



Envoi par courriel

Office fédéral de la santé publique
Division Prestations

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Berne, le 28 juin 2018

8-3-2-1 / KB / MJ / PB

Prise de position de la CDS relative à l'avant-projet de la CSSS-N du 19 avril 2018 sur la modification de la LAMal (financement uniforme / Iv. pa. 09.528)

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de la possibilité qui nous est donnée de prendre position sur l'avant-projet et les explications de la CSSS-N concernant la modification de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) intitulée « Financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation ».

Lors de sa séance du 28 juin 2018, le Comité directeur de la CDS a examiné le projet mis en consultation et il prend position comme suit en la matière.

I Évaluation / prise de position générale

Du point de vue de la CDS, le principal problème des coûts de la santé en Suisse n'est pas leur structure et leur répartition entre les différentes sources de financement (même si la part des cantons dans le financement croît continuellement depuis 1996), mais plutôt l'évolution des coûts globaux du système au fil des ans.

L'objectif principal doit donc être de freiner la croissance des coûts, respectivement de réduire globalement à long terme les coûts du système. La mise à contribution des différents agents payeurs (financeurs) est une question de répartition et de politique sociale et appelle une autre discussion.

Les coûts du système sont influencés par la modification de la quantité ou du prix des prestations fournies. Ils ne peuvent par conséquent baisser que si les prestations fournies à l'avenir sont moins nombreuses et/ou moins onéreuses que ce n'est le cas aujourd'hui. Cela signifie que les prestations nécessaires et appropriées doivent être fournies plus efficacement et qu'il convient de renoncer à l'inutile. Dans le maillon complexe des différents acteurs et de leurs intérêts, des incitations erronées existantes doivent à cette fin être supprimées et remplacées par des incitations positives.

Nous considérons dans ce contexte le projet de la CSSS-N comme insuffisant, car il réduit toute la complexité des facteurs qui déterminent l'évolution des coûts à un seul, à savoir l'organisation du financement. Et même celle-ci se limite au transfert de flux financiers.



Nous voudrions en outre souligner en préambule que la révision proposée entraînerait à moyen terme une charge financière supplémentaire considérable même en cas d'introduction sans incidence sur les coûts dans tous les cantons. Un renforcement de la tendance actuelle interviendrait : ces vingt dernières années, la contribution des cantons au financement du système de santé (en majorité des contributions aux traitements médicaux, aux soins de longue durée, à la prévention et la réduction individuelle des primes) est passé d'environ 6 milliards de francs à 16 milliards de francs.

Pour certains cantons, le passage à un financement uniforme selon le modèle de la CSSS-N entraînerait une charge supplémentaire pouvant atteindre 100 millions de francs, comme le montrent les estimations approximatives du rapport de l'Office fédéral de la santé publique du 5 mars 2018 (*Variantes dans le traitement de la participation aux coûts et différences cantonales en ce qui concerne l'importance du secteur hospitalier*). Les cantons concernés – notamment ceux qui s'emploient déjà aujourd'hui avec force à prévenir les séjours inutiles à l'hôpital – devraient assumer ces charges supplémentaires sans phase de transition. Dans les cantons dont la charge financière pourrait être allégée, il faudrait inversement s'attendre à une brusque hausse des primes AOS pour les assurés. Les deux effets ne sont pas acceptables en l'état.

Nous voyons d'autres difficultés dans les hypothèses générales formulées sur les conséquences financières du modèle moniste présenté. La manière dont sont extrapolées des contributions cantonales annuelles de 7,3 à 7,7 milliards de francs pour les années 2012 à 2015 n'est pas clairement exposée dans la documentation mise en consultation. En conséquence, la part cantonale de cofinancement de 25,5 % calculée sur cette base et déjà définie dans le rapport de l'OFSP du 5 mars 2018 n'est pas vérifiable. Ce qui fait entièrement défaut, c'est un calcul vérifiable du volume global pour le champ d'application du projet (prestations d'après les art. 25-31 LAMal sauf prestations de soins d'après l'art. 25a LAMal) auquel les cantons devraient participer à hauteur des 25,5 % estimés. Dans ces conditions, les cantons ne sont pas à même de procéder à un examen approfondi des implications purement financières du projet.

Enfin, nous constatons avec préoccupation que la proposition de la CSSS-N signifierait que les cantons devraient, si l'on retient l'estimation de CHF 7,7 milliards, transférer environ 10 % de leurs recettes fiscales aux assureurs-maladie, sans avoir la possibilité de déterminer ou de contrôler l'utilisation appropriée et efficiente de ces fonds. La mise en œuvre de la proposition existante violerait ainsi l'équivalence fiscale et créerait un conflit avec la Constitution fédérale.

La CDS rejette donc le projet de la CSSS-N mis en consultation. Elle se fonde à cet égard sur les réflexions ci-après.

1. Un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires via un seul et unique agent payeur (assureurs comme monistes) ne fournit en tant que mesure individuelle aucune contribution déterminante à la maîtrise des coûts du système.

En effet :

- a. Deux importants facteurs de coûts dans le système de santé suisse, à savoir d'une part les incitations erronées liées à la structure tarifaire et au montant des tarifs et d'autre part celles qui résultent du statut d'assurance du patient, ne sont pas touchés par la réforme proposée.
- b. Les incitations doivent être introduites là où la décision de traitement est prise, c'est-à-dire avant tout auprès du fournisseur de prestations. Mais peu importe pour celui-ci – indépendamment des frais administratifs – d'être rémunéré par un ou deux agents payeurs. Un simple transfert des flux financiers des cantons vers les assureurs n'introduit aucune nouvelle incitation auprès du fournisseur de prestations et n'apporte donc rien en la matière.
- c. Le financement uniforme peut certes créer les conditions d'une amélioration de l'allocation des prestations, du déroulement du traitement, de la chaîne de traitement et



par là aussi de la qualité du traitement. Cela requiert toutefois également des modèles d'assurance qui couvrent le traitement tout au long de la chaîne des prestations. Tout d'abord, il n'est nullement certain et l'on doit au mieux espérer que les caisses-maladie feront un meilleur usage de leurs possibilités d'introduire de nouveaux modèles d'assurance promouvant les soins intégrés dans un système de financement moniste qu'elles ne le font aujourd'hui. Dans la proposition de la CSSS-N, les cantons n'ont aucune possibilité d'influencer directement l'optimisation future de la chaîne de traitement. Bien que l'on y observe la plus grande discontinuité quant à la collaboration des fournisseurs de prestations le long de la chaîne de traitement, les soins à domicile et les EMS ne sont de plus pas inclus dans le projet actuel.

- d. Le projet entraînerait une amélioration pour les hôpitaux conventionnés, car les prestations qu'ils fournissent seraient cofinancées à 74,5 % au lieu de 45 % aujourd'hui par l'assurance-maladie obligatoire. Il est fort probable que cette attractivité accrue des hôpitaux conventionnés engendrerait une augmentation des volumes et des capacités. L'économicité des planifications hospitalières cantonales serait faussée par le renforcement des hôpitaux conventionnés. En conséquence, cela aurait un impact supplémentaire sur les coûts aux dépens des payeurs de primes, c'est-à-dire que des hausses des primes en résulteraient. De manière inconsidérée, le projet n'aborde pas ces conséquences. Dans ces conditions il serait logique de supprimer la catégorie des hôpitaux conventionnés.
- e. Le projet n'indique par ailleurs pas comment la responsabilité de surveillance de la Confédération est élargie. Un tel renforcement serait indispensable en raison de l'augmentation considérable du volume des fonds LAMal dans les mains des assureurs.

2. L'engagement de recettes fiscales suppose des instruments de pilotage.

Si les cantons doivent cofinancer les prestations ambulatoires, ils doivent également pouvoir exercer une influence sur l'offre de soins dans le secteur ambulatoire. Cela n'est toutefois pas prévu dans le projet. Selon la CSSS-N, cette exigence est remplie via l'actuelle révision partielle de la LAMal concernant la réadmission des fournisseurs de prestations. Aux yeux de la CDS, cette révision ne constitue toutefois pas une condition suffisante pour un pilotage efficace de l'offre de soins ambulatoires par les cantons, car elle concerne uniquement les nouvelles admissions, n'offre pas de possibilité de contrôle et de pilotage des médecins déjà admis et exclut l'offre de prestations dans le secteur hospitalier ambulatoire. De plus, il n'est encore aucunement garanti que le projet de loi du Conseil fédéral sera également adopté par le Parlement. Une majorité de la CSSS du Conseil national et du Conseil des États défend même l'avis que le pilotage de l'offre ambulatoire doit s'effectuer en premier lieu par l'assurance-maladie via la levée partielle de l'obligation de contracter.

3. Le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires n'est pas non plus « l'étape logique » préconisée par les associations d'assureurs et de fournisseurs de prestations ni la mesure d'accompagnement indispensable pour promouvoir le transfert de prestations du secteur stationnaire dans les soins ambulatoires (hospitaliers).

Il y a deux raisons à cela.

- a. Les résultats de l'évaluation menée dans le canton de Lucerne neuf mois après l'entrée en vigueur de la réglementation cantonale « ambulatoire avant stationnaire » montrent que les coûts de traitement pour les interventions figurant sur la liste ont diminué globalement – c'est-à-dire pour les assureurs et les payeurs de primes ainsi que pour les cantons et les contribuables. Les coûts supplémentaires auprès des assureurs pour certaines interventions ambulatoires ont été compensés par les économies réalisées dans le secteur stationnaire et par la diminution des admissions la veille. Un financement uniforme des prestations n'était pas nécessaire pour produire cet effet de maîtrise des coûts.



- b. La situation financière des fournisseurs de prestations pourrait évoluer négativement suite au développement des listes ambulatoires aux niveaux fédéral et cantonal dans la mesure où les tarifs TARMED actuels ne couvrent pas les coûts de certaines des prestations individuelles concernées. Là également, un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires n'apporte toutefois rien de plus. Il faut plutôt une évolution de la structure tarifaire vers des forfaits hospitaliers (ambulatoires) qui introduiraient de nouvelles incitations tarifaires positives pour les médecins traitants. La CDS soutient pleinement ces efforts.

II Système de financement pour une offre de soins pilotable, efficiente et intégrée

La CDS considère qu'un système de santé plus efficace et optimisé dont le financement est uniforme doit satisfaire au moins aux exigences ci-après.

1. Le passage au nouveau système ne doit de manière vérifiable pas avoir d'incidences sur la charge financière des différents cantons.

La proposition de la CSSS-N remplit l'exigence de neutralité des coûts pour l'ensemble des cantons. Le calcul doit cependant encore être plausibilisé.

La neutralité des coûts dans le passage au financement uniforme signifie que la participation de l'ensemble des cantons ou des assureurs aux prestations ambulatoires et stationnaires ne peut être plus élevée que sous l'actuel régime dual-fixe. Cela afin que les financeurs ne soient pas défavorisés par le nouveau système au moment de l'entrée en vigueur de la nouvelle loi. La part minimale cantonale légale doit également être maintenue à l'avenir. Une éventuelle hausse ponctuelle de la contribution cantonale ne peut reposer que sur des décisions volontaires des différents cantons.

La neutralité des coûts ne doit toutefois pas seulement être garantie pour l'ensemble des cantons, mais aussi pour chaque canton. Dans le cas contraire, les cantons présentant aujourd'hui des structures de soins et de patients tournées davantage que la moyenne vers les traitements ambulatoires en vue d'une efficacité accrue du système de santé seraient mis plus fortement à contribution dans le passage au financement uniforme. Cet effet pourrait saper jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle loi les efforts des cantons en vue de nouveaux transferts dans le secteur ambulatoire et en fin de compte faire également obstacle à cette mesure efficace de maîtrise des coûts. Dans les cantons dont les structures sont principalement stationnaires et dont la charge financière est par conséquent allégée, il faudrait s'attendre à une hausse supplémentaire des primes du fait de l'accroissement de la part de financement AOS.

Il est indispensable que toutes les données et méthodes sur lesquelles repose la détermination de la part minimum cantonale légale soient présentées de manière transparente. Ce n'est qu'ainsi que les cantons seront à même d'examiner et de quantifier les conséquences pour leurs budgets du passage à un financement uniforme et que le Parlement pourra rendre compte au public de l'impact que le projet aura pour les contribuables et payeurs de primes.

Il convient en outre de noter que le projet de la CSSS-N ne garantit un transfert sans incidences sur les coûts que pour un domaine partiel de la responsabilité financière des cantons, à savoir le financement des prestations. En plus de leur rôle d'agents payeurs pour les prestations médicales et les soins, les cantons contribuent aussi annuellement pour plusieurs milliards de francs au financement des coûts globaux du système de santé, cela dans le cadre de la réduction individuelle des primes, du financement des prestations d'intérêt général des hôpitaux et de la prévention, sans oublier les frais administratifs des tâches cantonales de politique de la santé et de police sanitaire.



2. Les cantons se voient dotés d'un instrument leur permettant d'exercer une influence ciblée sur les soins ambulatoires (prestations, quantité et qualité).

C'est précisément parce qu'ils cofinanceraient également le secteur ambulatoire, qui connaît une croissance plus forte que le secteur hospitalier, via une clé fixe (c'est-à-dire non réductible) que les cantons sont tributaires d'un instrument leur permettant d'intervenir si l'offre de soins excède les besoins tant concernant les disciplines médicales que dans la répartition régionale. Le projet du Conseil fédéral de révision partielle de la LAMal du 9 mai 2018 est par conséquent nécessaire pour les nouvelles admissions. S'agissant des soins ambulatoires *existants*, le projet du Conseil fédéral donne de plus la possibilité de fixer des critères comme l'attestation d'un perfectionnement et la participation à des programmes de qualité que les médecins aujourd'hui admis doivent remplir pour continuer à exercer à la charge de la LAMal et dont le non-respect peut entraîner le retrait de l'admission à titre provisoire ou définitif.

Aucune possibilité n'est en revanche encore prévue pour les cantons de supprimer une admission existante *pour des questions de besoin*. Le cofinancement des prestations ambulatoires par l'impôt devrait reposer sur une prise en charge efficiente. Pour le garantir, les cantons doivent donc aussi pouvoir compter sur la possibilité de retirer l'admission si l'offre de soins excède les besoins. Dans le secteur stationnaire, la planification et le pilotage conformes aux besoins sont déjà mis en œuvre aujourd'hui, ce qui a nécessité et nécessite encore notamment des ajustements structurels.

Il faut s'assurer que la réglementation subséquente à l'actuelle limitation temporaire de l'admission proposée par le Conseil fédéral puisse entrer en vigueur sans vide réglementaire et déjà déployer ses effets avant un nouveau financement.

Une base légale fédérale et l'accès aux données nécessaires doivent de plus être créés pour que les cantons puissent copiloter l'offre globale de prestations ambulatoires et hospitalières ambulatoires de la même manière que le secteur stationnaire. La tendance observée aujourd'hui selon laquelle l'offre de prestations et par là le volume des prestations dépasse les besoins médicaux de la population et se déplace de plus en plus dans le secteur ambulatoire pourra ainsi être stoppée efficacement.

3. Les factures dans le secteur *stationnaire* sont traitées de la même manière qu'aujourd'hui, avec une clé de financement adaptée en conséquence. La facturation dans le secteur *ambulatoire* repose sur les prestations effectivement fournies pour la population du canton.

Si le fournisseur de prestations n'établit à l'avenir plus qu'une seule facture (à l'assureur) au lieu de deux (à l'assureur et au canton), il réalisera au plus un gain d'efficacité marginal. En revanche, la perte d'information et de possibilités de contrôle pour le canton est clairement perceptible. Même avec une nouvelle clé de répartition adaptée, il n'y a par conséquent aucune raison de modifier dans le secteur *stationnaire* le système actuel de facturation duale à l'assureur-maladie et au canton de résidence. Dans le secteur *ambulatoire*, il peut par contre être judicieux, étant donné le nombre très élevé de factures individuelles, de définir un unique agent de facturation et de paiement et de donner aux financeurs la possibilité de contrôler le montant de la facture qui leur est adressée (cf. ch. 4).

L'art. 60 du projet de financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires prévoit déjà que le calcul de la contribution cantonale dans le secteur ambulatoire doit reposer sur les prestations effectivement fournies pour la population du canton.

4. Les cantons disposent de moyens de contrôle quant à la facturation correcte des prestations ambulatoires pour la population du canton, par exemple via la création d'un organe commun (assureurs-maladie / cantons) qui le garantisse.

En contrôlant la facturation des prestations ambulatoires, les cantons assument leur responsabilité financière de pouvoir garantir à tout moment l'utilisation efficace de l'argent du



contribuable et le démontrer au public. Ils ont pour cela besoin d'une transparence complète des données sur les coûts et les prestations des fournisseurs de prestations et de pouvoir consulter les factures le plus tôt possible après leur émission. Dans le cas d'un financement dual général des prestations ambulatoires et stationnaires par les assureurs-maladie et les cantons, le contrôle des factures ne peut plus être considéré comme la tâche des seuls assureurs. Aujourd'hui déjà, la LAMal n'exclut pas que les cantons vérifient également le respect des critères EAE et ainsi l'exigibilité de leur part de financement (en particulier en cas de soupçon de facturation incorrecte des prestations ou de non-respect des mandats de prestations). Cet aspect gagnera en importance avec un nouveau modèle de financement. En Allemagne existent déjà dans les Länder des *Medizinische Dienste der Krankenversicherung (MDK)* pris en charge conjointement par les assureurs et qui vérifient les factures critiques ou contestées par les agents payeurs de manière indépendante et selon des critères définis en commun. Un modèle analogue pourrait également être adéquat pour la Suisse dans un mode de financement uniforme.

5. Une organisation tarifaire nationale pour les tarifs ambulatoires à laquelle les cantons participent paritairement est inscrite dans la loi.

Non seulement le nombre de fournisseurs de prestations et de traitements mais également les structures tarifaires (et les prix) exercent une influence majeure sur l'évolution du volume des prestations dans le secteur ambulatoire. L'actualité des structures tarifaires et le professionnalisme de leur gestion sont pour cela déterminantes. Les partenaires tarifaires et les cantons doivent par conséquent être tenus de créer pour le secteur ambulatoire une unique organisation tarifaire responsable de l'élaboration, du développement, de l'adaptation et de la gestion de structures tarifaires pour les prestations individuelles et éventuellement pour les forfaits. L'organisation doit soumettre les structures élaborées et leurs adaptations au Conseil fédéral pour approbation. Cela correspond à la mesure M34 proposée par la commission d'experts « Mesures visant à freiner la hausse des coûts ». Du fait qu'un cofinancement est réclamé dans le secteur ambulatoire, les cantons doivent impérativement participer selon un modèle tripartite à l'organisation.

6. Les incitations erronées dues aux liens établis entre les conventions contractuelles des partenaires tarifaires respectivement dans l'assurance de base et l'assurance complémentaire sont éliminées systématiquement.

Il s'agit d'empêcher que les partenaires tarifaires mêlent dans les négociations tarifaires l'assurance de base et l'assurance complémentaire et puissent négocier des conditions qui améliorent globalement leurs revenus, mais vont à l'encontre d'une allocation optimale des prestations dans l'AOS et de la rémunération correcte (couvrant les coûts) des prestations AOS. Une séparation renforcée entre assurance de base et assurance complémentaire pourrait comporter les éléments suivants :

- L'achat des prestations dans les domaines AOS et assurance complémentaire doit s'effectuer par des organes indépendants l'un de l'autre.
- Lorsque l'assureur évalue si la prestation est à la charge de l'AOS, une éventuelle assurance complémentaire de la patiente ou du patient n'a pas le droit de jouer un rôle.
- Aucune information pertinente pour l'achat de prestations ne peut être échangée entre les organes de l'achat des prestations et les services de médecin-conseil dans l'AOS ou l'assurance complémentaire.
- Via une augmentation de la transparence sur les coûts et les revenus des activités de l'assurance complémentaire auprès des fournisseurs de prestations, des liens illicites entre l'AOS et les activités de l'assurance complémentaire pourraient être décelés et empêchés plus tôt.



7. Le financement uniforme de l'ambulatoire et du stationnaire ne peut déboucher sur une réelle amélioration de l'organisation de la prise en charge que si les soins de longue durée (EMS et soins à domicile) sont également intégrés au modèle de financement.

On observe des incitations erronées également dans les soins de longue durée et aux interfaces entre traitements médicaux aigus et soins. Ces incitations erronées sont en fait également liées au financement et pas uniquement à la tarification, contrairement à celles que l'on rencontre dans le financement hospitalier. La décision de fournir une prestation en ambulatoire ou en stationnaire ne devrait dépendre ni du financement ni des tarifs, mais reposer sur l'environnement de soins le plus efficace. Et lorsque quelqu'un passe tôt ou tard du traitement hospitalier aux soins, la question du financement différent dans les deux domaines ne doit pas non plus entrer en ligne de compte. Vu que les montants AOS sont inchangés depuis des années et qu'au contraire les coûts pour le financement résiduel croissent, cantons et communes sont toujours plus mis à contribution dans le domaine des soins. La direction des reports de charge est donc exactement inverse comparée au financement hospitalier. Étendre le financement uniforme aux prestations des EMS et des services d'aide et de soins à domicile est cohérent. C'est un élément essentiel de la réforme également dans l'optique du renforcement nécessaire de la coordination des soins. Les coûts de l'AOS pour les prestations de soins selon l'art. 25a al. 1 LAMal et l'art. 7 OPAS ainsi que les contributions des cantons et des communes dans le cadre du financement résiduel LAMal (c.-à-d. sans coûts d'encadrement ou d'hôtellerie) doivent donc également être inclus dans le volume des coûts devant être financé de manière duale. La clé de financement global doit être ajustée du fait de l'élargissement du champ d'application du financement uniforme.

La CDS demande une révision complète du projet. Via les exigences exposées ci-dessus, elle dessine le cadre d'un modèle de financement uniforme de l'ensemble des prestations médicales et infirmières / thérapeutiques. Elle apporte ainsi sa contribution à un modèle de financement pour des soins pilotés, efficaces et intégrés.

Nous vous remercions par avance de prendre en considération nos requêtes et restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations les meilleures.

CONFÉRENCE SUISSE DES DIRECTRICES ET
DIRECTEURS CANTONAUX DE LA SANTÉ

Le président

Thomas Heiniger
Conseiller d'État

Le secrétaire central

Michael Jordi



Copie

- Conseiller national Thomas de Courten, président de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N)
- Christina Leutwyler, secrétaire suppléante CSSS-N
- Départements cantonaux de la santé