



## CONSEIL D'ETAT

Château cantonal  
1014 Lausanne

Office fédéral de la santé publique  
Direction Assurance maladie / Division  
prestations  
Schwarzenburgstrasse 157  
3003 Berne

Réf. : MFP/15024180

Lausanne, le 29 août 2018

### **Réponse du Conseil d'Etat du Canton de Vaud à la consultation fédérale relative à l'initiative parlementaire 09.528. Financement moniste des prestations de soins**

Madame, Monsieur,

Le Conseil d'Etat du canton de Vaud vous remercie de l'avoir consulté sur le projet cité en titre et vous fait part, ci-après, de ses déterminations.

Nous signalons en préambule que nous avons renoncé à utiliser le formulaire Word joint à la documentation de consultation, dans la mesure où **nous rejetons intégralement l'avant-projet, et demandons, à l'instar de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) sa complète révision.**

#### **A. Position générale**

Il est tout à fait paradoxal de lire dans le rapport explicatif de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) au sujet de l'Initiative parlementaire 09.528 « Financement moniste des prestations de soins », sous le chapitre premier, intitulé "genèse du projet", que « pour permettre aux cantons de préserver l'influence et le contrôle qu'ils exercent sur les moyens publics, un modèle moniste pourrait être développé de telle sorte que les cantons mettent leurs moyens en œuvre de manière ciblée et contrôlée (nous soulignons) » (rapport p. 4). En effet, l'essentiel du projet mis en consultation semble précisément viser à ce que les cantons soient privés de tout moyen de contrôle.

Comme la CDS l'a déjà relevé, le principal problème des coûts de la santé en Suisse relève de l'évolution des coûts globaux du système au fil des ans. Ainsi, l'objectif de toute réforme devrait tendre à freiner la croissance des coûts, respectivement à réduire globalement à long terme les coûts du système. Pour ce faire, il faut agir sur une modification de la quantité ou du prix des prestations fournies, autrement dit les prestations doivent être soit moins nombreuses soit moins onéreuses qu'elles ne le sont actuellement. Force est de constater que l'avant-projet cité en titre se borne à traiter de l'organisation du financement, en opérant un transfert de flux financiers, passant ainsi à côté des véritables enjeux.

Un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires via un seul et unique agent payeur (assureurs) ne fournit en soi aucune contribution déterminante à la maîtrise des coûts du système. En effet, c'est en agissant sur les mauvaises incitations, telles que celles liées à la structure tarifaire et au montant des tarifs, qu'une révision est

possible. Le fournisseur de prestations doit être incité à dispenser des prestations économiques, appropriées et efficaces : en intervenant uniquement au niveau de qui paie, on ne parvient pas à introduire une incitation efficiente.

En outre, en réduisant le rôle des cantons à celui d'agent payeur, sans leur donner des instruments de pilotage du secteur ambulatoire, le projet les empêche d'assumer leur responsabilité constitutionnelle de garantir l'approvisionnement en soins de la population. Ainsi, si les cantons doivent cofinancer les prestations ambulatoires, ils doivent alors logiquement pouvoir exercer une influence sur l'offre de soins dans le secteur ambulatoire, y compris pour les médecins déjà admis et l'offre de prestations dans le secteur hospitalier ambulatoire. En l'espèce, les derniers développements nous montrent que cette logique n'est pas suivie : la CSSS-N a voté vendredi 6 juillet dernier une initiative pour reporter à 2021 l'échéance du moratoire allégé sur les nouveaux cabinets médicaux.

Un autre élément pour le moins surprenant de la modification proposée relève du fait que le projet entraînerait une amélioration du financement par l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour les hôpitaux conventionnés (les prestations fournies seraient financées jusqu'à 74.5% au lieu de 45% aujourd'hui). Cette attractivité conduirait vraisemblablement à une augmentation des volumes et des capacités de ce secteur. Une hausse des primes de l'AOS serait probable, au bénéfice des assureurs complémentaires (nouveau transfert de charges dans ce sens). Cela fragiliserait en outre la portée de la planification hospitalière cantonale et pose, in fine, la question de la suppression des hôpitaux conventionnés.

\*\*\*\*\*

Nous considérons que les *conditions minimales d'entrée en matière* pour une réforme de la LAMal visant un système efficace et optimisé, avec un financement uniforme, sont les suivantes – en nous ralliant aux propositions transmises par la CDS :

- *Le passage au nouveau système ne doit de manière vérifiable et objective pas avoir d'incidences sur la charge financière des cantons, a fortiori lorsque, comme dans le canton de Vaud, ces cantons connaissent des structures de soins et de patients tournées davantage que la moyenne nationale vers les traitements ambulatoires. A ce chapitre, il conviendrait aussi de prendre en compte le fait que les cantons contribuent également au financement du système de santé par la réduction individuelle des primes d'assurance-maladie, du financement des prestations d'intérêt général des hôpitaux et de la prévention, ou encore les frais administratifs des tâches cantonales de politique de la santé et de police sanitaire.*
- *Les cantons doivent se voir dotés d'instruments leur permettant d'exercer une influence ciblée sur les soins ambulatoires (prestations, quantité et qualité). Les cantons ont besoin d'instruments leur permettant d'intervenir si l'offre de soins excède les besoins tant concernant les disciplines médicales que la répartition régionale. De tels instruments devraient également permettre de supprimer une admission existante pour des questions de besoin ou d'intervenir pour maîtriser le volume des prestations fournies. La base légale fédérale et l'accès aux données nécessaires doivent être créés pour que les cantons puissent piloter l'offre globale de prestations ambulatoires et hospitalières ambulatoires de la même manière que le secteur stationnaire.*
- *Les factures dans le secteur stationnaire 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. Dans le secteur ambulatoire, vu le nombre élevé de factures, il*

serait judicieux de définir un organe unique de facturation et de paiement, cas échéant au niveau cantonal, ainsi que de donner aux financeurs, y compris aux cantons, la possibilité de contrôler le montant de la facture adressée.

- *Les cantons disposent de moyens de contrôle concernant 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 garantit.*
- *Une organisation tarifaire nationale pour les tarifs ambulatoires à laquelle les cantons participent paritairement est inscrite dans la loi. Les partenaires tarifaires et les cantons devraient 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 des structures tarifaires pour les prestations individuelles et éventuellement les forfaits. Cette organisation, où les cantons sont également représentés, soumet les structures tarifaires élaborées au Conseil fédéral pour approbation.*
- *Des règles claires concernant les conventions contractuelles entre partenaires sont posées dans la loi: il s'agit d'empêcher les partenaires tarifaires de mêler dans les négociations tarifaires l'assurance obligatoire des soins et l'assurance complémentaire LCA. Sur ce point, nous nous référons expressément aux pistes suggérées par la CDS dans sa prise de position à la présente consultation.*
- Les soins de longue durée (EMS et soins à domicile) doivent être intégrés au modèle de financement, dans une optique de coordination des soins. Il n'y a aucune raison valable de les exclure.

### **B. Conséquences financières**

Les conséquences financières annoncées dans l'avant-projet sont supposées être neutres pour les cantons dans leur ensemble, mais pris isolément, il y aurait des coûts supplémentaires pour certains cantons. Les hypothèses de calculs et les statistiques utilisées par la Confédération pour évaluer le coût financier de cette réforme doivent être claires et vérifiables, compte tenu des montants en jeu et des risques. Or, le rapport explicatif est incomplet sur ces éléments.

Pour le canton de Vaud, le passage à un financement uniforme selon le modèle de la CSSS-N (mais avec un scénario d'une participation des cantons de 22.5% et non de 25.5%) entraînerait une charge annuelle approximativement estimée par l'OFSP dans son rapport du 5 mars 2018 à 100 millions de francs, sans phase de transition.

Nos propres calculs font état de conséquences financières pouvant aller jusqu'à 226 millions sur des données extrapolées de 2017. Vous comprendrez qu'avec un tel impact à la clé, nous n'avons d'autre choix que d'exiger une présentation claire et précise des enjeux financiers pour chaque canton dans le rapport. D'autant plus que le canton de Vaud est l'un de ceux qui, depuis plusieurs années, s'évertue à prévenir les séjours inutiles à l'hôpital et à favoriser le développement de l'ambulatoire.

### **C. Remarques techniques sur l'avant-projet**

Compte tenu de l'enjeu de cette réforme et des éléments non maîtrisables, les modifications légales mises en consultation ne permettent pas de protéger les cantons contre les velléités des assureurs de transférer les coûts aux cantons. Nous demandons qu'il soit remédié à cela au niveau des dispositions légales.

Nous estimons en particulier qu'il est inacceptable que la modification de l'art. 79a prive les cantons d'un droit de recours direct. Le commentaire indique (rapport, p. 25) : « comme les cantons ne cofinancent plus directement des prestations mais versent leur contribution aux assureurs, il n'est pas judicieux qu'ils aient un droit de recours direct. L'assureur peut faire valoir ce droit ; l'art. 60, al. 3, garantit que les cantons profitent aussi des recours éventuels déposés par les assureurs ». Ce commentaire confirme que le rôle du canton tel que conçu dans cet avant-projet est strictement celui d'agent payeur.

De plus, la lecture de l'avant-projet de révision LAMal laisse entendre que les médicaments et le matériel LIMA sont inclus dans le système de financement uniforme/moniste, mais le rapport explicatif ne les mentionne pas. Nous déplorons une telle incertitude sur ce point, alors que celui-ci a des implications financières considérables.

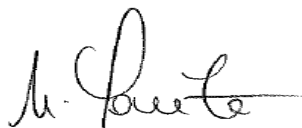
Par ailleurs, au chapitre des conséquences sur l'état du personnel (rapport p. 28), il est précisé que « les cantons ne participent plus au financement des prestations fournies à ces groupes d'assurés. Ils sont par ailleurs déchargés de la suppression du contrôle et du paiement des factures des fournisseurs de prestations, tâches pour lesquelles des ressources en personnel sont actuellement prévues ». Nous regrettons que le rapport prévoie que les cantons pourraient être amenés à licencier du personnel, sans fournir de plus amples précisions. En outre, le rapport précité précise plus loin que « la répartition des parts de financement cantonales entre les assureurs entraînera des frais supplémentaires pour l'institution commune visée à l'art. 18 LAMal. Celle-ci sera indemnisée par les assureurs pour cette tâche d'exécution ». A défaut de précision, il est évident que cette indemnisation sera financée par les primes des assurés ; or le rapport n'en fait étonnamment aucune mention.

En conclusion de ce qui précède, **le Conseil d'Etat du canton de Vaud rejette les modifications proposées dans l'avant-projet et exige qu'un nouveau projet de réforme, tenant compte des éléments développés plus haut, soit transmis aux cantons pour discussion. A défaut, le canton de Vaud se déclare prêt à lancer une initiative ou un référendum.**

Vous remerciant de l'attention que vous porterez à la présente, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de notre haute considération.

AU NOM DU CONSEIL D'ETAT

LA PRESIDENTE



Nuria Gorrite

LE CHANCELIER



Vincent Grandjean

**Copies**

- OAE
- CDS