

Position du Groupe Mutuel

Financement uniforme des prestations de santé ambulatoires et stationnaires



Assuré. Là. Maintenant.

Février 2017

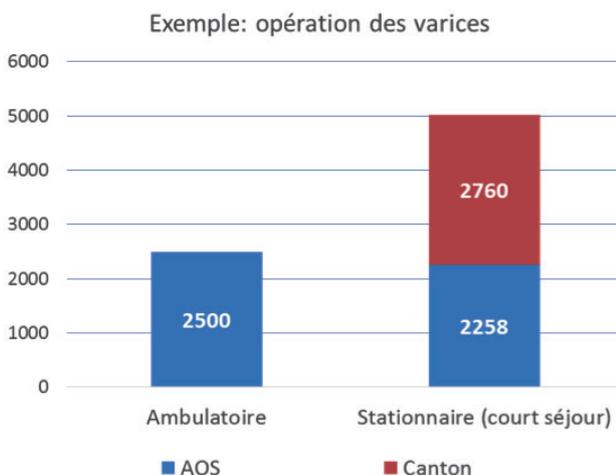
Groupe Mutuel, Rue des Cèdres 5, case postale, CH-1919 Martigny

Situation initiale

A l'heure actuelle, le financement des prestations de santé fait l'objet d'une réglementation différente selon qu'il s'agisse d'un traitement stationnaire ou ambulatoire. Dans le domaine stationnaire, les cantons (55%) et les assureurs-maladie (45%) prennent en charge conjointement les frais d'hospitalisation en division commune, alors que dans le domaine ambulatoire, les prestations sont financées dans leur intégralité par les assureurs-maladie, respectivement par les payeurs de primes. Ce système de financement «inégal» est critiqué depuis des années.

Où résident les problèmes?

1. **Distorsion dans le choix de la forme de traitement:** le caractère non uniforme du financement empêche le transfert du domaine stationnaire vers le domaine ambulatoire, qui permettrait de réaliser des économies. Mais aussi longtemps que les assureurs-maladie, du fait de ces différentes quotes-parts de financement, paieront moins que les cantons pour le traitement stationnaire, ils n'encourageront pas activement le transfert vers le domaine ambulatoire. L'exemple suivant montre que malgré des coûts globaux beaucoup plus élevés, un traitement stationnaire coûte moins aux assureurs-maladie qu'un traitement ambulatoire:



Source: PwC Finanzforum 2016, coûts en CHF

2. **Transfert de coûts:** le transfert du domaine stationnaire vers le domaine ambulatoire rendu possible, notamment par le progrès technique et médical, entraîne une diminution continue de la quote-part des coûts assumée par les cantons et financée par les impôts. Il s'agit d'empêcher que les cantons ne se retirent insidieusement de ce financement, entraînant ainsi, à l'inverse, une hausse des charges pour les payeurs de primes.
3. **A l'heure actuelle, les cantons assument de multiples rôles** puisqu'ils sont à la fois régulateurs, planificateurs de l'approvisionnement en soins, fournisseurs de prestations, bailleurs de fonds ainsi qu'arbitres en cas de litige tarifaire entre un hôpital et un assureur. Il en résulte des conflits d'intérêts qui occasionnent des frais supplémentaires mis à la charge des payeurs des primes.
4. **Cela rend ainsi plus difficile l'optimisation transsectorielle de l'offre d'approvisionnement en soins:** puisque les cantons n'ont aucune responsabilité de financement dans le domaine ambulatoire, ils ne sont incités que de manière limitée à optimiser l'offre d'approvisionnement, ce qui empêche de réaliser des économies de grande ampleur au niveau du système de santé.

Etat d'avancement des travaux parlementaires

Pour les raisons précitées, le Parlement a déjà exigé dans différentes interventions parlementaires l'introduction ou l'étude d'un système de financement uniforme des prestations de santé ambulatoires et stationnaires. En collaboration avec 20 cosignataires issus des groupes parlementaires de tous les partis bourgeois, la conseillère nationale Ruth Humbel (PDC/AG) a notamment déposé en 2009 une initiative parlementaire qui avait pour but d'introduire un système de financement moniste (donc uniforme) (initiative parlementaire n° 09.528). Selon cette initiative, il faut garantir la quote-part des deniers publics au financement des prestations de base assurées et adapter celle-ci à la croissance des coûts dans le système de santé. Dans ce contexte, les cantons doivent pouvoir garder un contrôle sur les deniers publics.

¹ Pour une sélection de 13 indications médicales, PwC estime à 240 millions de francs par année (d'ici à 2020) les possibilités d'économies qui résulteraient d'un transfert du domaine stationnaire vers le domaine ambulatoire. A plus long terme, PwC voit un potentiel d'économies qu'il chiffre à un milliard de francs par an (Finanzforum 2016).

² S'y ajoutent également les fausses incitations dues à des différences tarifaires injustifiées entre le domaine ambulatoire et le domaine stationnaire qui peuvent rendre plus lucratif, aux yeux d'un hôpital, un séjour stationnaire.

Il est vrai qu'il faudra s'attaquer à ces fausses incitations, mais le présent document ne s'attache pas à approfondir ce problème.

Les Commissions de la sécurité sociale et de la santé des deux Chambres (CSSS-E et CSSS-N) ont approuvé cette initiative en 2011. Depuis lors, son délai de traitement a été prorogé à deux reprises, pour la dernière fois d'ici à la session d'hiver 2017.

Afin d'élaborer des dispositions législatives dans ce sens, une sous-commission «Monisme» a été mise sur pied par la CSSS-N. Un projet de loi est attendu en 2017.

Variante concrètes de mise en œuvre du point de vue des assureurs

Les assureurs-maladie sont favorables à un système de financement uniforme de l'ensemble des prestations AOS. A cet égard, ils sont unanimes sur la plupart des questions:

- la facturation des prestataires doit se faire à l'attention des assureurs-maladie en tant que monistes;
- les deniers publics actuels (contributions cantonales aux prestations stationnaires) doivent toutefois rester dans le système et il faut qu'ils soient versés aux assureurs-maladie.

La contribution des cantons aux dépenses hospitalières stationnaires à l'échelle de toute la Suisse s'est élevée à quelque 7,8 milliards de francs en 2014. C'est uniquement sur la question de savoir comment cette quote-part financée par la fiscalité doit être injectée dans le système, respectivement comment les deniers publics doivent être répartis entre les assureurs, qu'il y a des différences entre les modèles de financement préconisés au sein de la branche. A cet égard, deux variantes sont envisagées.

Variante 1: répartition des fonds cantonaux aux assureurs selon les frais effectifs (participation aux coûts effectifs)

Concrètement, les assureurs factureraient périodiquement aux cantons une quote-part fixe (environ 23%) des frais AOS effectifs des habitants du canton concerné (voir aussi tableau ci-après).

Les prestataires des soins n'envoient à l'avenir qu'une facture à l'assureur (tiers payant) ou à l'assuré (tiers garant). Les assureurs-maladie facturent ensuite au canton sa part (environ 23%) et la transmettent à l'assuré dans le système du tiers garant. Pour les cantons, les assureurs joignent à la facturation périodique un relevé détaillé des factures prises en compte.

	Aujourd'hui	Variante 1	Variante 2
	Financement «dual-fixe» de l'approvisionnement en soins hospitaliers stationnaires	Répartition des fonds cantonaux aux assureurs selon les coûts effectifs	Répartition des fonds cantonaux aux assureurs via la compensation des risques
Calcul de la quote-part cantonale	55% des frais hospitaliers stationnaires des habitants du canton concerné.	Les fonds cantonaux restent dans le système et évoluent au même rythme que les primes. La quote-part cantonale s'élève à environ 23% de tous les frais AOS des habitants du canton concerné (ce qui correspond à la participation actuelle).	
Répartition des fonds cantonaux	Le canton reçoit chaque facture de soins hospitaliers stationnaires de ses habitants et paie une quote-part fixe (financement «dual-fixe»).	Le canton paie périodiquement aux assureurs de ses habitants une quote-part fixe aux frais AOS occasionnés pendant cette période (environ 23%).	Le canton paie périodiquement à l'Institution Commune LAMal une quote-part fixe des frais AOS de ses habitants. Les assureurs touchent une quote-part fixe des frais moyens propres aux groupes de risque respectifs de leurs assurés.
Compensation des risques des assurés	45% des frais hospitaliers stationnaires sont soumis à la compensation des risques.	La part des frais AOS financés par les primes (environ 77%) est soumise à la compensation des risques. La quote-part cantonale est une participation aux frais.	100% des frais AOS sont soumis à la compensation des risques.
Contrôle des factures	Assureurs et, en partie, le canton.	Assureurs	

Avec ces informations, le canton peut contrôler que les assurés sont effectivement domiciliés dans le canton et sont des ayants droit. Si le canton souhaite une transparence accrue sur les coûts, il peut demander un échantillon de factures ou ordonner une révision.

Variante 2: répartition des fonds cantonaux aux assureurs via la compensation des risques (quote-part des frais de prestations prévisionnels)

Les assureurs toucheraient des différents cantons une quote-part fixe (environ 23%) des coûts moyens du groupe de risque respectif de leurs assurés par le biais de la compensation des risques.

Solution alternative: financement «dual-fixe» de toutes les prestations AOS

Outre les variantes susmentionnées concernant un financement uniforme, il existe encore également la variante du financement «dual-fixe» de l'ensemble des prestations. Cela signifie que les cantons s'acquittent directement, pour toutes les prestations, d'un pourcentage prédéfini (environ 23%) de chaque facture. Cela correspond au financement actuel des prestations hospitalières stationnaires, mais ce mode de financement serait désormais étendu à toutes les prestations AOS. Cette variante est partiellement favorisée par les cantons puisqu'ils espèrent ainsi avoir un plus grand contrôle sur leurs fonds. Toutefois, cela impliquerait simultanément un **surcroît de charges administratives** aussi bien pour les cantons que pour les fournisseurs de prestations (en particulier pour les médecins et les pharmaciens) qui seraient contraints d'établir à double toutes les factures.

Autre modèle: Versement de l'argent de canton dans le cadre de la réduction des primes

Dans ce modèle, deux variantes sont discutées. D'une part le versement des contributions des cantons comme contribution forfaitaire à tous les assurés (contribution par tête), d'autre part l'extension de la réduction des primes en fonction du revenu. Avec ces deux modèles, le volume actuel des réductions de primes d'environ 4 milliards de francs (Confédération et cantons) tripletrait presque. Dans ce cas, on peut supposer que la Confédération édicterait plus de directives concernant la configuration de la réduction des primes par les cantons et limiterait ainsi leurs libertés.

Position du Groupe Mutuel

Nous saluons l'introduction d'un financement uniforme de l'ensemble des prestations AOS pour autant que les conditions mentionnées ci-après soient remplies.

- **Le rôle du financeur unique doit être dévolu aux assureurs-maladie.** Cela signifie que ce sont eux qui contrôlent et qui paient les factures.
- **Les deniers publics actuels doivent rester dans le système.** Dans un système de primes individuelles, un passage à un mode de «pur» financement par les primes ferait en effet peser de fortes charges sur les ménages privés.
- **Le versement de l'argent des cantons ne doit pas s'opérer par la réduction des primes.** Premièrement, le risque financier des assureurs-maladie augmenterait ainsi en comparaison de la participation aux frais actuelle des cantons, ce qui renforcerait l'incertitude pour le calcul des primes et pourrait engendrer une hausse des réserves et des primes. Un versement de la participation des cantons par des contributions par tête se ferait selon le principe de l'arrosoir. Au contraire, une distribution dépendante du revenu bouleverserait le système péniblement équilibré d'aujourd'hui et mènerait, en plus, à des incertitudes chez les assurés. En effet, ils recevraient des primes, communiquées par les assureurs, bien plus

élevées, étant basées sur les coûts totaux, et sans savoir, s'ils bénéficient d'une réduction des primes ni de quelle hauteur. Pour tous ceux qui ne pourraient pas profiter de réductions des primes, cela signifiera des augmentations de primes massives et sera, enfin, un autre pas en direction de l'introduction de primes dépendantes de revenu.

- **Même à l'avenir, l'ampleur de la quote-part de contribution des cantons devra rester inchangée, et elle devra être augmentée en proportion de l'évolution de coûts.** Ainsi, au sein d'un même canton, aucun transfert ne pourra avoir lieu entre le mode de financement par les primes et le mode de financement par l'impôt. De plus, en tant que planificateurs de l'approvisionnement en soins, les cantons prendront également leur part de responsabilité dans l'évolution des coûts.
- Si les cantons venaient à exiger l'introduction d'outils de pilotage et de contrôle dans le domaine ambulatoire, ces derniers devraient être introduits avec mesure et **ne sauraient conduire à une extension massive de la planification et du pilotage étatiques.**
- **Le risque financier pour les assureurs doit rester le plus constant possible.** Cela ne peut être garanti que si les cantons remboursent aux assureurs une quote-part fixe des frais AOS effectifs des habitants (**variante 1**), ce qui est conforme au principe actuel de la participation aux frais.

Pourquoi le Groupe Mutuel se prononce-t-il en faveur de la variante 1 pour la répartition des deniers publics (participation selon les coûts effectifs)?

- Malgré l'existence de la compensation des risques, les assureurs-maladie assument des risques financiers substantiels, compte tenu par exemple de la survenance possible de hausses de coûts inattendues, respectivement compte tenu des spécificités de la structure actuarielle de leurs assurés qui ne peut être intégralement compensée, même avec l'affinement de la compensation des risques. Une répartition des fonds cantonaux selon les frais effectifs, telle qu'elle existe déjà actuellement dans le cadre du mode de financement dual-fixe, et telle qu'elle serait conservée en cas d'adoption de la variante 1, limite intentionnellement le risque financier assumé par les assureurs-maladie et contribue ainsi à la stabilité des primes et au respect de conditions équitables en matière de concurrence.
- Nous refusons une répartition des fonds cantonaux par le biais du mécanisme de la compensation des risques parce qu'ainsi, **par comparaison avec la situation actuelle** (où les cantons paient une quote-part au montant effectif de la facture), **le risque financier, qui est assumé par les assureurs-maladie, augmente. Une hausse de ce risque financier crée de l'incertitude dans le calcul des primes et peut entraîner un besoin accru de réserves ainsi qu'une augmentation de primes.**

- De plus, des calculs effectués par le Groupe Mutuel ont montré que les modèles de financement proposés relatifs à l'injection des fonds cantonaux par le biais de la compensation des risques entraînent, d'une part, des hausses de primes chez les assureurs-maladie présentant une moins bonne structure actuarielle et/ou peuvent donner lieu à des distorsions au niveau des primes. En revanche, selon nos calculs, si l'on adopte la variante 1, cela n'entraîne ni distorsion de ce genre ni augmentation des primes.
- La variante 1 apporte davantage de stabilité et de continuité puisque cette approche revient fondamentalement à poursuivre l'application du système actuel, à la différence qu'on ferait désormais appel à un seul agent payeur. Les risques et la responsabilité du financement restent conformes au système actuel.
- Avec une contribution en pourcentage des factures AOS, le relevé détaillé des factures prises en compte permet de garantir une transparence totale vis-à-vis des cantons.
- Dans les factures ou les décomptes finaux pour les patients, les contributions des cantons apparaîtront séparément. Avec cela, les patients disposeront aussi d'une transparence complète des coûts.
- Les contributions des cantons ne doivent pas être indexées puisque le pourcentage évolue à la même cadence que le développement de tous les coûts AOS ainsi cofinancés. Une indexation complexe et une adaptation éventuelle au niveau de la loi ou de l'ordonnance ne sont pas nécessaires.
- Dans la variante 1, les cantons doivent participer directement au financement du sur approvisionnement dans le domaine ambulatoire. Une densité médicale trop dense engendre, par exemple, des dépenses plus importantes des cantons. Dans la variante 2, cet effet de sensibilisation disparaît.

Conclusion

Le Groupe Mutuel soutient l'introduction d'un financement uniforme. Compte tenu de la hausse croissante des coûts de la santé et des fausses incitations qui existent actuellement, ce financement uniforme devient toujours plus urgent. Dans ce contexte, les deniers publics doivent rester dans le système.

En revanche, le Groupe Mutuel refuse une injection des deniers publics dans le système par le biais de la compensation des risques (variante 2) ainsi que par les réductions de primes. Ces deux modèles entraîneront des risques accrus pour les assureurs, des incertitudes dans le calcul des primes et des distorsions de concurrence.

Le Groupe Mutuel s'engage pour une injection des deniers publics dans le système sur la base des coûts effectivement occasionnés (variante 1).

A titre de solution alternative à la variante 1, le Groupe Mutuel pourrait également concevoir l'introduction d'un mode de financement dit «dual-fixe» de l'ensemble des prestations AOS. Toutefois, comme nous le décrivons ci-dessus, cela entraînerait un surcroît de charges administratives pour les prestataires de soins et pour les cantons.

³ Même s'ils disposaient déjà d'une compensation des risques développée, les Pays-Bas ont eux aussi limité intentionnellement, et pendant plus de 10 ans, le risque financier des assureurs-maladie. L'objectif était d'empêcher que ces derniers ne soient contraints de garantir un risque élevé de pertes par le biais d'augmentations de primes et que cela n'entraîne des conditions inéquitables en matière de concurrence.

Votre personne de contact du Groupe Mutuel

Miriam Gurtner

Tél. 058 758 81 58

migurtner@groupemutuel.ch

www.groupemutuel.ch/position
