

Delémont, le 30 octobre 2026

**AVANT-PROJET DE REVISION PARTIELLE DE LA LOI D'INTRODUCTION DE LA LOI
FEDERALE SUR L'ASSURANCE-MALADIE**

**Mise en œuvre cantonale de la modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur
l'assurance-maladie (LAMal) relative aux mesures visant à freiner la hausse des coûts
(objectifs en matière de coûts et de qualité)**

**Mise en œuvre cantonale de la modification de la LAMal relative au financement
uniforme des prestations (EFAS ; première étape (1^{er} janvier 2028) : prestations
ambulatoires et stationnaires)**

Rapport explicatif relatif à l'ouverture de la procédure de consultation

Table des matières

I.	CONTEXTE	1
A.	<i>Objectifs en matière de coûts et de qualité</i>	<i>1</i>
B.	<i>Financement uniforme des prestations</i>	<i>1</i>
C.	<i>Objectifs de l'avant-projet de révision partielle de la LiLAMal et nécessité de légiférer</i>	<i>3</i>
II.	EXPOSE DE L'AVANT-PROJET	4
A.	<i>Objectifs en matière de coûts et de qualité (art. 54a LAMal ; art. 19a AP-LiLAMal).....</i>	<i>4</i>
B.	<i>Financement uniforme des prestations</i>	<i>5</i>
1.	<i>Limitations de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.....</i>	<i>5</i>
a)	<i>Remarques introductives</i>	<i>5</i>
b)	<i>Limitation d'admission des médecins (art. 55a LAMal ; art. 19b AP-LiLAMal).....</i>	<i>5</i>
c)	<i>Limitation d'admission des autres fournisseurs de prestations (art. 55b nLAMal ; art. 19c AP-LiLAMal).....</i>	<i>5</i>
2.	<i>Financement des prestations de l'assurance obligatoire des soins</i>	<i>6</i>
a)	<i>Remarques introductives</i>	<i>6</i>
b)	<i>Contribution cantonale aux coûts des prestations de l'assurance obligatoire des soins (art. 19e à 19i AP-LiLAMal).....</i>	<i>6</i>
3.	<i>Traitement des données (art. 19j AP-LiLAMal).....</i>	<i>6</i>
C.	<i>Commentaire par articles</i>	<i>6</i>
III.	EFFETS DE L'AVANT-PROJET.....	6
A.	<i>Objectifs en matière de coûts et de qualité</i>	<i>6</i>
B.	<i>Financement uniforme des prestations</i>	<i>7</i>
1.	<i>Conséquences pour les personnes assurées</i>	<i>7</i>
2.	<i>Conséquences pour les professionnels de la santé.....</i>	<i>7</i>
3.	<i>Conséquences pour l'Etat.....</i>	<i>8</i>
a)	<i>Remarques introductives</i>	<i>8</i>
b)	<i>Conséquences financières directes pour l'Etat.....</i>	<i>8</i>
c)	<i>Conséquences financières indirectes pour l'Etat</i>	<i>10</i>
IV.	CONCLUSION.....	11
ANNEXE.....		1
	<i>Annexe 1 Tableau comparatif de l'avant-projet de révision de la loi d'introduction de la loi sur l'assurance-maladie.....</i>	<i>1</i>

I. Contexte

Le présent avant-projet de révision partielle de la loi portant introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 20 décembre 1996 (LiLAMal ; RSJU 832.10) s'inscrit dans le contexte de deux évolutions importantes du droit fédéral : d'une part, la mise en œuvre du nouveau dispositif d'objectifs en matière de coûts et de qualité prévu aux articles 54 et 54a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10)¹ et, d'autre part, la mise en œuvre de la première étape de la réforme du financement uniforme des prestations (ci-après : EFAS)².

Ces deux réformes poursuivent des objectifs distincts, mais présentent des liens étroits dans la mesure où elles renforcent toutes deux le rôle des cantons dans le pilotage du système de santé. La présente révision de la LiLAMal vise dès lors à doter le canton du Jura des bases légales nécessaires à l'exercice de ces nouvelles compétences et responsabilités, tout en assurant une mise en œuvre cohérente du droit fédéral à l'échelle cantonale.

A. Objectifs en matière de coûts et de qualité

La croissance des dépenses de l'assurance obligatoire des soins (AOS, aussi parfois appelée assurance de base) constitue un enjeu majeur de la politique sanitaire suisse. Elle se répercute directement sur les primes d'assurance-maladie et, par conséquent, sur les ménages et les finances publiques. Dans ce contexte, la Confédération a adopté différentes mesures visant à maîtriser la croissance des coûts de l'assurance obligatoire des soins, dont le contre-projet indirect à l'initiative populaire « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé », adopté le 29 septembre 2023 et entré en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

Cette réforme introduit notamment des objectifs en matière de coûts et de qualité. Selon l'article 54 LAMal, le Conseil fédéral est chargé de fixer, pour quatre ans, des objectifs nationaux dans ce domaine. Les premiers objectifs en matière de coûts, valables pour les années 2028 à 2031, devraient être fixés par le Conseil fédéral au plus tard fin 2026. L'article 54a LAMal permet aux cantons de fixer leurs propres objectifs pour la même période, en tenant compte des objectifs fédéraux et après consultation des assureurs, des personnes assurées et des fournisseurs de prestations.

Ce dispositif vise à maîtriser la croissance des coûts tout en garantissant une prise en charge de qualité et adaptée aux besoins de la population. La possibilité offerte aux cantons par l'article 54a LAMal constitue dès lors un instrument permettant de compléter le dispositif fédéral et de tenir compte des spécificités régionales dans le pilotage du système de santé.

B. Financement uniforme des prestations

EFAS vise à modifier le système de financement des prestations couvertes par l'assurance obligatoire des soins en uniformisant le mécanisme de financement des prestations ambulatoires et stationnaires, par l'introduction de nouvelles dispositions dans la LAMal. Cette réforme implique notamment une adaptation des modalités de participation financière des cantons et des outils de pilotage. Par l'introduction d'une clé de répartition unique pour tous les domaines, elle vise à ce que cantons et assureurs portent de manière plus équitable le poids de l'augmentation des coûts dans les différents domaines. L'effet recherché est notamment de supprimer les incitations financières liées aux différences de financement entre les traitements ambulatoires et stationnaires, afin que les décisions de traitement reposent

¹ FF 2021 2819.

² FF 2024 31.

d'avantage sur des critères médicaux et d'efficacité. La réforme introduit également la possibilité, pour les cantons, de limiter sous certaines conditions l'admission de prestataires ambulatoires autorisés à facturer à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Cette réforme a été soumise au vote populaire lors de la votation fédérale du 24 novembre 2024. Au niveau national, le projet a été accepté par 53,3 % des votants, avec un taux de participation d'environ 44,9 %. Toutefois, le résultat a révélé une forte différence régionale. En effet, les cantons alémaniques et le Tessin ont soutenu la réforme, tandis que les cantons romands (JU, VD, GE, NE, FR, VS) l'ont rejetée. Le canton du Jura s'est clairement opposé au projet, avec environ 63 % de votes négatifs et une participation d'environ 39,8 %. Malgré ce refus marqué de la population jurassienne, l'objet a été accepté au niveau national et doit dès lors être mis en œuvre à l'échelle cantonale.

Concrètement, EFAS sera mis en œuvre en deux étapes :

- **première étape (1^{er} janvier 2028)** – Cette étape introduit un financement uniforme pour les prestations ambulatoires et stationnaires couvertes par l'assurance obligatoire des soins. Jusqu'à présent, les prestations (hospitalières) stationnaires étaient financées conjointement par les cantons (minimum 55% des coûts bruts) et les assureurs (maximum 45% des coûts bruts) via les primes d'assurance maladie, tandis que les prestations ambulatoires étaient financées uniquement par les assureurs (également via les primes d'assurance-maladie). Avec EFAS, ces deux types de prestations seront financés selon une clé de répartition unique. Les cantons devront assumer au minimum 26,9 % des coûts nets, tandis que les assureurs prendront en charge au maximum 73,1 %. La décision de prendre en charge une part plus importante revient aux cantons. EFAS modifie également les flux financiers et de données. Les assureurs rembourseront les prestations aux fournisseurs de prestations et recevront ensuite la contribution cantonale correspondante. Selon l'article 18, alinéa 2^{sexies}, nLAMal³, les cantons verseront leur part aux assureurs par l'intermédiaire de l'Institution commune LAMal (IC LAMal), et non plus directement aux hôpitaux comme c'était le cas jusqu'à présent. Cette étape inclut également l'introduction de la possibilité, pour les cantons, de limiter l'admission des fournisseurs de prestation autorisés à facturer à charge de l'assurance obligatoire des soins, ainsi que d'accéder à des données ambulatoires.
- **deuxième étape (1^{er} janvier 2032)** – Cette étape étend le financement uniforme au domaine des soins de longue durée, qui inclut les soins en établissements médico-sociaux (EMS) et les soins à domicile. Jusqu'ici, ce secteur reposait sur un système de financement complexe combinant des contributions de l'assurance-maladie, la participation financière des patients et un financement résiduel assuré par les cantons ou les communes (dans le canton du Jura, par l'Etat), avec des différences importantes entre les cantons. L'intégration de ces prestations dans EFAS vise à harmoniser les mécanismes de financement et à intégrer le secteur des soins dans le système de financement uniforme de manière à ce que les assureurs participent au financement de l'augmentation des coûts dans ce secteur de manière plus systématique qu'actuellement. La mise en œuvre d'EFAS dans ce domaine nécessite une révision complète des mécanismes de financement impliquant notamment la création d'une organisation tarifaire et le développement d'une nouvelle structure tarifaire, raison pour laquelle la nLAMal prévoit que les dispositions d'application entreront en vigueur pour

³ Au sens du présent document, la « nLAMal » fait référence à LAMal modifiée en date du 22 décembre 2023 (FF 2024 31).

ce domaine au 1^{er} janvier 2032. Cette seconde étape fera l'objet d'un autre projet législatif qui sera mis en consultation ultérieurement.

EFAS ne modifie pas le périmètre des prestations couvertes par l'assurance obligatoire des soins, ni la participation des patients aux coûts de l'assurance obligatoire des soins (quote-part, franchise et participation des patients aux coûts des soins de longue durée). Le calcul de la contribution cantonale, aussi appelée part cantonale, se fera sur la base des coûts nets, c'est-à-dire après déduction de la participation des personnes assurées.

Sous EFAS, les cantons continueront d'avoir accès aux données des factures stationnaires et auront la possibilité de contester ces factures. En revanche, pour le domaine ambulatoire, les cantons auront accès uniquement à des données agrégées. Ils seront habilités à refuser de prendre en charge des coûts ambulatoires uniquement sur la base du domicile de la personne.

C. Objectifs de l'avant-projet de révision partielle de la LiLAMal et nécessité de légiférer

L'adaptation des bases légales jurassiennes vise à mettre en œuvre la possibilité offerte à l'Etat de fixer des objectifs en matière de coûts et de qualité ainsi qu'à garantir l'exécution des nouvelles dispositions du droit fédéral relatives à la participation cantonale au financement des prestations et aux limitations des prestataires de soins autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins liées à EFAS.

Concernant en particulier EFAS, cette réforme entraîne du point de vue cantonal un changement important dans la structure du financement du système de santé. À partir de 2028, l'Etat réduira sa contribution aux prestations (hospitalières) stationnaires, et commencera à contribuer aux prestations ambulatoires (hospitalières ou non). Sa participation financière devient donc plus large et plus systématique. La nLAMal oblige les cantons à contribuer aux dépenses de l'assurance obligatoire des soins et fixe les taux minimaux. Une adaptation des bases légales jurassiennes est nécessaire pour clarifier les responsabilités et tâches au sein de l'Etat.

Cette participation financière élargie renforcera en principe les possibilités de pilotage du système de santé par l'Etat, en élargissant celui-ci au domaine ambulatoire. Avec l'introduction d'EFAS, les cantons ont accès à des données relatives au domaine ambulatoire et sont habilités à limiter toutes les catégories de prestataires ambulatoires autorisés à facturer à l'assurance obligatoire des soins, et plus uniquement les médecins comme c'était le cas jusqu'à présent. Ces changements nécessitent également une adaptation des bases légales visant d'une part à spécifier les modalités de traitement des données, d'autre part à clarifier les compétences, au sein de l'Etat, relatives à la limitation des prestataires.

En outre, l'Etat devra adapter sa législation selon les ordonnances fédérales (mises en consultation le 1^{er} avril 2026 pour la première étape d'EFAS). La stratégie proposée, en concordance avec celles adoptées par les autres cantons romands, est celle d'une actualisation des bases légales cantonales en vue d'une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2028. Par conséquent et au vu du calendrier annoncé par l'OFSP, il a été décidé de ne pas attendre l'adoption des ordonnances fédérales (définitives) par le Conseil fédéral. Le cas échéant, les dispositions réglementaires jurassiennes seront précisées ultérieurement.

Le présent avant-projet de révision partielle de la LiLAMal (ci-après : « AP-LiLAMal ») a été préparé par le Service de la santé publique en étroite collaboration avec les autres cantons, en particulier au sein du Groupement romand des services de santé publique, ou « GRSP ». A cette occasion, il est également proposé d'inscrire dans la LiLAMal la possibilité pour le

canton du Jura de fixer des objectifs cantonaux en matière de coûts et de qualité conformément à l'article 54a LAMal, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2026, dans le but de renforcer les outils de pilotage à disposition de l'Etat. Enfin, il a été procédé à la mise à jour d'une disposition dont les termes étaient devenus obsolètes. Celle-ci concerne la dénomination du département auquel est rattaché le Service de la santé publique.

II. Exposé de l'avant-projet

A. Objectifs en matière de coûts et de qualité (art. 54a LAMal ; art. 19a AP-LiLAMal)

Les articles 54 à 55b de la LAMal prévoient différentes mesures, dont certaines sont obligatoires, permettant à la Confédération et aux cantons d'agir en vue de maîtriser les coûts de la santé. Dans le contexte actuel de hausse des coûts et compte tenu de la responsabilité des cantons en matière de pilotage du système de santé, ces mesures constituent des outils indispensables.

Suite à la modification de la LAMal du 29 septembre 2023 (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – objectifs en matière de coûts et de qualité), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2026, le Conseil fédéral est chargé de fixer, après consultation des assureurs, des personnes assurées, des cantons et des fournisseurs de prestations, des objectifs en matière de coûts et de qualité pour une période de quatre ans (art. 54 LAMal). Ces objectifs doivent permettre de limiter la croissance des coûts et d'assurer des soins de qualité. Ils visent à mettre en évidence les augmentations dont la cause est identifiée (p. ex. celle due au vieillissement de la population), et à exclure les manques d'efficacité supplémentaires. Associés à un monitoring régulier, ils permettent aux acteurs de la santé d'élaborer des mesures permettant de freiner la hausse des coûts de manière ciblée. Ils sont établis, d'une part, pour les dépenses totales de l'ensemble des prestations de l'assurance obligatoire des soins et, d'autre part, pour les cinq groupes de coûts spécifiques suivants : 1) traitements hospitaliers ; 2) traitements ambulatoires à l'hôpital ; 3) traitements ambulatoires par des médecins hors de l'hôpital ; 4) médicaments ; 5) soins dispensés dans un établissement médico-social ou à domicile. Cette répartition en groupes de coûts permet de tenir compte d'une évolution aussi différenciée que possible dans les divers domaines de prestations.

Plusieurs facteurs sont pris en compte lors de la fixation des objectifs en matière de coûts : évolution de la démographie et de la morbidité, progrès médico-techniques, évolution de la situation économique, des salaires et des prix, et possibilités de gain d'efficacité.

L'article 54a LAMal donne la possibilité aux cantons de fixer leurs propres objectifs pour quatre ans en matière de coûts et de qualité, en tenant compte des directives du Conseil fédéral et en consultant au préalable les assureurs, les personnes assurées et les fournisseurs de prestations. L'article 19a de l'AP-LiLAMal concrétise la possibilité offerte par l'article 54a LAMal en créant la base légale permettant au canton de prendre, le cas échéant, des mesures cantonales liées aux objectifs en matière de coûts et de qualité.

B. Financement uniforme des prestations

1. Limitations de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins

a) Remarques introductives

Ces modifications visent à spécifier les conditions de mise en œuvre, dans le canton du Jura, des limitations d'admission de fournisseurs de prestations ambulatoires autorisés à facturer à charge de l'assurance obligatoire des soins. EFAS introduit la possibilité pour les cantons de limiter de nombreuses catégories de prestataires qui n'étaient pas soumis à une telle limitation jusqu'à présent, dans le but de renforcer les outils à dispositions des cantons visant à freiner l'augmentation des coûts de la santé (art. 55b nLAMal). Cette possibilité vient compléter la limitation d'admission des médecins déjà en vigueur conformément à l'article 55a LAMal (appelée aussi « clause du besoin »).

Quant à l'article 9a AP-LiLAMal, celui-ci rappelle le principe de l'obtention d'une admission pour facturer à l'assurance obligatoire. Le SSA est l'autorité compétente pour délivrer ladite admission (art. 9b AP-LiLAMal).

b) Limitation d'admission des médecins (art. 55a LAMal ; art. 19b AP-LiLAMal)

L'article 55a LAMal porte sur la limitation du nombre de médecins admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins par spécialisation. Il oblige les cantons à introduire une limitation pour au moins un domaine de spécialité ou une région.

Actuellement, cette disposition est mise en œuvre par l'ordonnance concernant la limitation de l'admission des médecins à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins dans le domaine ambulatoire du 2 mai 2023 (RSJU 832.116). Dans un souci de cohérence, il est proposé d'ancrer l'ensemble des limitations d'admission des prestataires de soins dans la LiLAMal, le Gouvernement étant compétent pour régler les dispositions de détails. L'actuelle ordonnance ne sera pas modifiée.

S'agissant de l'article 19b, alinéa 3, de l'AP-LiLAMal, celui-ci précise la manière dont la limitation s'applique au territoire cantonal. L'article 55a, alinéa 1, de la LAMal donne la possibilité de limiter par région. Une telle distinction n'a pas été considérée comme pertinente pour le canton du Jura et la limitation s'applique à l'entièreté du territoire.

c) Limitation d'admission des autres fournisseurs de prestations (art. 55b nLAMal ; art. 19c AP-LiLAMal)

L'article 19c de l'AP-LiLAMal ancre dans la LiLAMal la limitation d'admission des autres fournisseurs de prestations ambulatoires tels que défini à l'article 55b nLAMal. La limitation concerne les fournisseurs de prestations visés à l'article 35, alinéa 2, lettres b à g et m, de la LAMal. Contrairement à l'article 55a de la LAMal, l'article 55b de la nLAMal laisse le canton libre de décider de l'activation du mécanisme de limitation. Celui-ci peut être activé par le canton lorsque l'une des conditions définies à l'article 55b, alinéa 1, nLAMal est remplie, c'est-à-dire lorsque les coûts annuels par assuré des prestations d'une catégorie de fournisseurs de prestations visés à l'article 35, alinéa 2, lettres b à g et m, de la LAMal augmentent davantage que la moyenne suisse des coûts annuels de la catégorie en question ou lorsque le niveau des coûts annuels par assuré dans cette catégorie est supérieur à la moyenne suisse de cette catégorie.

2. Financement des prestations de l'assurance obligatoire des soins

a) Remarques introductives

L'article 60 de la nLAMal définit le cadre du futur système de financement des prestations de l'assurance obligatoire des soins, l'ordonnance fédérale d'exécution précisera quant-à-elle certaines modalités telles que les rythmes et délais de paiement. Les modifications de la LiLAMal proposées visent à mettre en œuvre cette disposition.

b) Contribution cantonale aux coûts des prestations de l'assurance obligatoire des soins (art. 19e à 19i AP-LiLAMal)

L'article 60, alinéa 4, de la nLAMal impose aux cantons de fixer annuellement la contribution cantonale, au minimum neuf mois avant le début de l'année civile. Il précise également le taux minimum pour la contribution cantonale, tandis que les dispositions transitoires de la nLAMal règlent les taux minimaux transitoires pour les quatre premières années après l'entrée en vigueur. Pour le canton du Jura, ils seront de 26,4% en 2028, 25,4% en 2029 et 24,5% en 2030 et 2031. La méthode de calcul de ces taux est présentée par l'OFSP dans son rapport du 5 janvier 2022 sur les effets d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires.

L'article 60, alinéas 8, 10 et 11, nLAMal prévoit la possibilité pour les cantons de contester le domicile de l'assuré ainsi que la facturation des traitements stationnaires. Les articles 19g et 19h de l'AP-LiLAMal concrétisent cette disposition.

3. Traitement des données (art. 19j AP-LiLAMal)

Les tâches assignées par la nLAMal et par le présent avant-projet de loi au Service de la santé publique impliquent le traitement d'une importante quantité de donnée personnelles, y compris sensibles. En l'occurrence, l'article 21 de la nLAMal règle la transmission des données des assureurs aux cantons en définissant notamment les tâches cantonales qui justifient une telle transmission. L'article 60, alinéas 8 et 9, de la nLAMal définit les données transmises par les assureurs aux cantons dans le cadre du calcul de la contribution cantonale et dans le cadre du contrôle des factures stationnaires. L'article 19j de l'AP-LiLAMal vise dès lors à créer la base légale formelle nécessaire au traitement de ces données et à en définir le cadre.

C. Commentaire par articles

Les articles de cet avant-projet de révision de loi font l'objet d'un commentaire détaillé dans le tableau explicatif annexé auquel il est renvoyé pour le surplus (annexe 1).

III. Effets de l'avant-projet

A. Objectifs en matière de coûts et de qualité

L'introduction de l'art. 19a AP-LiLAMal permet à l'Etat de disposer d'un instrument supplémentaire de pilotage des coûts et de la qualité dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins. Cet instrument cantonal vise en particulier à exploiter le potentiel de gain d'efficacité existant dans le système de santé jurassien, ce qui peut contribuer à freiner l'augmentation des coûts de l'assurance obligatoire des soins sur le territoire cantonal.

L'effet de ce dispositif dépend étroitement de la manière dont il sera effectivement mis en œuvre par le Gouvernement, et de la manière dont les principaux acteurs concernés y réagiront. Il dépend également étroitement des objectifs fixés par le Conseil fédéral sur la base de l'article 54 LAMal. Actuellement, il est donc impossible de quantifier de manière fiable les conséquences financières de cet instrument pour l'Etat. Toutefois, on peut s'attendre à ce que les objectifs cantonaux en matière de coûts et de qualité aient un effet positif, à terme, sur les finances cantonales.

La mise en œuvre des objectifs cantonaux en matière de coûts et de qualité entraîne des tâches d'exécution supplémentaires au niveau cantonal principalement en relation avec la fixation desdits objectifs et leur évaluation. Dans l'ensemble, il faut donc partir du principe que la mise en œuvre des objectifs cantonaux nécessitera probablement des ressources en personnel supplémentaires pour le Service de la santé publique. Ce besoin ne peut toutefois pas être évalué à ce jour.

B. Financement uniforme des prestations

1. Conséquences pour les personnes assurées

L'un des principaux objectifs d'EFAS est de mieux maîtriser la progression des coûts de la santé en supprimant les incitations financières qui favorisent aujourd'hui certains modes de prise en charge au détriment d'autres. En harmonisant le financement entre les domaines ambulatoire, stationnaire et, à terme, des soins de longue durée (dès 2032), la réforme doit permettre, à moyen et long terme, une organisation plus efficiente des prises en charge, favoriser le transfert de traitements stationnaires vers le domaine ambulatoire lorsque cela est médicalement indiqué et contribuer ainsi à une utilisation plus efficiente des ressources du système de santé. Les effets financiers de cette évolution demeurent toutefois dépendants de nombreux facteurs, notamment de la progression générale des coûts de la santé, de l'évolution démographique et des besoins de la population.

Pour les personnes assurées, cette évolution devrait se traduire par un infléchissement de la hausse des coûts à la charge des assureurs-maladie et, par conséquent, par un ralentissement de l'augmentation des primes d'assurance dès l'entrée en vigueur de la réforme en 2028. Il convient toutefois de relever que cet effet s'inscrit dans un contexte cantonal marqué par le vieillissement démographique et l'augmentation des besoins en soins, qui continueront d'exercer une pression à la hausse sur les dépenses de santé. EFAS n'a pas pour ambition de faire baisser les primes d'assurance, mais d'en modérer la progression par rapport à l'évolution qui serait attendue en l'absence de cette réforme.

2. Conséquences pour les professionnels de la santé

Les effets d'EFAS sur les professionnels de la santé sont différents selon les domaines. Ces conséquences découlent directement des modifications introduites dans la LAMal.

Pour le domaine stationnaire, la conséquence immédiate de la réforme est que les prestataires enverront une seule facture par cas aux assureurs-maladie, au lieu d'envoyer pour chaque cas une facture à l'assureur et une facture au canton. Les contestations leurs parviendront également uniquement par les assureurs-maladie, à qui les cantons transmettront leurs contestations éventuelles. A moyen et long terme, EFAS devrait par ailleurs accentuer le transfert des prestations stationnaires vers les prestations ambulatoires. Pour les séjours hors-

canton, EFAS n'entraîne pas de modification des règles qui s'appliquent actuellement pour l'octroi des garanties de paiement pour traitement extra-cantonal stationnaire. La planification hospitalière restera valable.

Pour le domaine ambulatoire, le changement principal introduit par EFAS est la possibilité donnée aux cantons de limiter l'admission des prestataires autorisés à facturer. En revanche, les flux de factures restent inchangés du point de vue des prestataires de soins, qui continueront d'envoyer leurs factures directement aux assureurs-maladie.

3. Conséquences pour l'Etat

a) Remarques introductives

EFAS ne poursuit pas un objectif d'économie immédiate pour les finances publiques cantonales. Comme mentionné ci-dessus, les effets visés à moyen et long terme visent un infléchissement de la croissance des coûts de la santé, cet infléchissement se répercutant mécaniquement sur la contribution cantonale.

L'accès des cantons à des données concernant le domaine ambulatoire ainsi que la possibilité de limiter des prestataires ambulatoires visent par ailleurs à renforcer le pilotage du système de santé par les cantons. Les effets financiers de ces changements se feront également sentir à moyen et long terme et sont encore très incertains à l'heure actuelle.

b) Conséquences financières directes pour l'Etat

La future contribution cantonale aux coûts des prestations de l'assurance obligatoire des soins (ou part cantonale) représente le principal facteur d'impact financier pour les cantons. L'entrée en vigueur d'EFAS entraîne une augmentation des dépenses cantonales liées au financement des prestations ambulatoires, parallèlement à une diminution de la participation cantonale au financement des prestations (hospitalières) stationnaires. Les effets financiers nets dépendront de l'évolution globale des coûts de la santé, impacté notamment par le transfert progressif des prestations du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire.

Des estimations de la contribution cantonale ont été réalisées par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) pour le canton du Jura sur la base des données financières 2019-2024 (incluant les coûts liés à l'arrivée de Moutier dans le canton du Jura). Elles tiennent compte des taux de croissance historiques par domaine (ambulatoire versus stationnaire) dans le canton, ainsi que du scénario démographique moyen de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Les projections pour la 1^{ère} étape d'EFAS, en excluant les coûts à charge du canton dans le domaine des soins de longue durée, sont présentées dans le tableau ci-dessous (cf. tableau 1). Les calculs ont été effectués sur la base du taux de participation cantonal minimal fixé par la nLAMal.

Tableau 1 | Incidence financière d'EFAS pour le canton du Jura (2024 et 2027, incluant les coûts liés à l'arrivée de Moutier dans le canton du Jura ; étape 1, 2028-2031)

	2024	...	2027	2028	2029	2030	2031
Taux de contribution cantonale (EFAS)				26,4	25,4	24,5	24,5
Coûts à charge du canton selon le système de financement actuel (en CHF)	107'964'782 ⁴	...	118'576'001	122'791'199	127'159'180	131'879'486	136'846'032
Coûts à charge du canton avec le mécanisme de financement EFAS (en CHF)	/	...	/	137'125'270	137'830'775	138'974'705	145'274'356
Différence entre les deux mécanismes de financement (en CHF)		...		14'334'070	10'671'595	7'095'219	8'428'324
Augmentation annuelle (différence en CHF)			3'693'793	18'549'269	705'505	1'143'930	6'299'652

L'introduction cantonale d'EFAS représentera donc un défi financier majeur pour le canton du Jura. Sur l'ensemble de la période 2028 à 2031, cette première étape devrait impliquer **40,5 millions de francs de charges supplémentaires** pour les finances cantonales.

L'augmentation estimée à 18.5 millions de francs entre 2027 (système de financement actuel) et 2028 (mécanisme de financement EFAS) est expliquée à hauteur de **14.3 millions de francs** par l'incidence financière directement imputable à cette réforme. En raison notamment de la légère diminution des taux de participation fixé dans la LAMal pour le canton du Jura, l'évolution des coûts à charge du canton devrait être « stabilisée » jusqu'en 2032, soit jusqu'à la mise en œuvre de la 2^{ème} étape d'EFAS, qui étendra le financement uniforme aux soins de longue durée et entraînera une nouvelle évolution des charges cantonales.

Les estimations de l'Obsan incluent également les coûts projetés à charge des assureurs-maladie. Celles-ci sont présentées dans le tableau ci-dessous (cf. tableau 2).

⁴ Ce montant intègre les données SASIS 2024 relatives à Moutier, il ne correspond par conséquent pas à celui indiqué dans les comptes 2024 de l'Etat.

Tableau 2 | Coûts à charge des assureurs-maladie dans le canton du Jura (2024, 2027-2031)

	2024	...	2027	2028	2029	2030	2031
Coûts à charge des assureurs-maladie selon le système de financement actuel (en CHF)	329'821'896	...	378'494'275	396'622'701	415'481'666	435'364'207	456'110'524
Coûts à charge des assureurs-maladie avec le mécanisme de financement EFAS (en CHF)		...		382'288'631	404'810'071	428'268'988	447'682'200
Différence entre les deux mécanismes de financement (en CHF)		...		-14'334'070	-10'671'595	-7'095'219	-8'428'324

Ces estimations mettent en évidence que l'introduction d'EFAS devrait infléchir l'augmentation des coûts à charge des assureurs-maladie, et par conséquent des primes d'assurance dès son entrée en vigueur en 2028.

Ces chiffres constituent des estimations. Dès 2028, les montants que l'Etat sera tenu de prendre en charge dépendront mécaniquement des dépenses de l'assurance obligatoire des soins et de leur évolution.

c) Conséquences financières indirectes pour l'Etat

En sus de la contribution cantonale, EFAS nécessite également des ressources financières et humaines en vue de la mise en œuvre, ainsi que des adaptations des processus administratifs et des systèmes informatiques utilisés en particulier par le Service de la santé publique. Ces adaptations découlent notamment de l'évolution des modalités de financement, des échanges de données avec les assureurs-maladie et des nouvelles exigences en matière de gestion, de contrôle et de suivi des flux financiers.

EFAS impliquera une reconsidération des tâches actuellement effectuées au sein du Service de la santé publique relatives au domaine stationnaire, en particulier en ce qui concerne les contrôles des factures et le suivi des garanties de paiement pour les traitements extracantonaux. Le Service de la santé publique continuera d'effectuer des contrôles dans ce domaine, néanmoins, les changements de flux entre prestataires de soins, assureurs-maladie et cantons nécessitent une réévaluation de ces activités afin d'optimiser la répartition des tâches entre assureurs et cantons. Par ailleurs, la participation financière de l'Etat au secteur ambulatoire et la création de possibilités de pilotage dans ce domaine engendrent de nouvelles tâches pour le Service de la santé publique. Cependant, les travaux de mise en œuvre d'EFAS au niveau fédéral ne sont pas encore suffisamment avancés à ce jour pour pouvoir établir clairement les incidences de ces changements sur le Service de la santé publique. Les estimations actuelles indiquent que ces tâches devraient pouvoir être assumées dans un premier temps dans le cadre des ressources humaines disponibles au sein du service. Lorsque les tâches relatives au pilotage du domaine ambulatoire seront clairement établies, si l'évolution de la charge de travail devait le justifier, les besoins organisationnels seraient réévalués dans le cadre des procédures budgétaires ordinaires.

La mise en œuvre d'EFAS nécessitera également des adaptations des outils informatiques. Une plateforme EFAS est actuellement développée par l'IC LAMal. Cette plateforme

centralisera les flux financiers et flux de données entre les assureurs et les cantons relatifs aux contributions cantonales. Des travaux seront nécessaires pour intégrer les accès à cette plateforme dans l'écosystème informatique cantonal actuel. En l'état, il n'est toutefois pas possible de chiffrer de manière fiable les coûts liés aux développements qui seront nécessaires. Les spécifications techniques détaillées, les standards d'échange de données, les interfaces avec la plateforme EFAS de l'IC LAMal ainsi que les modalités opérationnelles de mise en œuvre ne sont pas encore entièrement définis au niveau fédéral. L'ampleur des adaptations dépendra des solutions qui seront retenues par les différents partenaires institutionnels et des développements qui seront réalisés par les éditeurs de logiciel. Selon les besoins identifiés, les adaptations pourraient consister en de simples évolutions des applications existantes ou nécessiter des développements plus importants, notamment afin de garantir l'automatisation des échanges de données, la fiabilité des contrôles et la traçabilité des opérations financières. Une première version de la plateforme EFAS sera disponible à la fin de l'année 2026. Courant 2027, la plateforme sera implémentée et des tests seront menés.

A l'instar des ressources humaines, si nécessaire, les besoins informatiques de l'Etat, en particulier du Service de la santé publique, seront réévalués dans le cadre du projet de loi qui sera présenté en 2027.

IV. Conclusion

La présente révision partielle de la LiLAMal consiste en une adaptation des bases légales cantonales en vue de l'entrée en vigueur d'EFAS au 1^{er} janvier 2028. L'occasion est également saisie d'introduire la base légale permettant au Gouvernement de fixer, s'il l'estime nécessaire, des objectifs cantonaux en matière de coûts et de qualité, conformément au droit fédéral en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2026.

Une réforme d'une telle ampleur nécessite une mise à jour des bases légales jurassiennes, afin d'en assurer la conformité au droit fédéral. Le présent avant-projet de révision de loi répond à cet objectif.

Annexe

**Annexe 1 | Tableau comparatif de l'avant-projet de révision de la loi
d'introduction de la loi sur l'assurance-maladie**