

**Postulat Thierry Dubois et consorts – Financement uniforme des prestations de santé ambulatoires et stationnaires : un sujet à transmettre à notre commission de santé publique !**

*Texte déposé*

Actuellement, les prestations ambulatoires et stationnaires sont financées de manière différente (système dual). 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 et contribue de manière non négligeable à l'augmentation des primes maladies... il devient obsolète et il est temps de le changer.

Le Parlement fédéral élabore une solution depuis le dépôt d'une initiative parlementaire, déposée en 2009 par madame la conseillère nationale Ruth Humbel (PDC/AG). Cette initiative avait pour but d'introduire un système de financement moniste qui permettrait de garantir la quote-part des deniers publics au financement des prestations de base assurées et d'adapter celle-ci à la croissance des coûts dans le système de santé.

Compte tenu de la hausse croissante des coûts de la santé, ce système uniforme devient toujours plus urgent. Le financement différent de l'ambulatoire et du stationnaire aboutit à des incitatifs erronés et à des transferts de coûts. Si l'on considère en plus les systèmes tarifaires également différents — décompte à la prestation individuelle selon TARMED pour l'ambulatoire et décompte par forfaits selon SwissDRG pour le stationnaire — ainsi que le remboursement sensiblement plus élevé des traitements stationnaires par rapport aux traitements ambulatoires, les fournisseurs de prestations et les caisses-maladie n'ont aucun intérêt à transférer davantage de prestations vers l'ambulatoire, bien que celui-ci soit synonyme de réduction considérable des coûts d'un point de vue macroéconomique.

La Conférence suisse des directrices et directeurs de la santé (CDS) est un organe de coordination politique au sein duquel sont réunis les membres des gouvernements cantonaux chargés des questions de santé publique. La CDS a pour but de faciliter la collaboration des 26 cantons ainsi qu'entre ceux-ci, la Confédération et les principaux acteurs du système de santé.

La CDS n'est pas favorable au financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires. Il argue pour cela des risques inconnus qu'impliquerait un changement de paradigme. Les conseillers d'Etat dans leur majorité redoutent également une perte de contrôle et d'influence des cantons.

Les assureurs-maladie, la chambre médicale de la Fédération des médecins suisses (FMH) et bon nombre de politiciens et de partis politiques soutiennent le financement moniste. Il est capital que les cantons restent disposés à collaborer à ce débat en restant ouverts quant à son issue et ne rejettent pas d'emblée un changement de paradigme.

Raison pour laquelle il me paraît indispensable que ce sujet soit débattu au sien de notre commission de santé publique.

*Renvoi à une commission avec au moins 20 signatures.*

*(Signé) Thierry Dubois  
et 25 cosignataires*

*Développement*

**M. Thierry Dubois (UDC) :** — Actuellement, les prestations ambulatoires et stationnaires sont financées de manière différente : on parle de système dual. Dans le domaine stationnaire, les cantons et les assureurs-maladie prennent conjointement en charge les frais d'hospitalisation en division commune, alors que dans le domaine ambulatoire, les prestations sont intégralement financées par les

assureurs-maladie et donc les payeurs de prime. Ce système inégal de financement est critiqué depuis des années et il contribue de manière non négligeable à l'augmentation des primes d'assurance-maladie. Le financement différent de l'ambulatoire et du stationnaire aboutit à des incitatifs erronés et à des transferts de coûts. Si l'on considère, en plus, que les systèmes tarifaires sont également différents — décompte à la prestation individuelle selon le système de tarification médicale (TARMED) pour l'ambulatoire et décompte par forfait selon le système des groupes homogènes de diagnostic (*diagnosis related group*) appelé SWISS DRG pour le stationnaire — et que le remboursement des traitements stationnaires est sensiblement plus élevé que celui des traitements ambulatoires, les fournisseurs de prestations et les caisses-maladies n'ont aucun intérêt à transférer davantage de prestations vers l'ambulatoire, bien qu'il soit synonyme d'une réduction des coûts.

Les assureurs-maladie, la Chambre médicale de la Fédération suisse des médecins (FMH) et bon nombre de politiciens et de partis politiques soutiennent le financement moniste. Il est capital que les cantons restent disposés à collaborer à ce débat en restant ouverts quant à son issue et qu'ils ne rejettent pas d'emblée un changement de paradigme. C'est la raison pour laquelle il me paraît indispensable que ce sujet soit débattu au sein de la Commission thématique de la santé publique.

**Le postulat, cosigné par au moins 20 députés, est renvoyé à l'examen d'une commission.**