

**RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE
chargée d'examiner l'objet suivant :**

Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le Postulat Thierry Dubois et consorts - Financement uniforme des prestations de santé ambulatoires et stationnaires : un sujet à transmettre à notre commission de santé publique !

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le 4 septembre 2020.

Présent-e-s : Mmes Claire Attinger Doepper, Josephine Byrne Garelli, Carole Dubois, Sylvie Podio, Myriam Romano-Malagrifa, Graziella Schaller, Chantal Weidmann Yenny. MM. Fabien Deillon, Yves Paccaud (en remplacement de Jessica Jaccoud), Olivier Petermann, Werner Riesen (en remplacement de Jean-Luc Chollet), Vassilis Venizelos (présidence), Philippe Vuillemin, Marc Vuilleumier. Excusé-e-s : Mme Jessica Jaccoud, MM. Jean-Luc Chollet, Andreas Wüthrich.

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mmes Rebecca Ruiz, Conseillère d'Etat, Stéphanie Monod, Directrice générale, Direction générale de la santé (DGS), Chantal Grandchamp, Directrice finances et affaires juridiques, DGS, M. Marc Weber, Adjoint santé, Affaires sanitaires.

2. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Le département livre une présentation détaillée sur le financement des soins stationnaires et ambulatoires ainsi que sur le projet fédéral EFAS (financement moniste des prestations stationnaires et ambulatoires).

Coûts de la santé en Suisse

- Les prestations de santé représentent le plus gros marché de Suisse (82 milliards par an, soit 12,3% du PIB). En comparaison, le marché du tourisme en Suisse représente 47 milliards par an.
- La moitié des dépenses totales de santé relève du périmètre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) : 32,5 milliards financés par l'assurance maladie et la participation des assurés aux coûts des soins (franchise et quote-part), 10 milliards financés par les cantons (prestations hospitalières, soins de longue durée). Le projet EFAS (financement moniste des prestations stationnaires et ambulatoires) ne porte que sur le périmètre de l'AOS.

Prélèvement des primes

- Les primes sont prélevées par tête, indépendamment du revenu et de la situation de santé des individus. Dans ce contexte, les assureurs peuvent être tentés de procéder à une sélection des risques (encaisser des primes pour des personnes occasionnant peu de dépenses de santé). Pour éviter cela, le mécanisme de compensation des risques oblige les assureurs dont le collectif d'assurés est en moyenne en bonne santé à verser une partie des primes touchées aux assureurs dont le collectif d'assurés est en moyenne en moins bonne santé.

- Le subside des primes (4,7 milliards payés par moitié par la Confédération et par moitié par les cantons) permet de venir en aide aux ménages qui font face à des primes trop élevées par rapport à leur revenu. Les prestations financées par les cantons (10 milliards) ne donnent pas lieu à une participation des contribuables aux coûts (franchise, quote-part). Le financement cantonal s'opère par un prélèvement via l'impôt, proportionnel au revenu des contribuables.

Financement par type de prestations

- Le financement varie en fonction du type de prestations :
 - Prestations stationnaires : paiement par forfait (SwissDRG pour les soins aigus, TARPSY pour les soins psychiatriques), paiement par journée pour la réadaptation (passage à terme au paiement forfaitaire). Pour les capacités hospitalières planifiées par les cantons (liste LAMal cantonale des hôpitaux autorisés à facturer à l'AOS), la participation cantonale s'élève à 55% des coûts, et celle de l'AOS à 45%. Pour les hôpitaux conventionnés (pas dans la liste LAMal mais au bénéfice d'une convention avec l'AOS), aucune participation cantonale n'est prévue.
 - Prestations ambulatoires : paiement à l'acte (TARMED). Aucune participation cantonale n'est prévue, sauf indirectement à travers le subside des primes.
 - Prestations de soins (soins à domicile, EMS) : les tarifs sont fixés par l'Ordonnance fédérale sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Les coûts sont pris en charge par l'AOS, avec un financement cantonal résiduel relevant de la compétence du Canton.

Le canton de Vaud a pris le virage ambulatoire

- L'introduction de forfaits dans le domaine stationnaire conduit à une réduction de la durée des séjours hospitaliers et à une croissance des actes effectués dans le domaine de l'ambulatoire hospitalier.
- Le canton de Vaud se trouve parmi les cantons qui ont pris tôt le virage ambulatoire. Les autres cantons rattrapent leur retard en la matière.
- Pour le domaine ambulatoire, le canton de Vaud voit ses coûts par assuré à charge de l'AOS significativement au-dessus du coût moyen suisse. Les facteurs explicatifs sont nombreux : volume des prestations délivrées, valeur du point TARMED, importance de la consommation de médicaments, forte densité de spécialistes, intensité technologique, présence d'un hôpital universitaire.

Genèse du financement moniste

- La deuxième révision de la LAMal (2003) comportait de nombreux sujets brûlants : nouveau financement hospitalier, instauration d'un budget plafond pour le domaine ambulatoire, fin de l'obligation de contracter (des assureurs vis-à-vis des prestataires de soins autorisés). Aussi, l'échec de cette révision n'étonne guère.
- Le Conseil fédéral a dès lors préparé un paquet (2004) expurgeant les thèmes les plus controversés.
- Dès 2003, les assureurs ont signifié leur accord à passer à un financement hospitalier dual fixe (55% cantons, 45% AOS) mais aussi leur volonté à passer dans les deux ans à un financement moniste, d'où l'initiative parlementaire Ruth Humbel.

Quid du financement des soins de longue durée ?

- Le projet mis en consultation en 2018 exclut du périmètre les soins de longue durée (soins à domicile, EMS), suscitant une position critique du Canton de Vaud mais aussi de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux des finances (CDF).
- Le projet adopté en 2019 par le Conseil national ne tient pas compte de la position des cantons.
- Le dossier est actuellement entre les mains du Conseil des Etats.

Le projet EFAS

- Le projet EFAS (financement moniste) part du principe que les assureurs ont intérêt que les prestations se déroulent prioritairement en stationnaire en raison de l'existence d'un financement cantonal, et que les cantons ont intérêt que les prestations se déroulent prioritairement en ambulatoire

afin d'éviter autant que possible leur participation aux coûts des soins. Cette hypothèse peut susciter le doute dans la mesure où les décisions concrètes sont prises par le clinicien, en fonction de considérations thérapeutiques plutôt que de la provenance du financement. A la limite, le clinicien peut être influencé par le caractère rentable ou non d'une intervention pour lui ou pour son institution. Dans ce cas, il vaut mieux améliorer les structures tarifaires plutôt que travailler sur la provenance des fonds.

- En l'état, le virage ambulatoire se réalise avant tout en raison du développement des technologies qui permettent un tel virage.
- Un accroissement des coûts du domaine ambulatoire participe à l'augmentation des primes AOS, pesant sur le budget des ménages modestes. En ce sens, une participation cantonale aux coûts du domaine ambulatoire rendrait les primes plus supportables pour les assurés. Toutefois, dans les soins (soins à domicile, EMS), la contribution des assureurs reste stable et celle des cantons augmente. C'est pourquoi les cantons demandent à ce que le périmètre du projet EFAS englobe les soins de longue durée.
- Le projet EFAS entend favoriser les soins intégrés et donc procéder à des économies qui se répercutent sur les primes. Si on part du principe que les soins intégrés permettent de diminuer le nombre d'hospitalisations, les économies réalisées dans le système de financement dual profitent alors prioritairement aux cantons, nécessairement avec un impact moindre sur les primes qui découlent des coûts assumés par les assureurs.

Intégrer les soins de longue durée

- Pour que les soins intégrés diminuent le nombre d'hospitalisations, il ne suffit pas de privilégier le domaine ambulatoire. C'est surtout sur les soins de longue durée (prise en charge des malades chroniques, soins à domicile, EMS) qu'il convient d'agir avant tout. D'où l'intérêt d'intégrer les soins de longue durée dans le périmètre du projet.
- Les soins intégrés ne doivent pas être confondus avec les modèles alternatifs d'assurance. Ces derniers, dans leur grande majorité, ne font que du « *gate keeping* » (passage obligé par le médecin de premier recours ou une centrale téléphonique). Les soins intégrés peuvent d'ailleurs se mettre en place en dehors des modèles alternatifs d'assurance qui, en l'occurrence, opèrent une sélection des assurés. En effet, les modèles alternatifs d'assurance attirent prioritairement les personnes en bonne santé, un patient chronique rechignant à passer systématiquement par le médecin généraliste pour consulter régulièrement le spécialiste. Les rabais de prime accordés par les modèles alternatifs s'expliquent alors par l'effet de sélection des risques plutôt que par l'efficacité du dispositif.

Effets du projet EFAS sur l'offre hospitalière

- L'intégration des soins de longue durée dans le périmètre du projet n'est pas fondamentalement remise en cause par les assureurs. Le souci porte sur le calendrier, élargir le périmètre du projet nécessitant quelques années de discussion, avec le risque de rester au milieu du gué pendant une dizaine d'années.
- Le domaine stationnaire connaît actuellement un modèle de financement dual fixe (55% financé par le canton, 45% par les assureurs). Le projet proposé au Conseil fédéral est de type moniste. Une fois la part cantonale déterminée tant pour le domaine stationnaire qu'ambulatoire, celle-ci est versée à l'institution LAMal, propriété des assureurs, qui redistribue aux caisses maladie via la compensation des risques. Ce sont ces dernières qui contrôlent les factures et procèdent aux remboursements. En l'état, les cantons n'ont pas d'information sur le volume des prestations délivrées en ambulatoire, ce qui pose problème en termes de régulation.
- Si le projet EFAS aboutit, la part cantonale pour le stationnaire et l'ambulatoire devrait se situer vers 25%, et la part des assurances vers 75%. Du coup, les hôpitaux conventionnés (pas dans la liste LAMal cantonale donc ne recevant pas de financement cantonal, mais recevant jusque-là les 45% de la part des assureurs) verront passer la contribution des assureurs à 75%, poussant à la création de capacités hospitalières au-delà des besoins planifiés.

Impact sur les charges des cantons

- Pour le Canton de Vaud, EFAS signifierait une charge supplémentaire de 100 millions (stationnaire et ambulatoire confondus), et un allègement de 100 millions pour les assureurs actifs dans le canton. Pour d'autres cantons, la situation serait inverse. Si la réforme est globalement neutre financièrement, tous les cantons sont impactés d'une manière ou d'une autre. Les cantons plaident dès lors pour une neutralité financière de la réforme au niveau de chaque canton, et visent à terme une forme de convergence. Le doute peut subsister quant à la répercussion sur les primes de l'allègement des coûts à charge des assureurs.
- La bonne utilisation des deniers publics relève d'une obligation légale. Que le canton verse beaucoup d'argent aux assureurs sans contrôle et sans vérification de la facturation pose problème. Les cantons demandent donc à participer aux discussions sur la structure tarifaire et à disposer de l'information sur la facturation.

Limites du modèle

- Selon les mécanismes de mise en œuvre d'EFAS, le calcul de la part cantonale peut varier (prise en compte du coût brut des prestations ou de leur coût net, participation des assurés retranchée), l'impact sur le niveau des primes peut différer ou la participation des assurés (franchise, quote-part) peut augmenter.
- La redistribution aux assureurs par assurés des fonds collectés pourrait contribuer à la sélection des risques. Passer par la compensation des risques implique que le mécanisme en la matière soit suffisamment bon. Rembourser les coûts effectifs fait perdre tout intérêt à des soins intégrés censés améliorer l'efficacité du dispositif, etc.

Perte de contrôle des cantons

- Si le financement uniforme n'est pas remis en cause, le Conseil d'Etat et la CDS s'opposent à un financement qui passerait dans son ensemble par les assurances.
- Les cantons demandent de jouer un rôle actif dans les structures tarifaires pour lesquelles ils participent aux coûts. Cela n'est pas du tout prévu pour l'instant dans le domaine ambulatoire alors que, dans le domaine stationnaire, les cantons font partie de SwissDRG.

3. DISCUSSION GENERALE

La présentation donne lieu aux interrogations et commentaires qui suivent.

- *Quelle est la spécificité du financement uniforme par rapport au financement moniste ?*

Le financement uniforme prévoit, pour chaque secteur (stationnaire, ambulatoire, soins de longue durée) une contribution uniforme de la part des cantons et des assureurs (25% par les cantons et 75% par les assurances dans tous les secteurs, et pas 55% par les cantons et 45% par les assurances dans le stationnaire et 100% par les assurances dans l'ambulatoire). Le canton reste toutefois maître de la part qu'il paie ; il ne verse pas simplement l'argent en début d'exercice aux assurances chargées de gérer par la suite les affaires. Le canton reste financeur de la prestation.

- *Le Canton de Vaud a-t-il émis, en plus de la liste édictée par l'OFSP, sa propre liste des opérations qu'il convient d'effectuer en ambulatoire plutôt qu'en stationnaire ?*

Comparativement à d'autres cantons, Vaud a pris relativement tôt le virage ambulatoire. D'autre part, édicter des obligations génère un travail de contrôle qui peut rendre défavorable le rapport coût-bénéfice de la régulation mise en place. Pour ces raisons, le Canton de Vaud n'a pas émis sa propre liste des opérations à effectuer prioritairement en ambulatoire.

- *Des projections existent-elles sur l'atténuation à terme des surcoûts pour le Canton de Vaud de la bascule dans un système de financement uniforme/moniste ?*

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a procédé à des calculs basés sur des chiffres de 2016 (résultat pour le Canton de Vaud : +100 millions). En prenant les chiffres de 2018, le résultat pour le Canton de Vaud est de +91 millions. Une certaine convergence tend à se faire jour, les cantons ayant peu mis l'accent sur le virage ambulatoire rattrapant leur retard en la matière. Les résultats chiffrés restent très volatils, en fonction des bases de calcul retenues.

- *Des pistes sont-elles envisagées dans le but d'assurer la neutralité financière pour le Canton de Vaud de la bascule dans un système de financement uniforme/moniste ?*

La part cantonale et la part des assurances pourraient être fixées par canton afin de garantir la neutralité financière de la bascule par canton. La mise en œuvre d'une telle solution s'avèrerait toutefois relativement compliquée (les patients sont mobiles !). Dans le cadre du financement hospitalier, les cantons ont disposé d'un certain nombre d'années pour arriver à une contribution harmonisée au niveau suisse de 55%. Une approche progressive similaire pourrait être adoptée dans le cadre de la bascule dans un système uniforme/moniste.

- *Le virage ambulatoire pris tôt dans le canton de Vaud a généré des économies pour le canton et les assureurs. Une compensation de la part des assureurs, qui disposent par ailleurs de réserves, pourrait-elle être imaginée dans le cadre de la bascule dans un système de financement uniforme/moniste ?*

Les assurances opèrent sur le territoire national alors que les cantons fonctionnent dans les limites de leur territoire. Les réserves des assureurs sont ainsi fédérales, non pas cantonales. Il paraît difficile de penser que les assureurs acceptent d'intervenir différemment dans les différents cantons.

Pour un commissaire, les cantons suisses ne donneront jamais une compétence générale à la Confédération en matière de santé. Les assureurs ont beau s'agiter sur la question. De même, il apparaît relativement contradictoire de vouloir baisser les primes tout en développant à juste titre les prestations. Les solutions prendront du temps à se mettre en place.

Le débat sur EFAS va continuer à Berne, indépendamment du sort du présent rapport du Conseil d'Etat. Aussi, la cheffe du DSAS ne voit pas d'intérêt à un refus par le Grand Conseil dudit rapport. La commission du Conseil des Etats a entendu la préoccupation des cantons et la nécessité d'intégrer dans le périmètre du projet les soins de longue durée. Un rapport de l'OFSP a en effet été demandé en la matière. La position de la commission du Conseil des Etats, avec qui le Conseil d'Etat nourrit des liens étroits, dépendra des conclusions du rapport de l'OFSP. Les influences habituelles qui s'exercent sur le Parlement entrent en jeu.

4. VOTE DE LA COMMISSION

La commission recommande au Grand Conseil d'accepter le rapport du Conseil d'Etat à l'unanimité des membres présents moins 2 abstentions.

Yverdon-les-Bains, le 26 mai 2020.

*Le président :
(Signé) Vassilis Venizelos*