

Position

Novembre 2019

DU GROUPE MUTUEL

Financement uniforme des prestations de santé ambulatoires et stationnaires

En bref

Aujourd'hui, différentes règles de financement s'appliquent aux prestations de santé ambulatoires et stationnaires. Alors que les cantons cofinancent les prestations de santé stationnaires à hauteur de 55%, les prestations ambulatoires sont financées uniquement par les payeurs de primes de l'assurance maladie obligatoire.

Cette inégalité de financement entraîne de fausses incitations et se traduit, en raison du transfert, fondamentalement positif, du domaine stationnaire vers le domaine ambulatoire, par une charge supplémentaire pour les payeurs de primes. Le Conseil national a donc élaboré un projet de loi établissant que toutes les prestations de l'assurance maladie obligatoire doivent être financées de manière uniforme. Ce principe doit maintenant être relayé et introduit le plus rapidement possible afin que les fausses incitations existantes puissent enfin être corrigées.



Votre contact auprès du Groupe Mutuel

Miriam Gurtner

Tél. 058 758 81 58

migurtner@groupemutuel.ch

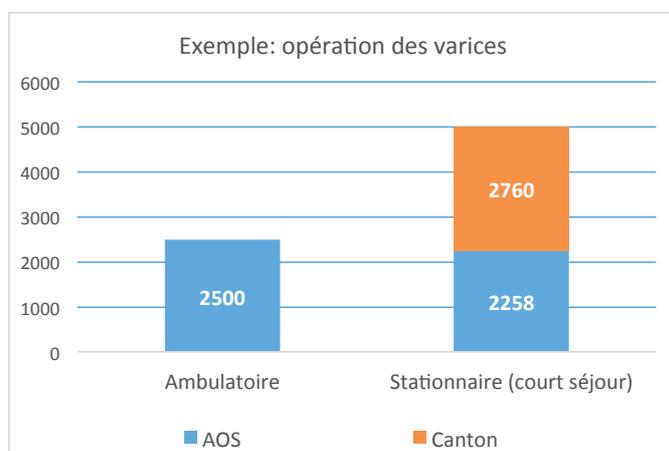
www.groupemutuel.ch

Situation

À l'heure actuelle, le financement des prestations de santé fait l'objet de réglementations distinctes 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 en intégralité par les assureurs-maladie, respectivement les payeurs de primes. Ce système de financement «inégal» fait l'objet de critiques depuis des nombreuses années. Désormais, la politique se charge du dossier.

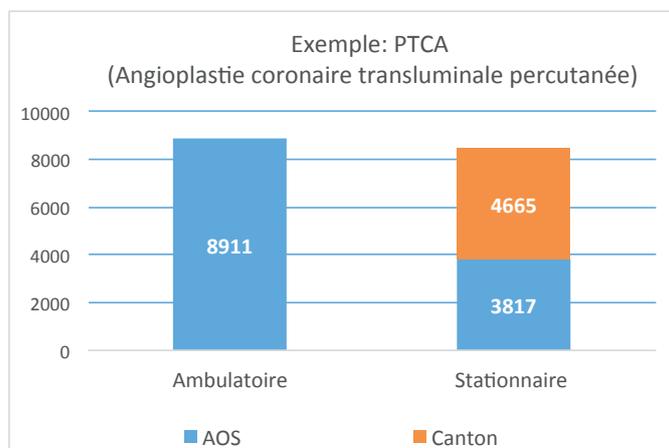
D'où viennent les problèmes?

1. Distorsion dans le choix de la forme de traitement: le caractère non uniforme du financement fait obstacle au transfert, pourtant voulu par les acteurs impliqués, du domaine stationnaire vers le domaine ambulatoire, ce qui empêche la réalisation d'économies.¹ En effet, les assureurs-maladie n'encourageront pas le transfert vers le domaine ambulatoire, tant qu'ils ne paieront que partiellement le traitement stationnaire du fait de ces systèmes de financement différenciés.² L'exemple suivant montre qu'un traitement stationnaire, malgré des coûts globaux plus élevés, coûte moins aux assureurs-maladie, et donc aux payeurs de primes, qu'un traitement ambulatoire.



Source: PwC Finanzforum 2016, coûts en CHF

L'exemple suivant montre qu'il existe également des interventions pour lesquelles les coûts ambulatoires et stationnaires sont à peu près les mêmes. Une intervention ambulatoire coûte donc plus de deux fois plus cher aux assureurs-maladie.



Source: données du Groupe Mutuel, moyenne suisse 2019

¹ À plus long terme, PwC voit un potentiel d'économies qu'il chiffre à un milliard de francs par an (étude PwC « ambulant vor stationär » https://www.pwc.ch/de/publications/2016/ambulant_vor_stationaer_de_16_web_final.pdf).

² S'y ajoutent 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.

- 2. Transfert de coûts:** le transfert du domaine stationnaire vers le domaine ambulatoire, rendu possible notamment grâce au progrès technique et médical, diminue continuellement la part des coûts à charge des cantons, financée par les impôts. Plusieurs cantons l'ont mis en œuvre en introduisant des listes d'interventions à réaliser uniquement en ambulatoire.³ Il s'agit donc d'empêcher que les cantons ne se retirent insidieusement du financement des coûts de la santé.
- 3. À l'heure actuelle, les cantons assument de multiples rôles:** 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 à la charge des payeurs de primes. Le pilotage de l'ambulatoire conférerait désormais aux cantons un rôle supplémentaire, sans que ceux-ci cofinancent à ce jour le secteur ambulatoire.
- 4. L'optimisation transectorielle de l'offre d'approvisionnement en soins est entravée:** des économies de grande ampleur au niveau du système de soins ne peuvent être réalisées, en l'absence de responsabilité financière des cantons dans le domaine ambulatoire qui ne les incite que partiellement à optimiser l'offre d'approvisionnement. Si le Conseil fédéral et le Parlement devaient attribuer concrètement le pilotage du domaine ambulatoire aux cantons par l biais du projet de loi sur l'admission des fournisseurs de prestations (18.047), il serait essentiel que les cantons cofinancent également ce domaine et assument ainsi directement les conséquences financières de leurs actions.

État d'avancement des travaux parlementaires

Au vu de ce qui précède, le Parlement a déjà exigé lors de différentes interventions parlementaires l'introduction ou l'étude d'un système de financement uniforme des prestations de santé ambulatoires et stationnaires (EFAS). Notamment, la conseillère nationale Ruth Humbel (PDC/AG), appuyée par vingt cosignataires issus des groupes parlementaires de tous les partis bourgeois,

a déposé en 2009 (il y a 10 ans exactement!) une initiative parlementaire qui a pour but d'introduire un système de financement moniste (donc uniforme) (09.528). 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 trois reprises, pour la dernière fois à la session d'hiver 2019.

Afin d'élaborer des dispositions législatives dans ce sens, une sous-commission «Monisme» a été mise sur pied par la CSSS-N. Celle-ci a préparé un projet de loi **qui a été adopté par le Conseil national lors de la session d'automne 2019 et qui est désormais soumise à la CSSS-N.**

Contenu du projet de loi

Les prestataires des soins continuent à n'envoyer qu'une facture à l'assureur (tiers payant) ou à l'assuré (tiers garant). Les assureurs-maladie remboursent 100% des traitements ambulatoires et stationnaires. La participation des cantons s'élèvera à **25,5% au moins** des coûts qui resteront à la charge des assureurs après déduction des franchises et des participations (prestations nettes) assumées par les assurés. Ce pourcentage est déterminé de façon à ce que le passage à un financement uniforme demeure **sans incidence sur le budget** des cantons et des assureurs. La part cantonale doit ainsi évoluer proportionnellement aux coûts des soins de santé.

La position de la Conférence des directeurs de la santé (CDS)

La CDS ne s'oppose pas fondamentalement à l'EFAS. Toutefois, le financement uniforme doit également couvrir les prestations infirmières dans les établissements de soins et par le biais des Spitex. La performance et l'efficacité des soins de santé ne peuvent être améliorées que si le financement uniforme couvre l'ensemble de la chaîne de soins.

En outre, les cantons exigent des outils appropriés pour la gestion de l'offre de soins de santé et l'assurance qualité, ainsi que la possibilité de contrôler la facturation correcte des prestations ambulatoires pour la population cantonale.

³ Au 1^{er} janvier 2019, le Conseil fédéral a adopté une liste de six traitements qui, en règle générale, ne peuvent être effectués qu'en ambulatoire, afin d'avoir une réglementation uniforme au niveau suisse. Certains cantons avaient déjà introduit de telles «listes ambulatoires» en 2017/2018. Les listes cantonales plus complètes subsistent.

La position du Conseil fédéral

Le Conseil fédéral s'est déjà prononcé en faveur de l'introduction d'un financement uniforme à plusieurs reprises, plus récemment lors de sa prise de position le 14 août 2019:

- «La réglementation actuelle, qui prévoit un financement différent pour les prestations ambulatoires et stationnaires, entraîne diverses évolutions défavorables. (...) La situation actuelle tend à ralentir le transfert du domaine stationnaire vers le domaine ambulatoire et peut donc entraîner des coûts inutilement élevés.»⁴

Le Conseil fédéral exige toutefois que les préoccupations des cantons soient davantage prises en compte dans le projet de loi. Il s'est exprimé sur la demande d'intégration des services de soins dans l'EFAS en ces termes:

- «Le travail de base nécessaire à l'intégration des services de soins en vertu de l'article 25a de la LAMal nécessite beaucoup de temps. Les avantages mentionnés du financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires ne doivent pas être laissés de côté durant cette période. Le financement uniforme peut d'ores et déjà être introduit et, dans un deuxième temps, après l'achèvement des travaux nécessaires, prendre en compte les services de soins conformément à l'article 25a alinéa 1 de la LAMal. (...) Le Conseil fédéral prendra lui-même les mesures nécessaires si les bases nécessaires sont en place.»⁵

La position du Groupe Mutuel

Nous nous engageons pour une introduction rapide de l'EFAS afin de résoudre les problèmes énumérés ci-dessus.

Nous comprenons **les exigences de la CDS**. Le projet de loi sur l'admission permet de créer des possibilités de pilotage. Concernant le contrôle des factures, nous pourrions imaginer des audits tels qu'ils existent déjà aujourd'hui dans le cadre de la gestion des reconnaissances de dettes.

Lors de l'intégration des soins, en revanche, il faut veiller à ce que l'AOS n'ait pas à prendre en charge

les coûts liés à l'âge. Lors de l'examen du nouveau régime de financement des soins, le Parlement avait clairement l'intention de ne pas alourdir davantage l'AOS. Le financement des soins de longue durée est une préoccupation majeure de notre société.

Ce financement nécessite donc une révision fondamentale et indépendante et ne doit pas être intégré dans ce projet de loi à la va-vite. Si les travaux de fond promis par le Conseil fédéral devaient aboutir à une situation dans laquelle il serait possible et pertinent d'intégrer les coûts des soins liés aux maladies dans un financement uniforme, le Groupe Mutuel ne s'opposerait en principe pas à leur intégration à une date ultérieure.

Cette modification de la LAMal **est l'une des réformes les plus importantes du système de santé** et présente **les avantages** suivants:

- Un financement uniforme favorise l'accroissement de l'efficacité et la réalisation d'économies potentielles tout en maintenant, voire en améliorant, la qualité des soins. Cela soulage les payeurs des primes et les contribuables.
- Les cantons, qui auront davantage de possibilités de piloter le domaine ambulatoire grâce au projet de loi sur l'admission des fournisseurs de prestations, devront également le cofinancer.
- La participation financière incite également les cantons à exercer un contrôle d'admission efficace. Les assureurs-maladie et les cantons ont donc intérêt à ce que les soins de santé soient efficaces.
- Avec l'EFAS, les assureurs-maladie peuvent favoriser le transfert du domaine stationnaire vers le domaine ambulatoire. Cela pourrait permettre d'économiser jusqu'à un milliard de francs.⁶

⁴ Avis du Conseil fédéral du 14 août 2019 sur le rapport de la CSSS-N «DP.IV. Financement des prestations de santé à partir d'une source unique. Introduction du monisme» du 5 avril 2019, page 5727. <https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2019/5725.pdf>.

⁵ Avis du Conseil fédéral, p. 5730.

⁶ Étude PwC «ambulant vor stationär» (cf. lien plus haut).

C'est pourquoi une vaste alliance dans le secteur de la santé s'est engagée en faveur du projet de loi.

Les partenaires de l'EFAS se composent de:

- santésuisse
- curafutura
- Association Suisse d'Assurances ASA
- FMH
- fmch
- Association Suisse des Médecins indépendants travaillant en Cliniques privées et Hôpitaux ASMI
- Association Suisse des pharmaciens pharmaSuisse
- Interpharma ph
- vips, l'association des entreprises pharmaceutiques en Suisse
- Forum des consommateurs kf
- La Fondation Organisation suisse des patients OSP
- Forum Santé pour Tous
- Entente Système de santé libéral
- Forum Managed Care fmc
- Conférence nationale suisse des ligues de la santé GELIKO
- Medswiss.net

Conclusion

Le Groupe Mutuel s'engage pour une introduction rapide d'un financement uniforme.

Cela devient toujours plus urgent, compte tenu de la hausse croissante des coûts de la santé, des fausses incitations existantes et de l'essor de l'ambulatoire.

Avec la possibilité prévisible pour les cantons de piloter le domaine ambulatoire, ils doivent également participer au financement de ce domaine. C'est la seule façon de les inciter à mettre en place un contrôle d'admission efficace.