

Fiche d'information EFAS : exigences dans l'optique des cantons

Conférence de presse du 8 août 2019

1. Qu'est-ce EFAS ?

Les caisses-maladie et les cantons financent les traitements selon les mêmes règles, qu'ils soient effectués en ambulatoire ou avec hospitalisation. Telle est l'idée fondatrice de EFAS (« Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires »). EFAS implique en fait un changement de système. À l'heure actuelle, les coûts ambulatoires sont entièrement financés par les assureurs-maladie, c'est-à-dire par des primes. Les coûts des prestations avec hospitalisation sont payés par les assureurs-maladie à 45 % au plus et à 55 % au moins par les cantons.

2. Où se situe le dossier dans le processus politique ?

Compte tenu de [l'initiative parlementaire 09.528](#) « Financement moniste des prestations de soins », la Commission de la santé publique du Conseil national a engagé une modification de la loi et clôturé la consultation le 5 avril 2019. Avec son projet de modification de la LAMal « Financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation », une majorité de la Commission de la santé publique du Conseil national veut encourager le transfert des prestations du secteur hospitalier au secteur ambulatoire. Le projet a été adressé au Conseil fédéral pour prise de position à fin août 2019. L'objectif étant que le projet puisse être traité au sein du Conseil national dans sa session d'automne 2019.

3. Quelle est la position des cantons à l'égard de EFAS ?

Les cantons prêtent la main à un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires de l'assurance-maladie (EFAS) à condition que EFAS englobe en particulier les prestations de soins prodiguées dans les EMS et par les organisations de soins à domicile. La raison étant que les cantons et les communes assument une charge financière de plus en plus importante dans le domaine des soins. En conséquence, les cantons défendent à l'unanimité et avec conviction le point de vue qu'il faut tenir compte des coûts de toutes les prestations LAMal dans EFAS et que les cantons et les assureurs se partagent l'évolution des coûts dans toutes les prestations de santé.

4. Quels sont les avantages de l'intégration des soins dans EFAS ?

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. Des soins intégrés exigent aussi un système de financement uniforme sans barrières financières. Seulement EFAS soins compris conduit à la simplification souhaitée du 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.

5. Conséquences financières de l'intégration des soins ?

Une étude indépendante élaborée par INFRAS montre 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 au sens de 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, on obtiendrait vraisemblablement dans ce cas une clé de répartition de 25,5 % (part des cantons et des communes) et de 74,5 % (part des assureurs).

6. Quelle est la charge financière en cas de EFAS sans les soins ?

Des prévisions pour la période 2016 à 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, de quelque 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.

7. Quelles autres exigences doivent être remplies en vue de l'introduction d'un nouveau système de financement uniforme ?

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), autrement dit de les piloter. Sur la base de la version du Conseil des États, le projet sur l'admission est à adopter sans tarder et à mettre rapidement en vigueur.
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 – à l'instar de la SwissDRG SA – est inscrite dans la loi.
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.