

Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS)

16 février 2023

En bref

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

Le projet de financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS), tel qu'il a été ratifié par le Conseil national à l'automne 2019, limiterait différentes incitations pernicieuses existant au sein du système. Malheureusement, entretemps, le Conseil des États a choisi de surcharger le projet, le rendant ainsi inefficace tout en augmentant les primes des assurés. Par conséquent, le Groupe Mutuel s'engage afin que le Conseil national s'en tienne autant que possible à ses décisions initiales.



Votre interlocuteur au sein du Groupe Mutuel

Luca Strebel

Tél. +41 79 244 04 68

lstrebel@groupemutuel.ch

Contexte

Le projet d'introduction d'un système de financement moniste, autrement dit uniforme, émane d'une initiative parlementaire de la Conseillère nationale Ruth Humbel (Centre/AG) (09.258) de 2009. Les deux Commissions de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS) ont donné suite à cette initiative en 2011. Depuis, la date limite de son étude a plusieurs fois été repoussée. La sous-commission « Monisme » mise en place par la CSSS-N a finalement élaboré un projet de loi qui a été débattu par le Conseil national à l'automne 2019 et par le Conseil des États à l'hiver 2022. Le dossier devrait repasser devant le Conseil national au premier semestre 2023 afin d'éliminer les divergences.

Éléments centraux du projet

Principes fondamentaux

La nécessité d'introduire un financement uniforme des prestations de soins ambulatoires et stationnaires est indéniable pour plusieurs raisons. Tout d'abord, le transfert du secteur stationnaire vers l'ambulatoire notamment permis par les progrès techniques de la médecine se solde par une **baisse constante de la part de frais cantonale financée par l'impôt**. En outre, alors que les cantons **assumaient déjà les multiples rôles** de régulateurs, planificateurs de prestations, prestataires de soins, financiers ou encore juges en cas de litige tarifaire entre les hôpitaux et les assureurs, celui de pilotes du secteur ambulatoire vient désormais s'y ajouter. Par conséquent, n'étant pas responsables du financement du domaine ambulatoire, les cantons ne sont que peu incités à **optimiser l'offre de**

soins, au détriment d'économies importantes à l'échelle du système.

Page 2/5

Selon le projet actuel, les assureurs maladie devront rembourser 100% des prestations facturées dans tous les cas, que la prise en charge soit ambulatoire ou stationnaire. Conformément à la décision du Conseil des États, les cantons devront financer au moins **26,9%** des coûts résiduels leur incombant après déduction de la franchise et du reste à charge des assurés (coûts nets des prestations). Ce pourcentage a été fixé de sorte que le passage au financement uniforme soit **globalement neutre en matière de coûts** pour les cantons et les assureurs. Par conséquent, la part cantonale devra par la suite évoluer proportionnellement aux coûts de santé.

Pendant la session d'hiver 2022, le Conseil des États s'est distancé de la version du Conseil national sur plusieurs points essentiels. La suite du présent document expose les quatre différences fondamentales entre le Conseil des États et le Conseil national du point de vue du Groupe Mutuel et clarifie notre position à ce sujet.

Intégration des soins de longue durée

Depuis l'introduction de la loi LAMaI, l'AOS contribue au financement des coûts des soins de longue durée (établissements médico-sociaux et soins à domicile). En entérinant le nouveau financement des soins introduit en 2011, les conseils confédéraux ont sciemment voulu préserver les payeurs de primes face à la forte dynamique des coûts des soins de longue durée (SLD). En conséquence, les coûts des SLD à la charge de l'AOS sont globalement restés stables ces dernières années.

Désormais, contrairement à l'avis du Conseil national, le Conseil des États souhaite intégrer les SLD dans le projet (avec un délai de transition de sept ans). Or, aujourd'hui, nous ne disposons pas d'une **base de données unifiée et transparente** concernant les soins de longue durée. Pour pouvoir appréhender de manière cohérente la distinction complexe entre soin et assistance et pour pouvoir établir les futurs tarifs de soins, cette base est pourtant indispensable. **Par ailleurs, l'intégration envisagée des SLD entraînerait un transfert de coûts supplémentaire au détriment de l'AOS et au bénéfice des cantons.** À long terme, l'augmentation attendue des coûts liés aux SLD (arrivée des baby-boomers dans les classes d'âge concernées, effets de la mise en œuvre de l'initiative sur les soins) sera si élevée que les **éventuelles économies de coûts générées par l'EFAS au profit des payeurs de primes seront réduites à néant** et se solderont même par une charge supplémentaire pour ces derniers.

Position du Groupe Mutuel : avant de discuter de l'intégration des soins et de prendre des décisions à ce sujet, il convient de réaliser tous les travaux de base nécessaires et de garantir la transparence des coûts. **Pour cette raison, à titre de compromis, nous suggérons d'étudier une éventuelle intégration ultérieurement, à l'occasion d'une deuxième phase distincte.**

Contrôle des factures

Depuis l'introduction du nouveau financement des hôpitaux en 2012, les cantons participent au secteur stationnaire à hauteur de 55% des prestations stationnaires. Parallèlement, en qualité de destinataires des factures liées aux hospitalisations stationnaires, ils procèdent à une vérification de ces dernières. L'étendue

de ces contrôles diffère d'un canton à l'autre. Aujourd'hui, ils portent principalement sur l'adresse de résidence des patients. Avec l'EFAS, les cantons doivent désormais contribuer au prorata en ceci qu'ils versent une contribution aux assureurs-maladie pour l'ensemble des prestations AOS. Contrairement au Conseil national, le Conseil des États souhaite désormais que les assureurs des cantons **transmettent gratuitement et sans délai l'ensemble des données de facturation** afférentes à une prise en charge hospitalière.

Il convient de signaler que les **assureurs maladie ont tout intérêt à ce que les factures soient correctes et raisonnables.** Ainsi, chaque année, il est possible d'éviter environ trois milliards de coûts pour les payeurs de primes. Cela montre que le contrôle des factures par les assureurs maladie est efficace et efficient. En plus d'être complexe, un double contrôle des factures par les assureurs santé et les cantons aurait pour conséquence un **surcoût massif pour les cantons, financé par l'impôt.** Les contrôles des assureurs maladie et des cantons devraient en outre être coordonnés, ce qui complexifierait encore le système. Tout cela sans offrir de valeur ajoutée aux patients.

Position du Groupe Mutuel : pour le Groupe Mutuel, le transfert du contrôle systématique des factures aux cantons ou à une organisation centralisée dépendant de ces derniers n'a pas lieu d'être. En effet, il s'agit d'une **mission essentielle des assureurs maladie.** En guise de compromis, il serait par exemple possible d'envisager un **contrôle d'échantillons dans le cadre d'un audit.**

Fourniture des données aux cantons

Les éléments de données nécessaires à la planification des prestations et la supervision des prestataires de soins par les cantons sont **déjà en grande partie couverts par les données agrégées** mises à disposition par l'Office fédéral de la statistique.

Or, dans ce domaine, le Conseil des États exige désormais que les assureurs mettent directement les données de facturation détaillées à disposition des cantons afin qu'ils puissent surveiller les prestataires de soins, planifier, couvrir les besoins en soins dans les hôpitaux, les établissements médico-sociaux et les maisons de naissance, mais aussi limiter le nombre de médecins. Ainsi, **le transfert des données aux cantons est étendu**, alors que ces derniers disposent déjà des données requises (fournies par la Confédération) pour mener à bien leurs travaux de planification et de pilotage.

Position du Groupe Mutuel : l'introduction d'un financement uniforme ne doit pas servir de prétexte pour étendre la fourniture des données aux cantons. **Par conséquent, nous nous opposons à la fourniture systématique des données aux cantons.** Au niveau législatif, il convient toutefois de clarifier la nature et la finalité des données devant être transmises aux cantons. De plus, quand bien même, le transfert de ces données incomberait aux prestataires de soins.

Question des hôpitaux conventionnés

Le Conseil des États souhaite limiter la participation de l'AOS aux soins dispensés par les

hôpitaux conventionnés, car cela reviendrait autrement à faire subventionner des hôpitaux privés par l'AOS. Le Conseil national ne voulait pas faire d'exception pour ces prestataires de soins, car l'EFAS vise à **standardiser le système** et un **traitement différencié** serait donc inapproprié.

Position du Groupe Mutuel : le **maintien d'un financement différencié** pour la couverture des soins médicaux assurés par les hôpitaux conventionnés **n'est pas justifié** compte tenu de l'objectif visé. De plus, l'application d'un financement uniforme à ce type d'hôpitaux contribue à renforcer la **concurrence entre les hôpitaux**, ce qui pourrait conduire à des économies.

Synthèse des positions du Groupe Mutuel



Intégration des soins de longue durée uniquement au cours d'une deuxième phase, une fois la transparence des coûts garantie.



Absence de **double contrôle des factures** par les assureurs et les cantons, car il s'agit d'une mission essentielle des assureurs maladie.



Absence de **fourniture systématique des données aux cantons**. Instauration de bases légales claires régissant la transmission des données à des fins spécifiques.



Recours à un financement uniforme également pour les **hôpitaux privés** afin de renforcer la concurrence.

Conclusion

Le Groupe Mutuel soutient fondamentalement l'introduction d'un financement uniforme afin d'éliminer les incitations pernicieuses existant au sein du système, ainsi que dans la perspective de réduire les coûts de santé. De plus, le financement uniforme évite que les cantons se retirent insidieusement du financement des frais de santé, car le transfert croissant des soins médicaux vers le secteur ambulatoire favorisé par le système de financement actuel entraîne un surcoût massif pour les payeurs de primes.

Néanmoins, le projet, tel qu'il est envisagé aujourd'hui par le Conseil des États, conduirait à des reports de coûts considérables à moyen et à long terme au détriment des payeurs de primes de l'AOS. De même, les rôles des cantons déjà nombreux seraient encore étendus. Pour cette raison, différentes décisions du Conseil des États doivent impérativement être rectifiées par le Conseil national. Si les deux points suivants n'étaient pas satisfaits, il conviendrait de rejeter le projet dans son intégralité.

- **Refus de l'intégration complète et immédiate des coûts des soins :**

En conséquence, nous proposons l'intégration des prestations de soins uniquement au cours d'une deuxième phase, une fois que les bases auront été établies, que les données auront été collectées et que la transparence des coûts sera garantie.

- **Contrôle des factures :**

Nous nous opposons au contrôle systématique des factures par les cantons ou une nouvelle organisation centralisée. Cependant, une vérification sur la base d'échantillons dans le cadre d'un audit est envisageable pour le Groupe Mutuel.