

Prise de position

27 juin 2019

8-3-2-1

KB/MJ/PB

IV. pa. 09.528 Financement moniste des prestations de soins Prise de position de la CDS

L'essentiel en bref

La CDS enjoint au Conseil fédéral de renvoyer le projet à la CSSS-CN et de ne pas approuver l'introduction d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation avant que les conditions minimales suivantes soient remplies.

1. Le rattachement d'EFAS au pilotage de l'admission est supprimé et les cantons reçoivent des instruments de pilotage efficaces pour les soins ambulatoires.
2. Le nouveau modèle de financement englobe toutes les prestations LAMal y compris les soins (coûts des prestations de soins conformément à l'art. 25a, al. 1, LAMal et financement résiduel des cantons et des communes, c.-à-d. sans les coûts d'encadrement ou d'hôtellerie).
3. Des organisations nationales chargées des structures tarifaires sont inscrites dans la loi.
4. La neutralité des coûts dans le passage est garantie pour chaque canton.
5. Des dispositions sur la transparence du contrôle des factures sont édictées. Dans le secteur hospitalier, la double facturation est maintenue.

Si le Parlement fédéral s'en tient au projet actuel, le canton considérera cela comme une violation du fondamental principe d'équivalence régissant la politique financière.

A. Évaluation du projet

La CDS a toujours été critique vis-à-vis du financement moniste. En juin 2018, elle a toutefois adopté une prise de position qui établit un pont vers un nouveau système de financement uniforme pour autant que les exigences suivantes soient remplies.

1. Le passage au nouveau système ne doit de manière vérifiable pas avoir d'incidences sur la charge financière des différents cantons.
2. Les cantons se voient dotés d'un instrument leur permettant d'exercer une influence ciblée sur les soins ambulatoires (prestations, quantité et qualité).
3. Les factures dans le secteur *hospitalier* 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.
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.

5. Une organisation tarifaire nationale pour les tarifs ambulatoires à laquelle les cantons participent paritairement est inscrite dans la loi.
6. Les fausses incitations dues aux liens établis entre les conventions contractuelles des partenaires tarifaires respectivement dans l'assurance de base et l'assurance complémentaire sont éliminées systématiquement.
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.

Ces exigences garantissent que l'objectif visé de rendre les soins plus intégrés et plus efficaces peut être réellement atteint, que le pilotage de l'offre et donc des coûts par les cantons ainsi que la transparence du contrôle des factures sont assurés et que les améliorations nécessaires dans le domaine des tarifs peuvent également être réalisées. Le projet de la CSSS-CN mis en consultation l'an dernier ne répondait pas à ces exigences. La CDS constate aujourd'hui avec stupeur que le projet remanié de la CSSS-CN ne comporte aucune amélioration notable quant aux points faibles de l'avant-projet que la CDS a déjà signalés dans le cadre de la consultation.

La CDS considère par conséquent que la critique générale de l'avant-projet formulée dans sa prise de position du 28.6.2018 s'applique également au projet actuel et rejette fermement ce dernier. Elle se fonde pour cela sur les réflexions développées ci-après.

1. EFAS ne suffit pas pour maîtriser efficacement les coûts via les soins intégrés

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. Un simple transfert des flux financiers ne permet en effet pas des économies de coûts.

EFAS peut certes réduire la complexité du système de financement. Une véritable maîtrise des coûts nécessite toutefois de promouvoir davantage les soins intégrés par des mesures plus efficaces. La définition d'ensembles de soins au moyen d'une tarification appropriée permettant de rémunérer de manière adéquate la coopération des fournisseurs de prestations tout au long de la chaîne de traitement est en particulier requise. Premièrement, les cantons n'ont toutefois dans la proposition de la CSSS-CN toujours aucune possibilité d'influencer directement l'optimisation future de la chaîne de traitement. Deuxièmement, 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 pas inclus dans le projet actuel.

2. Le rattachement à EFAS ralentit l'introduction du nouveau pilotage de l'admission

Si les cantons doivent cofinancer les prestations ambulatoires, ils doivent également pouvoir exercer une influence sur l'offre de soins dans le secteur ambulatoire. Mais si la modification de la LAMal sur EFAS ne peut entrer en vigueur « qu'avec », c.-à-d. en même temps que la modification de la LAMal sur l'admission des fournisseurs de prestations, comme proposé au chap. IV du projet d'acte, il faudra vraisemblablement prolonger une nouvelle fois la réglementation de l'admission en vigueur, laquelle est peu efficace. Par ses décisions du 3 juin 2019, le Conseil des États a montré comment un pilotage de l'admission plus efficace peut être réalisé rapidement indépendamment de l'introduction d'EFAS, mais comme sa condition préalable. Cependant, aucune possibilité n'y est non plus prévue pour les cantons de supprimer une admission *existante* pour des questions de besoin.

3. L'intégration des soins est indéfiniment reportée

Selon le projet, le Conseil fédéral proposera l'intégration des prestations de soins LAMal dans le financement uniforme dès que les « bases nécessaires » seront établies. À l'exception de la transparence des coûts, ces bases ne sont toutefois pas précisées dans le projet de loi. La liste non exhaustive des sujets à traiter figurant dans le rapport explicatif porte à craindre que l'exigence des cantons d'inclure les soins soit indéfiniment reportée. La CDS insiste pour que l'extension d'EFAS aux soins soit ancrée de manière contraignante dans le projet et pour que les adaptations légales nécessaires soient apportées dès maintenant dans la LAMal. L'entrée en vigueur des dispositions correspondantes concernant

l'extension aux soins doit être échelonnée sur trois ans au maximum après l'entrée en vigueur du reste du projet, ce qu'il convient de stipuler dans les dispositions transitoires de la LAMal.

4. Intelligibilité de la clé de répartition

La CDS exige explicitement que les données et les méthodes sur lesquelles repose le calcul de la part cantonale proposée de 22,6 % soient mises en évidence de manière transparente. Sont entre autres déterminantes pour le calcul de cette valeur les contributions cantonales annuelles de 7,3 à 7,7 milliards de francs pour 2012 à 2015, dont l'extrapolation n'est pourtant pas clairement exposée. Un calcul transparent du volume global des prestations dans le champ d'application du projet (art. 25-31 LAMal sauf prestations de soins d'après l'art. 25a LAMal) au financement duquel les cantons devraient participer à hauteur des 22,6 % estimés fait de plus toujours défaut. Dans ces conditions, une estimation précise des répercussions financières pour les cantons est impossible.

5. Dispositions sur la transparence du contrôle des factures

Des moyens de contrôle définis avec précision 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) ou d'un autre processus institutionnalisé qui la garantisse, font défaut dans le projet. Dans le secteur hospitalier, il n'y a aucune raison de modifier le système actuel de double facturation aux assureurs-maladie, même avec une nouvelle clé de répartition adaptée. Les informations et les possibilités de contrôle qui en résultent sont essentielles pour les cantons.

6. Le traitement des factures réduit les moyens de contrôle

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 moyens 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 *hospitalier* 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. Si des modèles de soins intégrés et des solutions de tarifs et de financement correspondantes existent tout au long de la chaîne de traitement, un règlement uniforme via un unique agent payeur peut aussi parfaitement être mis en place.

7. Organisation(s) tarifaire(s) commune(s)

Le projet ne répond pas non plus à une autre exigence des cantons : inscrire dans la loi une organisation (ou plusieurs organisations) tarifaire nationale pour tarifs ambulatoires et également prestations de soins à laquelle les cantons participent paritairement.

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 déterminants. 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.

8. Autres points critiques

a. *Passage neutre en termes de coûts*

Une disposition transitoire prévoyant d'accorder aux cantons et aux assureurs trois ans pour préparer le changement de système et aux cantons trois ans supplémentaires afin d'atteindre la contribution cantonale de 22,6 % a été incluse dans le projet. Si l'octroi d'un délai de six ans au total est certes souhaitable, le seuil minimum de 18,1 % peut néanmoins conduire à une montée en flèche des coûts pendant la période de transition. Le nouveau projet ne garantit donc pas lui non plus entièrement la neutralité des coûts pour chaque canton exigée par la CDS. Du point de vue de la CDS, les étapes annuelles (à la hausse ou à la baisse) allant de la part cantonale initiale fixée individuellement jusqu'au taux national uniforme ne doivent pas dépasser le taux de 1 %.

b. *Hôpitaux conventionnés*

Le projet entraînerait en outre une amélioration pour les hôpitaux conventionnés, car les prestations qu'ils fournissent seraient cofinancées à 77,4 % 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. C'est pourquoi la CDS est de l'avis qu'il n'y a fondamentalement pas de place pour la catégorie « hôpital conventionné » dans le cadre d'un financement uniforme. Pour les hôpitaux conventionnés existants, la part de financement des assureurs doit être gelée à 45 % au moment de l'introduction d'EFAS (cf. proposition de minorité de la CSSS-CN).

c. *Passage des coûts nets aux coûts bruts*

Les raisons du passage proposé des coûts nets aux coûts bruts des assureurs (y c. participation aux coûts des assurés) dans la base de calcul de la contribution cantonale ne sont pas intelligibles pour la CDS. Selon les déclarations de la CSSS-CN, la nouvelle variante doit garantir que tous les assurés bénéficient de la contribution cantonale, indépendamment de la franchise choisie. Il convient toutefois, premièrement, d'examiner dans quelle mesure la variante mentionnée dans l'avant-projet (fixation selon les coûts nets) défavoriserait effectivement les assurés ayant des franchises élevées et si une rectification est réellement nécessaire. Deuxièmement, la CDS partage l'avis de l'Office fédéral de la justice et de la minorité de la commission selon lequel il est constitutionnellement discutable de contraindre les cantons à verser aux assureurs une contribution à des coûts dont les assureurs n'ont pas dû s'acquitter.

B. L'intégration des soins est judicieuse, réalisable et impérative

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.

C'est pourquoi la CDS défend unanimement et avec conviction le point de vue qu'il faut intégrer les coûts de toutes les prestations LAMal dans le volume à financer de façon duale et uniforme (cf. point A2 ci-dessus). Elle s'engage pour que les cantons et l'AOS se partagent l'évolution des coûts dans toutes les prestations de santé. La justification détaillée de ce but a fait l'objet d'un [argumentaire](#) publié par la CDS.

1. Répercussions financières

La clé du financement global doit être fixée en tenant compte de l'élargissement du champ d'application. Les années suivantes, la hausse des coûts de toutes les prestations ambulatoires et de toutes les prestations avec hospitalisation sera prise en charge par les cantons et l'AOS selon cette clé de répartition fixe. L'AOS participe ainsi à la prise en charge de l'augmentation des coûts dans les soins tout comme le

font les cantons avec EFAS dans le secteur ambulatoire en forte croissance, qui comprend aussi des thérapies, des médicaments, etc.

La CDS dispose déjà de l'étude commandée sur les répercussions financières d'un modèle « EFAS soins compris ». Les calculs montrent que la charge supplémentaire des agents financeurs résultant du passage au financement uniforme est au total plus équitable si les dépenses de l'AOS pour les prestations de soins conformément à l'art. 25a, al. 1, LAMal et le financement résiduel des cantons et des communes sont inclus dans le volume global des prestations à financer de façon duale et uniforme. À condition que la neutralité des coûts soit respectée et sans prendre en compte la participation de 0,7 milliards de francs des patients aux coûts des soins LAMal, on obtiendrait vraisemblablement dans ce cas une clé de répartition de 25,5 % (part des cantons et des communes) et 74,5 % (part des assureurs). Des prévisions officielles pour la période 2016-2030 montrent que ce sont les coûts dans le domaine des soins qui augmenteront le plus, suivis des coûts des prestations ambulatoires puis des coûts des prestations avec hospitalisation. Sur la base de ces hypothèses, les dépenses des cantons et de leurs communes augmentent en maintenant le système de financement actuel d'environ 34 % et celles des assureurs d'environ 45 % dans la période examinée. Si EFAS est réalisé sans intégrer les coûts de soins LAMal, la charge des cantons / communes croît de quelque 49 %, nettement plus que dans le statu quo (dépenses supplémentaires des assureurs : 40 % environ). L'intégration des soins dans EFAS conduit en revanche à une charge supplémentaire équivalente d'à peu près 42 % pour les deux agents payeurs. Le modèle de la CDS « EFAS soins compris » veille ainsi à une répartition équilibrée entre cantons / communes et assureurs de la charge supplémentaire due à la hausse des coûts dans les années à venir.

2. Tarifs et principes de rémunération uniformes à l'échelle nationale pour les soins

S'il n'existe plus de réglementations financières cantonales dans le domaine des soins, le système reviendra vers des tarifs. Cela renforcera à nouveau le partenariat tarifaire. Les cantons approuvent ou fixent les tarifs. Les tarifs doivent satisfaire à la transparence des coûts et à la vérité des coûts et reposer sur des données fiables à l'échelle nationale. La comptabilité analytique des EMS d'une part et des organisations d'aide et de soins à domicile d'autre part est d'ores et déjà largement uniformisée. La présentation et le décompte des prestations liées à l'encadrement et à l'hôtellerie s'effectueront séparément comme par le passé. La création de la transparence est accélérée par l'intégration des soins dans EFAS.

Il incombera au Conseil fédéral de fixer pour toute la Suisse des principes uniformes pour la rémunération des prestations de soins dispensées dans les EMS, dans les structures de jour et de nuit et en ambulatoire. Dans ce but, il convient d'aspirer à une certaine harmonisation entre les domaines susvisés afin d'éviter les fausses incitations qui empêchent des soins intégrés et des offres flexibles.

La CDS reconnaît le besoin d'aboutir à une transparence des coûts. Celle-ci renforce le partenariat tarifaire et favorise des principes de rémunération uniformes à l'échelle nationale.

3. Des organisations nationales chargées des structures tarifaires sont mises en place

Des tarifs comparables au niveau national présupposent des structures tarifaires adéquates. La fixation de ces structures tarifaires requiert la mise en place d'organisations nationales tripartites (prestataires de soins – assureurs – cantons) chargées des structures tarifaires pour les différents domaines des prestations ambulatoires, de manière analogue à ce qui existe pour les tarifs hospitaliers. Le projet devrait également inclure des dispositions pour une organisation tarifaire chargée de définir des structures tarifaires uniformes pour les EMS et les services d'aide et de soins à domicile. Cela permet de renforcer le partenariat tarifaire ancré dans la LAMal en tant que principe directeur.

4. Réalisable par étapes

En y intégrant les prestations de soins, le projet EFAS ne prend pas de retard. Pour la CDS, il est déterminant que la révision de la LAMal concernant EFAS inclue dès le début les prestations de soins. Afin que le projet EFAS puisse néanmoins avancer rapidement, le texte de loi prévoit des délais de transition différenciés pour la mise en œuvre concrète des différents jalons. Ce procédé a déjà fait ses preuves lors de l'introduction du nouveau financement hospitalier (adopté en 2007).

La CDS propose les étapes d'introduction suivantes.

2020 : adoption du projet de loi y c. dispositions transitoires

2023 : entrée en vigueur d'EFAS en stationnaire et en ambulatoire

2024 : fixation des principes de rémunération nationaux pour les soins

2026 : entrée en vigueur d'EFAS y c. prestations de soins ; abandon du financement résiduel cantonal ; décomptes selon des tarifs ; établissement de l'organisation nationale chargée des structures tarifaires ; entrée en vigueur de la première structure tarifaire

D'ici 2029 : les clés de répartition cantonales atteignent le pourcentage fixé à l'échelle nationale.

Pour la CDS, il est déterminant que l'inclusion des soins fasse partie intégrante du projet de loi EFAS adopté. Il faut édicter des dispositions transitoires pour la mise en œuvre.

La CDS en est convaincue :

- une véritable contribution à l'augmentation de l'efficacité et de l'efficience tout au long de la chaîne de traitement ne sera réalisée qu'à condition d'inclure les prestations de soins dans EFAS ;
- « EFAS soins compris » simplifie le financement des soins ;
- l'entrée en vigueur des dispositions correspondantes doit être échelonnée sur trois ans au maximum après l'entrée en vigueur du reste du projet, ce qu'il convient de stipuler dans les dispositions transitoires de la LAMal ;
- le passage sans accroc au financement uniforme nécessite un transfert neutre en termes de coûts pour chaque canton et l'AOS, avec des délais appropriés pour l'adaptation de la clé de répartition.