimation possible
Art. 8 Compensation pour le travail de nuit	Max. 300 millions de fr. par an Hypothèse : compensation temporelle de 20 %	EPT : 1771 Coûts supplémentaires : 157 millions de fr.	EPT : 1600 Coûts supplémentaires : 142 millions de fr.	Pas d'estimation des coûts réalisée ²
Art. 9 Compensation du travail du dimanche et des jours fériés	Jusqu'à 700 millions de fr. par an Hypothèse : indemnité à hauteur de 50 % du salaire horaire	Coûts supplémentaires : 310 millions de fr.	Coûts supplémentaires : 283 millions de fr.	Coûts supplémentaires : 99 millions de fr.
Art. 10 Temps d'habillage	Env. 130 millions de fr. par an ³	Coûts supplémentaires : 47 millions de fr.	Coûts supplémentaires : 80 millions de fr.	Pas de calcul pour l'aide et les soins à domicile, l'habillage pouvant se faire au domicile
Art. 11 Durée minimale et rémunération des pauses	Surcoût faible, pas de chiffrage dans l'AIR	Pas d'estimation possible	Pas d'estimation possible	Pas d'estimation possible
Art. 12 Prise en compte et compensation des services de permanence et de piquet	Pas d'estimation dans l'AIR car cet aspect ne sera réglé entièrement que dans le droit d'exécution	Pas d'estimation possible	Pas d'estimation possible	Pas d'estimation possible

² L'AIR part du principe que le personnel des services d'aide et de soins à domicile ne doit que très rarement travailler de nuit, raison pour laquelle le choix a été fait de ne pas estimer ces coûts supplémentaires (cf. p. 9 de l'approfondissement de l'AIR concernant la LCTSI).

³ Selon l'ASI, l'USS et **Travail.Suisse**, le temps d'habillage est déjà indemnisé et ne représente donc pas un coût supplémentaire.

Mesure prévue par le P-LCTSI	Estimation des coûts selon l'approfondissement de l'AIR	EPT et coûts supplémentaires		
		Hôpitaux	EMS	Services d'aide et de soins à domicile
Art. 13 Communication des plans de service et des services de permanence et de piquet	Prescriptions concernant le délai de communication des plans de service : surcoût faible Compensation pour interventions non planifiées Scénario 1 Compensation de 25 % pour les changements à moyen terme (>48h à l'avance) et de 50 % pour les changements à court terme (<48h à l'avance) EPT supplémentaires : 3900 Coûts supplémentaires : 330 millions de fr. Scénario 2 Uniquement compensation de 50 % pour les changements à court terme (<48h à l'avance) EPT supplémentaires : 2500 Coûts supplémentaires : 220 millions de fr.	Compensation pour interventions non planifiées Scénario 1 Compensation de 25 % pour les changements à moyen terme (>48h à l'avance) et de 50 % pour les changements à court terme (<48h à l'avance) EPT : 1530 Coûts supplémentaires : 135 millions de fr. Scénario 2 Uniquement compensation de 50 % pour les changements à court terme (<48h à l'avance) EPT : 1060 Coûts supplémentaires : 94 millions de fr.	Compensation pour interventions non planifiées Scénario 1 Compensation de 25 % pour les changements à moyen terme (>48h à l'avance) et de 50 % pour les changements à court terme (<48h à l'avance) EPT : 1720 Coûts supplémentaires : 152 millions de fr. Scénario 2 Uniquement compensation de 50 % pour les changements à court terme (<48h à l'avance) EPT : 1120 Coûts supplémentaires : 100 millions de fr.	Compensation pour interventions non planifiées Scénario 1 Compensation de 25 % pour les changements à moyen terme (>48h à l'avance) et de 50 % pour les changements à court terme (<48h à l'avance) EPT : 526 Coûts supplémentaires : env. 47 millions de fr. Scénario 2 Uniquement compensation de 50 % pour les changements à court terme (<48h à l'avance) EPT : 325 Coûts supplémentaires : env. 29 millions de fr.

3.4 Conséquences pour les agents payeurs

Les calculs présentés ci-dessous reposent sur les systèmes de financement actuel et futur (financement uniforme des prestations). Ils ne tiennent pas compte des résultats des discussions sur les autres modalités de financement possibles (cf. ch. 4.2).

Hôpitaux

En l'état, il y a lieu de penser que le Conseil fédéral pourra mettre en vigueur la LCTSI courant 2028. Si les coûts supplémentaires étaient totalement indemnisés dans le cadre de la tarification actuelle des prestations LAMal, le financement des surcoûts incombant aux hôpitaux serait réparti selon les modalités prévues dans le dispositif de financement uniforme des prestations selon la modification afférente de la LAMal du 22 décembre 2023⁴.

⁴ RO 2025 107

Pendant une période transitoire de quatre ans (de 2028 à 2031), les cantons devraient ainsi prendre à leur charge au minimum 24,5 % des coûts supplémentaires, tandis que la part de l'assurance obligatoire des soins (AOS) s'élèverait à 75,5 %. À partir de 2032, les cantons assumeraient au moins 26,9 % des coûts supplémentaires et les assureurs-maladie au maximum 73,1 %⁵. Si l'on se base sur les estimations de coûts faites dans le cadre de l'approfondissement de l'AIR, cela signifie que les assureurs-maladie, et donc les payeurs de primes, auraient à supporter une charge supplémentaire de plus de 710 millions de francs, puis à partir de 2032 d'environ 690 millions de francs, tandis que les cantons et les communes devraient déboursier plus de 250 puis 230 millions de francs⁶. Cette augmentation des coûts à la charge des assureurs-maladie entraînerait une hausse de la prime moyenne de 2 %. L'impact sur la prime moyenne a été calculé sur la base des 36,6 milliards de francs de dépenses totales (prestations nettes) de l'AOS en 2024.

EMS et services d'aide et de soins à domicile

Pour les EMS et les services d'aide et de soins à domicile, les règles fixées dans le nouveau régime de financement des soins entré en vigueur en 2011 s'appliquent jusqu'à ce que les prestations de soins soient intégrées dans le dispositif de financement uniforme au 1^{er} janvier 2032 (pour des informations détaillées, voir le ch. 4.1). Le tableau ci-dessous présente une estimation des conséquences pour les agents payeurs compte tenu de ces éléments.

	Cantons/communes	AOS/payeurs de primes	Impact sur la prime moyenne ⁷
Variante : coûts supplémentaires supportés uniquement par les financeurs résiduels	1,16 milliard de fr.	0 franc	0 %
Variante : hausse des cotisations de l'AOS ⁸	530 millions de fr.	626 millions de fr.	1,7 %
Dépenses après l'introduction du financement uniforme	310 millions de fr.	846 millions de fr.	2,3 %

⁵ Les dispositions transitoires de la modification de la LAMal (Financement uniforme des prestations) prévoient que la participation minimale des cantons au financement des prestations ambulatoires et stationnaires (sans prestations de soins) s'élève à 24,5 % de 2028 à 2031. Les cantons dans lesquels l'importance relative des secteurs stationnaire et ambulatoire divergeait fortement de la moyenne suisse (plus de 1 %) de 2016 à 2019 bénéficieraient pendant cette période transitoire d'une adaptation progressive, avec une évolution de leur participation aux coûts ne dépassant pas 1 % par an (voir le tableau fixant les participations minimales par canton dans les dispositions transitoires). Dans tous les cas, les cantons peuvent opter pour une participation plus élevée au financement.

⁶ Il est possible que des charges additionnelles surviennent, les coûts de certaines mesures n'ayant pas pu être évalués dans l'AIR faute de données.

⁷ L'impact sur la prime moyenne a été calculé sur la base des 36,6 milliards de francs de dépenses totales (prestations nettes) de l'AOS en 2024.

⁸ Répartition prévisionnelle des coûts : 54 % AOS et 46 % financeurs résiduels (cantons et communes). Cf. documents relatifs à la votation sur le financement uniforme des prestations.

3.5 Estimation des économies

Comme expliqué au ch. 3.1, une amélioration des conditions de travail peut entraîner une diminution du taux de rotation du personnel et du besoin en personnel temporaire externe. L'estimation de ces économies est au moins aussi délicate que l'évaluation des coûts supplémentaires. De plus, les différentes institutions de santé sont en concurrence pour le recrutement du personnel. Les chiffres qui suivent sont donc présentés ici à titre d'exemple uniquement.

Réduction des taux de sortie

Selon le Monitoring national du personnel soignant de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), le taux de sortie du personnel soignant s'est établi à 23,9 % en moyenne nationale en 2023 (tous niveaux de formation confondus)⁹. Cette année-là, le secteur des soins employait au total 212 756 personnes¹⁰. Ce sont donc quelque 50 800 postes qu'il a fallu pourvoir.

ARTISET estime, sur la base d'indications non représentatives, que pourvoir un poste vacant coûte entre six et neuf mois de salaire. Le Monitoring national du personnel soignant a établi que le salaire médian de l'ensemble des personnes actives dans les soins et l'accompagnement en 2022 s'élevait à 6613 francs par mois¹¹. Repourvoir un poste vacant coûte ainsi, selon les estimations d'**ARTISET**, 40 000 à 60 000 francs environ. Par extrapolation, on peut donc estimer que pourvoir les postes vacants en 2023 a coûté 2 à 3 milliards de francs environ. Ainsi, chaque baisse de 10 % du taux de fluctuation peut théoriquement apporter des économies de l'ordre de 200 à 300 millions de francs.

Aide et soins à domicile Suisse relève à ce propos que, si le modèle d'impact de la LCTSI paraît plausible, l'ampleur et le moment où les effets escomptés se concrétiseront restent incertains.

Réduction du besoin en personnel temporaire

Il est actuellement impossible d'estimer la réduction des coûts pouvant découler d'une réduction du besoin en personnel temporaire. Cela tient, d'une part, à l'existence de *pools* de personnel prêt à s'engager dans des interventions à court terme et, d'autre part, à la variabilité du besoin en personnel temporaire externe selon les établissements de santé. De plus, les coûts supplémentaires engendrés par le recours à du personnel temporaire externe dépendent des conditions contractuelles, qui elles aussi varient selon les établissements de santé.

4 Financement des coûts supplémentaires résultant de la LCTSI

4.1 Systèmes de financement existants

Le personnel soignant salarié travaille en très grande majorité pour des hôpitaux, des EMS ou des services d'aide et de soins à domicile. Dans la mesure où ces institutions sont admises à fournir des prestations, elles peuvent facturer les prestations de leurs salariés à la charge de l'AOS. Les prestations fournies par le personnel soignant employé dans les hôpitaux dans le secteur stationnaire et rentrant dans le catalogue des prestations défini en vertu de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) sont rémunérées selon les règles

⁹ Cf. Monitoring des soins, indicateur « Taux de rotation » : <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicateur/pflemo/taux-de-rotation>

¹⁰ Cf. Monitoring des soins, indicateur « Effectif et densité en personnel » : <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicateur/pflemo/effectif-et-densite-en-personnel>

¹¹ Cf. Monitoring des soins, indicateur « Salaire » : <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicateur/pflemo/salaire>

du financement des hôpitaux. Les prestations fournies par le personnel soignant employé dans les EMS et les services d'aide et de soins à domicile sont rémunérées selon les règles du financement des soins. Les modalités de répartition du financement entre les assurés, les assureurs-maladie, la Confédération et les cantons dans ces deux domaines sont brièvement expliquées dans les paragraphes qui suivent.

Financement des prestations LAMal fournies dans les hôpitaux

Les traitements stationnaires, y compris le séjour et les soins dispensés à l'hôpital, sont rémunérés par des forfaits, qui sont financés par l'assureur-maladie et le canton de résidence de l'assuré selon leurs parts respectives (art. 49a, al. 1, LAMal). La part du canton de résidence s'élève à 55 % au moins et celle de l'assureur-maladie à 45 % au plus (art. 49a, al. 2^{ter}, LAMal). Les tarifs sont fixés par convention entre les assureurs et les hôpitaux (art. 43, al. 4, LAMal) et doivent être approuvés par l'autorité compétente (art. 46 LAMal). Il s'agit en règle générale du gouvernement cantonal compétent. Si la convention doit s'appliquer dans l'ensemble de la Suisse, son approbation est du ressort du Conseil fédéral (art. 46, al. 4, et 49, al. 2, LAMal). Si aucune convention tarifaire n'est conclue, le gouvernement cantonal compétent fixe un tarif (art. 47 LAMal).

Selon les principes applicables, les tarifs couvrent au plus les coûts des prestations justifiés de manière transparente et les coûts nécessaires à la fourniture efficiente des prestations (art. 59c, al. 1, de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie, OAMal ; RS 832.102). Il existe trois structures tarifaires valables dans l'ensemble de la Suisse pour la rémunération des prestations hospitalières stationnaires : SwissDRG pour les prestations somatiques aiguës, TARPSY pour les prestations psychiatriques et ST Reha pour les prestations de réadaptation. Les structures tarifaires classent les cas en groupes formés de la manière la plus homogène possible, suivant des critères médicaux et économiques. Elles définissent pour les différents groupes de cas des coûts relatifs dépendant du degré de gravité, qui sont identiques pour tous les hôpitaux. Ils sont généralement calculés annuellement par Swiss-DRG SA sur la base des données relatives aux coûts et aux prestations par cas fournies par les hôpitaux. Les prestations du personnel soignant font partie de ces données et sont prises en compte dans le calcul des coûts relatifs. La structure tarifaire prévoit en outre d'autres rémunérations pour les prestations rares ou coûteuses (notamment les traitements de soins complexes) qui ne peuvent pas être remboursées de manière adéquate sous forme de forfait.

Le tarif qu'un hôpital peut facturer pour un traitement est déterminé en multipliant les coûts relatifs de la structure tarifaire par les prix de base négociés entre les partenaires tarifaires ou fixés par le gouvernement cantonal. Les prix de base de chaque hôpital font l'objet de négociations régulières entre les partenaires tarifaires. Les coûts des hôpitaux pour un cas standardisé (coûts de revient par cas standardisé avec un coût relatif de 1,0) sont calculés sur la base des données relatives aux coûts et aux prestations des hôpitaux. Leur efficacité est analysée au moyen d'une évaluation comparative. La valeur de référence qui en résulte constitue la base des négociations tarifaires individuelles des hôpitaux, au cours desquelles il est possible d'appliquer des majorations ou des réductions pour différencier les tarifs des différents hôpitaux.

Les coûts du personnel soignant sont pris en compte dans les coûts de revient des hôpitaux pour les prestations LAMal. Ces données, qui sont fournies par les hôpitaux, entrent ainsi dans le calcul des coûts des hôpitaux pour les cas standardisés. Si, en raison des dispositions réglementaires, les coûts des soins augmentent pour tous les hôpitaux, il devrait en résulter – sous réserve d'autres influences sur les coûts de revient – une hausse des coûts

des cas standardisés comparés entre établissements, et donc une augmentation de la valeur de référence et des prix de base des hôpitaux¹².

Suite à la modification du 22 décembre 2023 de la LAMal (Financement uniforme des prestations)¹³, la prise en charge des prestations hospitalières stationnaires à partir de 2028 passe de 55 % à 26,9 % au moins pour le canton de résidence et de 45 % à 73,1 % au plus pour les assureurs-maladie¹⁴. Les autres dispositions ayant trait aux tarifs hospitaliers stationnaires et à la méthode de calcul des tarifs décrite plus haut ne subissent en principe aucune modification.

Financement des prestations de soins LAMal fournies par les EMS et les services d'aide et de soins à domicile

Le nouveau régime de financement des soins entré en vigueur en 2011 prévoit notamment que l'AOS contribue aux prestations de soins dispensées en ambulatoire, c'est-à-dire en dehors du secteur hospitalier stationnaire. Cela s'applique en particulier aux prestations fournies à domicile, dans des structures de soins de jour ou de nuit et dans les EMS (art. 25a, al. 1, LAMal).

Le Conseil fédéral fixe les contributions de l'AOS en fonction des soins requis. Les assurés participent également au financement de ces prestations, sans dépasser 20 % de la contribution maximale de l'AOS fixée par le Conseil fédéral. Les cantons règlent le financement résiduel (art. 25a, al. 4 et 5, LAMal), qui s'applique de manière générale, que le prestataire détienne ou non un mandat de prestations cantonal ou communal. Toutefois, il n'y a de droit au financement résiduel que si, malgré une prestation efficiente des soins, il subsiste encore des coûts non couverts. Les modalités du financement résiduel varient selon les cantons.

En ce qui concerne les prestations de soins, on distingue les mesures d'évaluation, de conseil et de coordination (art. 7, al. 2, let. a, de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ; ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS ; RS 832.112.31), les soins de base (art. 7, al. 2, let. c, OPAS) et les examens et les traitements (art. 7, al. 2, let. b, OPAS). Depuis le 1^{er} juillet 2024, les évaluations, les conseils, la coordination et les soins de base peuvent être fournis à la charge de l'AOS sans prescription ni mandat médical, ce qui confère davantage d'autonomie au personnel soignant. En revanche, les examens et les traitements doivent encore être effectués sur prescription ou mandat médical, puisqu'ils sont étroitement liés au traitement médical (art. 8 OPAS). L'évaluation préalable des soins requis reste nécessaire dans tous les cas. L'évaluation doit être transmise au médecin traitant pour information (art. 8a OPAS).

¹² La différenciation tarifaire n'est toutefois pas automatique et doit être négociée au cas par cas entre les partenaires tarifaires. H+ souligne en outre que le renchérissement de ces dernières années n'a été que partiellement pris en compte dans les prix de base des hôpitaux.

¹³ RO 2025 107

¹⁴ Les dispositions transitoires de la modification de la LAMal (Financement uniforme des prestations) prévoient que la participation minimale des cantons au financement des prestations ambulatoires et stationnaires (sans prestations de soins) s'élève à 24,5 % de 2028 à 2031. Les cantons dans lesquels l'importance relative des secteurs stationnaire et ambulatoire divergeait fortement de la moyenne suisse (plus de 1 %) de 2016 à 2019 bénéficieront pendant cette période transitoire d'une adaptation progressive, avec une évolution de leur participation aux coûts ne dépassant pas 1 % par an (voir le tableau fixant les participations minimales par canton dans les dispositions transitoires). Dans tous les cas, les cantons peuvent opter pour une participation plus élevée au financement.

L'art. 7a OPAS indique les montants pris en charge par les assureurs-maladie. Ces montants sont variables selon les fournisseurs de prestations : pour les infirmiers indépendants et les services d'aide et de soins à domicile, les tarifs sont fixés par heure et par type de prestation (art. 7a, al. 1, OPAS) ; pour les EMS, ils sont fixés par jour et par soins requis, en minutes nécessaires (art. 7a, al. 3, OPAS). Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a calculé les montants applicables depuis le 1^{er} janvier 2011 séparément pour le secteur des EMS et pour le secteur de l'aide et des soins à domicile et les a inscrits à l'art. 7a OPAS¹⁵. Ces montants ont été déterminés de manière à respecter les exigences relatives à la neutralité des coûts. Ainsi, les montants des soins remboursés par l'AOS devaient être définis de manière à correspondre à la somme des remboursements des soins fournis en ambulatoire et en EMS durant l'année précédant l'entrée en vigueur de la modification de la loi (2010). Les dispositions transitoires de la modification du 13 juin 2008 de la LAMal prévoyaient d'ailleurs que le Conseil fédéral devrait procéder aux adaptations nécessaires les années suivantes si la neutralité des coûts ne pouvait pas être respectée.

Les montants ont ainsi été adaptés au 1^{er} janvier 2020 : ils ont été revus légèrement à la hausse pour les EMS et légèrement à la baisse pour les services d'aide et de soins à domicile. La méthode de calcul des contributions aux soins et le calcul détaillé du facteur de correction sont présentés dans le commentaire des modifications de l'OPAS du 2 juillet 2019 portant sur la neutralité des coûts et l'évaluation des soins requis¹⁶.

À partir de 2032, le financement uniforme des prestations de l'AOS remplacera le nouveau régime de financement des soins en vigueur. Lorsque les prestations de soins seront intégrées dans le financement uniforme en 2032, les assureurs-maladie financeront les prestations de soins LAMal. Les tarifs applicables seront à convenir entre les partenaires tarifaires. Comme pour les autres prestations LAMal, les assureurs-maladie prendront en charge au maximum 73,1 % du remboursement et le canton de résidence au minimum 26,9 %. De façon générale, les tarifs des soins doivent être déterminés selon les mêmes principes que les autres tarifs : ils doivent reposer sur des données relatives aux coûts et aux prestations qui sont effectives, uniformes et transparentes et correspondre à des tarifs couvrant les coûts nécessaires à une fourniture efficiente des prestations. Les patients continueront à assumer une part des coûts, toujours fixée par le Conseil fédéral.

4.2 Propositions des participants à la table ronde

Lors de la première table ronde, le 20 août 2025, les participants ont été priés d'exposer leurs idées concernant le financement des coûts supplémentaires prévisibles. Ces idées ont été discutées en détail lors des tables rondes suivantes. Les résultats de ces discussions sont présentés sous une forme synthétique dans le tableau ci-après et au ch. 5.2. Il convient de garder à l'esprit que l'intégration des prestations de soins dans le financement uniforme des prestations LAMal entraînera le remplacement du régime de financement actuel par des tarifs négociés entre les partenaires tarifaires, dont le financement sera réparti selon les modalités définies dans le nouveau cadre. Les propositions présentées pour financer les coûts supplémentaires que la mise en œuvre de la LCTSI entraînera pour les EMS et les services d'aide et de soins à domicile doivent donc être comprises comme des « solutions transitoires » jusqu'en 2031 puis, à partir de 2032, comme des solutions à moyen ou long terme.

¹⁵ Le Conseil fédéral a délégué cette compétence au DFI à l'art. 33, let. i, OAMal.

¹⁶ Ce commentaire peut être consulté à l'adresse : www.ofsp.admin.ch > Politique & lois > Bases juridiques > Législation Assurances > Bases légales Assurance-maladie > Projets législatifs terminés > Financement des soins > Modification du 2 juillet 2019 de l'OPAS (La neutralité des coûts ainsi que l'évaluation des soins requis). Lien direct : <https://www.bag.admin.ch/fr/assurance-maladie-projets-legislatifs-termine#Financement-des-soins->.

Options pour le financement des coûts supplémentaires résultant de la LCTSI				
	Hôpitaux	EMS et services d'aide et de soins à domicile 2028-2031	EMS et services d'aide et de soins à domicile à partir de 2032	Remarques et évaluations des participants et de l'administration
Approche 1 : financement hors LAMal	Les coûts supplémentaires dus à la LCTSI sont couverts par un financement additionnel des cantons et ne rentrent pas dans le calcul de la rémunération prévue par la LAMal.	Les coûts supplémentaires dus à la LCTSI sont couverts par un financement additionnel des cantons, en plus du financement résiduel visé à l'art. 25a, al. 5, LAMal, qui reste inchangé.	Les coûts supplémentaires dus à la LCTSI sont couverts par un financement additionnel des cantons et ne rentrent pas dans le calcul des tarifs des prestations de soins.	Les coûts supplémentaires dus à la LCTSI sont financés par l'impôt ; les payeurs de primes ne sont pas impactés. L'ASI, l'USS et Travail.Suisse se sont clairement prononcés en faveur de l'approche 1. Les acteurs suivants s'y sont opposés : la CDS, ARTISET, senesuisse, H+, Aide et soins à domicile Suisse et l'ASPS. Les associations patronales (sauf H+) ont avant tout motivé leur refus par des considérations opérationnelles, notant que la transparence et la délimitation des coûts requises ne pouvaient être garanties (cf. aussi explications après le tableau).
Approche 1 complétée : participation financière de la Confédération	La Confédération contribue au financement additionnel des cantons (par analogie avec les contributions fédérales allouées aux cantons pour les dépenses engendrées par la mise en œuvre de la loi relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers).			L'USS et Travail.Suisse sont favorables à une participation financière de la Confédération. Dans son message du 21 mai 2025, le Conseil fédéral s'y est en revanche opposé (chap. 2.3.1, p. 27 ss), au motif que la responsabilité de la garantie des soins continue d'incomber aux cantons et que la situation financière de la Confédération est difficile.
Approche 2 : financement LAMal, adaptation des tarifs basée sur des données	Les coûts supplémentaires dus à la LCTSI rentrent dans le calcul de la rémunération prévue à l'art. 49, al. 1, LAMal et dans les systèmes de rémunération des autres assurances sociales (AI, AA, AM), selon les règles générales fixées dans la LAMal.	Les contributions de l'AOS et le financement résiduel des cantons et des communes sont adaptés pour 2030 et 2031 sur la base de données (en proportion de la part estimée de l'AOS et de la part estimée des cantons et des communes aux dépenses totales pour les prestations de soins).	Les coûts supplémentaires dus à la LCTSI rentrent dans le calcul des tarifs de soins et dans les systèmes de rémunération des autres assurances sociales (AI, AA, AM) selon les règles générales fixées dans la LAMal.	La mise en œuvre suit les processus et les règles usuels de la LAMal. Les payeurs de primes supportent env. 3/4 des coûts supplémentaires dus à la LCTSI. Sans modification de la LAMal, toute augmentation des contributions de l'AOS entraîne une hausse de la participation des patients. Toutes les associations patronales et la CDS se sont prononcées en faveur de cette approche. Pour la CDS, il est essentiel que l'augmentation des contributions de l'AOS coïncide avec l'adaptation du financement résiduel. L'ASPS et senesuisse ont relevé que la diversité cantonale dans la mise en œuvre du financement résiduel pour les EMS et les services d'aide et de soins à domicile sans mandat de prestations pouvait entraîner des difficultés.

Approche 2 complétée : financement transitoire pour les deux premières années	Les coûts supplémentaires dus à la LCTSI rentrent de manière prospective, sur la base d'estimations, dans le calcul de la rémunération prévue à l'art. 49, al. 1, LAMal et dans les systèmes de rémunération des autres assurances sociales (AI, AA, AM) pour une période transitoire de deux ans au plus.	Les contributions de l'AOS et le financement résiduel sont adaptés de manière prospective, sur la base d'estimations, pour les deux années suivant l'entrée en vigueur (en proportion de la part estimée de l'AOS et de la part estimée des cantons et des communes aux dépenses totales pour les prestations de soins).	Les coûts supplémentaires dus à la LCTSI devraient apparaître dans les données utilisées en 2031 lors des négociations tarifaires pour 2032 ; la question d'une adaptation tarifaire prospective ne se pose vraisemblablement pas.	Les coûts supplémentaires doivent être reflétés dans les tarifs dès le moment où ils sont effectifs, sans retard. Les payeurs de primes supportent env. 3/4 des coûts supplémentaires dus à la LCTSI. Les associations patronales ont insisté sur l'importance de compléter l'approche 2. Elles ne soutiennent pas le P-LCTSI si les coûts supplémentaires des deux premières années suivant l'entrée en vigueur ne sont pas financés. prio.swiss et la CDS se sont clairement opposés à une prise en compte prospective des coûts supplémentaires pour les hôpitaux calculés sur la base d'estimations. Cela correspond à la position du Conseil fédéral (cf. explications après le tableau). Imposer une telle approche créerait un précédent et générerait une incertitude juridique. La CDS a en revanche plaidé pour une hausse des contributions de l'AOS aux EMS et aux services d'aide et de soins à domicile et du financement résiduel dès l'entrée en vigueur.
---	--	---	---	--

Problématiques concernant la réglementation du financement des coûts supplémentaires

Les participants à la table ronde ont également relevé un certain nombre de défis à prendre en considération dans la réglementation du financement des coûts supplémentaires résultant de la LCTSI :

- **Justification transparente des coûts supplémentaires** : si le but est de couvrir les coûts supplémentaires au moyen d'un financement additionnel (cf. approche 1 dans le tableau ci-dessus) ou de les prendre en compte de manière prospective dans le calcul des rémunérations (cf. approche 2 complétée), il convient de faire un état très précis de ces coûts et notamment de les délimiter par rapport aux charges de personnel encourues en l'absence de mesures visant la fourniture de prestations de soins prévues par la LAMal. Arriver à une telle transparence dans les coûts, au besoin en les détaillant pour chaque mesure, serait un grand défi pour les fournisseurs de prestations. De même, il faudrait mettre en évidence et prendre en compte les économies obtenues grâce à la redistribution interne des charges de personnel, à la baisse du taux de rotation et à la réduction du besoin en personnel temporaire externe.
- **Prise en compte prospective des coûts supplémentaires** : la tarification prévue par la LAMal repose sur les coûts effectivement engagés, attestés et corrigés de l'efficacité. Dans la pratique, les dernières évolutions de salaires et de prix disponibles sont également prises en compte, réduisant le décalage entre l'année tarifaire t et la base statistique (t-1 au lieu de t-2). Ce mécanisme s'appuie sur des données, mais n'est pas automatique. Ainsi, la détermination tarifaire continue de reposer sur les coûts effectivement engagés et validés en termes d'efficacité, sans indexation automatique. Selon la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral (TAF), les coûts supplémentaires prospectifs peuvent être pris en compte lors de la fixation des tarifs (au moyen d'un supplément général appliqué à la valeur de référence), à condition qu'ils concernent l'ensemble des hôpitaux¹⁷. Mais il en ressort également qu'une adaptation prospective des tarifs fondée sur des hausses de coûts qui n'affectent pas tous les hôpitaux de la même manière, dont il n'est pas certain qu'elles se réalisent ou qui ne peuvent être chiffrées avec exactitude, contrevient à la règle de fixation des tarifs inscrite dans la LAMal. Les éventuels coûts supplémentaires dus à la LCTSI ne répondent à aucun des critères d'exception qui doivent être remplis simultanément. Dans l'ensemble, on ignore si les mesures introduites par la LCTSI généreront des coûts supplémentaires et, le cas échéant, leur ampleur. Ces mesures pourraient également conduire à des économies (p. ex. en réduisant les taux de fluctuation du personnel et le recours à du personnel temporaire externe, cf. ch. 3.5). L'ampleur des éventuels coûts supplémentaires est donc très difficile à anticiper, et il n'est pas certain qu'ils se manifestent réellement au cours de l'année tarifaire¹⁸. En outre, les fournisseurs de prestation ne seront vraisemblablement pas affectés de la même manière par d'éventuels coûts supplémentaires dus aux mesures de la LCTSI : ces mesures visent à améliorer les conditions de travail dans

¹⁷ Dans sa jurisprudence relative à l'introduction des nouvelles règles de financement hospitalier, le TAF a indiqué qu'il serait contraire à la règle de fixation des tarifs inscrite dans la LAMal de tenir compte de l'augmentation des coûts d'un seul hôpital pour calculer la valeur de référence générale. Seuls les surcoûts prospectifs qui concernent l'ensemble des hôpitaux comparés et qui sont certains de se produire durant l'année tarifaire peuvent être pris en compte, sous la forme d'un supplément général appliqué à la valeur de référence, tout en laissant une marge d'appréciation aux cantons (cf. ATAF 2014/36 c. 18.2.2, C-3846/2013, C-3892/2013 c. 8.3.7).

¹⁸ À cet égard, le TAF a indiqué dans son arrêt C-3892/2013 que la prise en compte de coûts prospectifs qui vont intervenir avec certitude durant l'année tarifaire pour la détermination de la valeur de référence est correcte (cf. c. 8.3.7). Cette condition ne paraît pas remplie en l'espèce.

le domaine des soins, mais ces dernières varient d'ores et déjà d'un fournisseur de prestations à l'autre. À cela s'ajoute l'obligation prévue par le P-LCTSI de négocier des CCT, dont les résultats peuvent également diverger. Les éventuels coûts supplémentaires devraient donc varier d'un fournisseur de prestations à l'autre, si bien que ces derniers ne seront vraisemblablement pas touchés dans la même mesure¹⁹.

Dans le domaine hospitalier stationnaire et, à partir de 2032, vraisemblablement aussi dans le domaine des soins, les hausses de coûts sont prises en compte dans les tarifs avec un décalage de deux ans via les prix de base fondés sur les coûts. Prendre en compte des coûts prospectifs calculés sur la base d'estimations constituerait un précédent de découplage entre les tarifs et les coûts effectivement encourus et attestés. Au final, les tarifs ne seraient plus fondés sur les prestations réellement fournies ni sur les coûts effectifs, attestés et corrigés de l'efficience, mais sur des prévisions de coûts. Cela risquerait d'entraîner des surcoûts injustifiés pour l'AOS et donc pour les payeurs de primes, tout en générant une insécurité juridique dans la fixation des tarifs.

- **Conséquences de l'intégration des prestations de soins dans le financement uniforme :** après l'introduction du financement uniforme des soins en 2032, les payeurs de primes supporteront une part des coûts supplémentaires engagés dans les EMS et les services d'aide et de soins à domicile plus importante que dans le régime de financement des soins actuel (répartition des coûts en 2022 : payeurs de primes env. 54 %, cantons env. 46 % ; répartition dans le régime du financement uniforme : payeurs de primes max. 73,1 %, cantons min. 26,9 %). Plusieurs participants à la table ronde ont donc relevé qu'il pourrait être nécessaire d'adapter en faveur des payeurs de primes le taux applicable à la part cantonale dans le régime du financement uniforme.

5 Conclusions

5.1 Adaptation des mesures proposées par le Conseil fédéral

La position des acteurs par rapport aux mesures proposées par le Conseil fédéral n'a pas changé par rapport à leurs réponses à la consultation et à leurs déclarations lors de l'audition menée par la CSSS-N le 4 juillet 2025. Seule une proposition de reformulation de l'art. 13, al. 2, P-LCTSI a pu être approuvée par l'ensemble des participants à la table ronde, à l'exception de H+.

5.2 Financement des coûts supplémentaires

Les discussions lors de la table ronde n'ont pas fait ressortir d'approche ayant les faveurs de tous les participants pour le financement des coûts supplémentaires.

Couverture des coûts supplémentaires par des redistributions au sein des institutions

Il n'y a pas eu de consensus sur la question de savoir si et, si oui, dans quelle mesure des redistributions au sein des institutions visée permettraient de couvrir les coûts supplémentaires. **Prio.swiss** a toutefois souligné qu'au moins une partie des surcoûts devrait être supportée par les fournisseurs de prestations. Le seul consensus a porté sur le fait qu'il serait difficile aux EMS et aux services d'aide et de soins à domicile de couvrir les coûts

¹⁹ Comme indiqué à la note de bas de page 17, la prise en compte prospective de surcoûts n'est correcte que s'ils vont intervenir avec certitude durant l'année tarifaire et toucher tous les hôpitaux comparés (cf. également ATAF C-3892/2013 c. 8.3.7).

supplémentaires par de telles réallocations des ressources. Quant aux hôpitaux, **prio.swiss** et **H+** ont exprimé des opinions divergentes.

Couverture des coûts supplémentaires par l'impôt ou les payeurs de primes

Les avis divergent sur les proportions dans lesquelles les coûts supplémentaires prévisibles doivent être financés par l'impôt ou les payeurs de primes. Sans autre réglementation, les coûts supplémentaires dans le domaine de la LAMal seraient à la charge des payeurs de prime à hauteur de 3/4 environ et des cantons à hauteur de 1/4 environ à partir de 2032. L'**ASI**, l'**USS** et **Travail.Suisse** sont favorables au financement des coûts supplémentaires dus à la LCTSI par une contribution supplémentaire des cantons – avec une éventuelle participation fédérale – et donc par l'impôt (approche 1). Pour l'**ASI**, le financement des coûts supplémentaires doit rester prioritaire. Les **associations patronales**, **prio.swiss** et la **CDS** se sont en revanche ralliées à l'approche 2, qui prévoit un financement par les mécanismes existants. **Prio.swiss** a toutefois insisté sur le fait que les surcoûts identifiés pèseraient trop lourdement sur les payeurs de primes. La plupart des **associations patronales** rejettent un financement par l'impôt, jugeant que la transparence et la délimitation des coûts nécessaires ne pourraient être assurées. Si un tel financement devait néanmoins être introduit, **ARTISET** privilégierait une modification du pourcentage de la contribution cantonale aux prestations de la LAMal (cf. également plus bas). **Senesuisse** a en outre relevé que, les décisions cantonales étant marquées par des considérations de politique financière, la sécurité du financement n'était pas assurée. L'**ASI** estime que l'approche 2 serait envisageable après une phase de financement transitoire supplémentaire.

Couverture des coûts supplémentaires pendant les deux premières années

Aucun consensus n'a émergé entre les participants favorables à l'approche 2 sur la question du financement des coûts supplémentaires durant les deux premières années suivant l'entrée en vigueur de la LCTSI. Certains participants à la table ronde ont proposé de compléter l'approche 2 afin que, par dérogation aux règles usuelles de la LAMal, la rémunération des prestations hospitalières stationnaires repose, durant une période maximale de deux ans à compter de l'entrée en vigueur, non pas sur les coûts effectifs constatés mais sur les coûts futurs estimés. Pour les **associations patronales**, le complément proposé, présenté dans le tableau, est essentiel. Si aucun financement n'était prévu pour les coûts supplémentaires des deux premières années suivant l'entrée en vigueur, elles s'opposeraient au projet, car une compensation interne de ces coûts serait, selon elles, financièrement intenable et donc non réalisable.

Coûts supplémentaires des hôpitaux : étant donné les défis entourant l'estimation des coûts supplémentaires exposés au ch. 3.1 et les conséquences d'une prise en compte prospective des coûts supplémentaires évoquées au ch. 4.2, **prio.swiss** et la **CDS** rejettent la proposition de **H+** pour ce qui est du financement hospitalier. Cela correspond à la position du **Conseil fédéral** (cf. également les explications après le tableau). Imposer cette approche créerait un précédent et une insécurité juridique en matière de fixation des tarifs. Elle pénaliserait en outre les fournisseurs de prestations qui auraient d'ores et déjà amélioré les conditions de travail de leur propre initiative, sans obligation légale, et qui ne pourraient plus les faire valoir de manière prospective, ou seulement de façon partielle.

Coûts supplémentaires des EMS et des services d'aide et de soins à domicile : en ce qui concerne le financement des coûts supplémentaires des EMS et des services d'aide et de soins à domicile, les **associations patronales** et la **CDS** plaident en faveur d'une hausse simultanée de la contribution de l'AOS et du financement résiduel à partir de 2028. Tant le **Conseil fédéral** que **prio.swiss**, l'**USS** et **Travail.Suisse** ne soutiennent pas cette proposition. Une augmentation de la contribution de l'AOS doit au minimum reposer sur des données. Quant au financement résiduel, son adaptation peut être négociée à tout moment, dès l'entrée en vigueur de la LCTSI, entre les fournisseurs de prestations concernés et les cantons ou les communes.

Adaptation de la clé de répartition du financement uniforme

Si l'approche 2 est poursuivie, les **associations patronales**, l'**USS**, **Travail.Suisse** et **prio.swiss** estiment qu'une adaptation du pourcentage de la contribution cantonale devra être envisagée à compter de 2032²⁰, l'**USS**, **Travail.Suisse** considérant même cela comme une condition indispensable, afin d'éviter que les coûts supplémentaires dus à la LCTSI fassent peser une charge trop lourde sur les payeurs de primes. La **CDS** a en outre fait valoir qu'il serait politiquement et démocratiquement problématique que la LCTSI ait pour effet de remettre en cause d'autres décisions populaires, comme celle relative au financement uniforme, et de rouvrir le débat sur les mécanismes de financement de la LAMal et la répartition entre primes et impôts.

Inscription dans la LCTSI d'une disposition réglant la compensation des coûts supplémentaires

Il est possible, pour mettre en œuvre l'approche 2 (sans complément), de rajouter dans la LCTSI une disposition indiquant que les coûts supplémentaires doivent être réglés à travers les systèmes de financement existants. L'administration estime que cette disposition n'est pas indispensable, car, même en l'absence de réglementation explicite, les coûts supplémentaires dus à la LCTSI rentreront de toute façon dans les coûts déterminants pour le calcul des tarifs. Les **associations patronales dans le domaine des soins de longue durée** se sont exprimées en faveur de l'inscription d'une telle disposition dans la LCTSI ; l'**USS**, **Travail.Suisse**, l'**ASI** et **prio.swiss** s'y sont opposés. Selon l'**ASI**, cela aurait pour effet d'entériner la répartition des surcoûts entre les agents payeurs.

Art. XX

Les coûts supplémentaires encourus pour la fourniture de prestations du fait de la présente loi sont intégrés dans les coûts devant être pris en compte pour la détermination des tarifs prévus par la loi fédérale sur l'assurance-maladie et dans les systèmes de rémunération de l'assurance-accidents, de l'assurance-invalidité et de l'assurance militaire.

²⁰ Il est possible que la LCTSI entraîne avant 2032 des coûts supplémentaires dans les prestations hospitalières stationnaires, que les payeurs de primes devront contribuer à financer sans adaptation du taux de contribution des cantons. Il y a lieu d'accepter cette éventualité pour les années précédant 2032, cela pour trois raisons : premièrement, la charge supplémentaire pour les payeurs de prime resterait provisoire puisque le pourcentage des contributions cantonales sera adapté à partir de 2032. Deuxièmement, pendant les années précédant 2032, la mise en œuvre de la première phase du financement uniforme allégera vraisemblablement la charge des payeurs de primes : les cantons participent déjà au financement des prestations ambulatoires, et le financement résiduel des prestations de soins suivra les règles actuelles, généralement plus favorables aux payeurs de primes. Troisièmement, une adaptation du taux individuel des cantons pour leur contribution de 2028 à 2031 inclus serait excessivement complexe.