



## RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL

### sur le postulat Thierry Dubois – Financement uniforme des prestations de santé ambulatoires et stationnaires : un sujet à transmettre à notre commission de santé publique !

#### **Rappel du postulat**

*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.*

## *Rapport du Conseil d'Etat*

### **1. EN PREAMBULE**

Depuis le dépôt du postulat en octobre 2017 et les deux discussions en Commission thématique de santé publique (CTSAP) début 2018, le dossier du financement uniforme a beaucoup évolué sur la scène fédérale. Le Conseil d'Etat souhaite donc en préambule rappeler l'évolution de ce dossier et les différents événements et prises de position de sa part durant cette période.

Après de nombreux travaux, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a rendu un avant-projet de loi et un rapport explicatif le 19 avril 2018 en vue d'une consultation. Cet avant-projet proposait les deux éléments clés suivants :

- Introduction d'un financement uniforme des prestations LAMal à l'exception des soins de longue durée, impliquant une même clé de répartition du financement entre les assureurs maladie et les cantons
- Introduction d'un financement moniste des prestations LAMal concernées, impliquant que les cantons verseraient leurs contributions, à hauteur de 25,5% des coûts nets (soit après déduction de la participation des assurés), à l'Institution commune LAMal qui intégrerait ces montants à la compensation des risques avant de les redistribuer ensuite aux assureurs maladie, qui seraient donc les seuls payeurs de prestations LAMal (excepté les soins de longue durée).

Les partenaires, dont les cantons, ont été consultés durant l'été 2018 et le Conseil d'Etat du Canton de Vaud a rejeté intégralement l'avant-projet pour les raisons principales suivantes :

- L'avant-projet se focalise uniquement sur l'organisation du financement en opérant un transfert de flux financiers mais ne s'occupe pas de l'objectif principal qui est une baisse de la croissance des coûts dans le système de santé.
- L'avant-projet réduit le rôle des cantons à celui d'un agent payeur, sans leur donner d'instruments de pilotage adéquats, notamment dans le domaine ambulatoire. Ils ne pourraient donc pas assumer leur responsabilité constitutionnelle de garantir l'approvisionnement en soins de la population.
- Risque majeur identifié d'une perte de maîtrise de la planification hospitalière cantonale par une amélioration significative du financement par l'assurance obligatoire des soins (AOS) des hôpitaux conventionnés.
- Ce projet doit inclure le périmètre des soins de longue durée. En effet, une véritable contribution à l'augmentation de l'efficacité et de l'efficience tout au long de la chaîne de soins ne sera réalisée qu'à condition d'inclure les prestations de soins. Des soins intégrés exigent aussi un système de financement uniforme sans barrière financières et mauvais incitatifs.
- Les conséquences financière pour le Canton de Vaud pourraient s'élever à une augmentation de charges de plus de CHF 100 millions d'après l'OFSP et de plus du double selon des calculs internes au DSAS. En effet le projet garantit une neutralité des coûts au niveau national mais pas par canton. Le Canton de Vaud ayant un fort taux d'utilisation de l'ambulatoire par rapport à d'autres cantons, il s'en trouverait ainsi pénalisé.

La réponse du Conseil d'Etat à cette consultation est présentée en annexe.

Le Conseil d'Etat a abordé ce sujet lors de plusieurs rencontres avec la députation vaudoise aux chambres fédérales. A nouveau, le Conseil d'Etat a fait valoir son opposition au projet tel que présenté et s'est rallié à la position de la Conférence suisse des directrices et directeurs de la Santé (CDS).

La CDS est en effet très active sur ce dossier, nommé « EFAS » (einheitliche Finanzierung ambulant stationär). De nombreux documents ont été produits tout au long de cette année 2019, dont une prise de position publiée le 27 juin 2019 (voir en annexe) et une conférence de presse le 8 août 2019 (voir le communiqué de presse en annexe), dont les arguments principaux sont repris et discutés ci-dessous.

Le 26 septembre dernier, le Conseil National s'est penché sur le projet de loi proposé par la CSSS-N dans le cadre de la réponse à l'initiative parlementaire Humbel, connue sous le nom de projet « EFAS ». Il s'est exprimé en faveur du projet (121 voix contre 54 et 8 abstentions) et a confirmé sa non-entrée en matière sur les demandes de modifications des cantons.

## **2. POSITION DU CONSEIL D'ETAT SUR LE PRINCIPE D'UN FINANCEMENT UNIFORME**

Sur le fond, le Conseil d'Etat n'est pas opposé à un projet de financement uniforme dans le domaine sanitaire. Au contraire, on pourrait escompter qu'un tel projet puisse amener un réel changement d'incitatifs dans notre système de santé permettant d'agir de manière significative et pérenne sur la croissance des coûts de la santé. Les conditions pour que cela puisse être le cas ne sont toutefois pas réunies dans le projet actuellement porté par le Parlement. Les cantons travaillent ensemble pour faire évoluer ce projet en faveur des actuels et futurs bénéficiaires de notre système de santé.

Il faut noter que les risques financiers pour les cantons d'un tel projet sont majeurs, tout comme pour les assureurs-maladie par ailleurs. Ainsi, ces risques doivent être contrebalancés par des avancées tout aussi majeures de l'organisation de notre système de santé pour pouvoir espérer un effet significatif sur ce dernier et pas seulement une répartition différente des flux financiers. Un des principaux arguments du projet est l'élimination d'incitatifs financiers pervers freinant le virage ambulatoire. Il faut toutefois rappeler que le choix de réaliser une intervention en ambulatoire ou de manière stationnaire est avant tout une décision médicale, souvent bien éloignée de la question du financement. Il s'agit donc principalement d'enjeux de pratiques médicales et de disponibilité des infrastructures (ambulatoires et stationnaires).

Au niveau financier, il est fort probable que l'argument de la rentabilité du type d'intervention ait plus de poids dans la décision que de savoir qui va payer la facture in fine. Du point de vue purement économique, l'enjeu se situe probablement plus sur la cohérence des différents modèles de financement et des structures tarifaires que de la répartition des coûts entre financeurs.

De plus, il est utile de se souvenir que le Canton de Vaud fait partie des cantons de Suisse qui ont déjà bien entamé le virage ambulatoire (référence au rapport de l'OBSAN de janvier 2019 « Le développement de l'ambulatoire dans une perspective cantonale » concernant les six groupes de prestations chirurgicales sujettes à la modification de l'OPAS intervenue au 1.1.2019). Le Canton de Vaud pourrait donc être particulièrement pénalisé dans le cadre d'un taux de financement unique garantissant une neutralité des coûts au niveau fédéral et non au niveau des cantons.

Afin de garantir un projet d'envergure, permettant de modifier de manière significative et pérenne l'équilibre de notre système de santé et ainsi pouvoir espérer influencer la croissance des coûts de la santé, les conditions suivantes doivent être réunies :

### **2.1 Financement uniforme et non financement moniste via les assureurs**

Un financement uniforme des prestations LAMal implique une même répartition du financement entre les différents payeurs (canton, assureurs maladie, voire commune). Un tel financement permet donc de maintenir une même participation au financement du système de soins dans le temps, même si ces différents secteurs (ambulatoire, stationnaire, soins de longue durée) croissent de manière différente. Un financement uniforme peut éviter également des incitatifs financiers pervers si on suppose que les décisions cliniques sont influencées de manière fréquente par la question de savoir qui finance la prestation. Si, dans le système actuel, les cantons pourraient avoir un intérêt théorique à réduire les capacités hospitalières stationnaires pour pousser les prestations sur le secteur ambulatoire et ainsi réduire leur participation financière au système de soins, les assureurs pourraient avoir intérêt à ce que certaines prestations soient réalisées de manière stationnaire afin d'en partager la charge financière avec le canton. La question de l'impact de ces incitatifs financiers n'est donc pas claire, d'autant plus que les décisions cliniques se fondent certainement sur d'autres critères que les seuls critères financiers.

Un financement moniste via les assureurs maladie impliquerait que la contribution des cantons (pour une partie ou l'ensemble des prestations LAMal) serait versée aux assureurs maladie, qui seraient l'unique financeur « final » des prestations LAMal. Afin de respecter le système de compensation des risques en vigueur en Suisse, il s'agirait donc que les cantons versent leurs contributions à l'Institution commune LAMal, qui redistribuerait ces contributions, via la compensation des risques, aux différents assureurs maladie du pays (par canton). Un tel mécanisme réduit le rôle des cantons à de simples « agents payeurs », violant leur souveraineté dans le domaine des soins et de la santé, ainsi que les principes de suivi et contrôle de l'utilisation des deniers publics.

Ainsi, même si ce projet, basé à l'origine sur le seul principe d'un financement moniste via les assureurs maladie, a évolué vers un projet intégrant un système de financement uniforme, ses autres caractéristiques le rendent en l'état inadmissible pour les cantons.

## 2.2 Des outils de régulation adéquats pour les cantons

La charge de financement pour des prestations doit être accompagnée d'une capacité de régulation de ce secteur par le financeur. Si plusieurs financeurs interviennent sur un même secteur, il s'agit de déterminer les rôles et les responsabilités de régulation de chacun d'eux, dans le respect des bases légales existantes. Il s'agit également de s'assurer que les partenaires ayant un rôle de régulation disposent des informations pertinentes et nécessaires à la mise en œuvre de ce rôle. Ainsi, pour les cantons, il n'est pas acceptable d'être réduit à un simple rôle « d'agent payeur », compte tenu des responsabilités qui leur incombent dans ce domaine selon la Constitution fédérale. Afin de pouvoir assurer un approvisionnement adéquat en offre de soins à sa population et assurer une bonne utilisation des subventions publiques, un canton doit pouvoir intervenir tant sur la dimension de la quantité (planification), du prix (tarif) que de la qualité (accès aux données statistiques). Le projet tel que proposé par le Conseil National tend à réduire le rôle de régulateur des cantons alors que le périmètre de financement des cantons est élargi.

Les cantons doivent garder la main sur la planification hospitalière or les incitatifs financiers pour les hôpitaux conventionnés et les assureurs-maladie LCA seraient tels que des capacités hospitalières supplémentaires émergeraient certainement en marge de la planification hospitalière cantonale. Et ce de manière bien plus significative qu'actuellement, puisque les hôpitaux conventionnés recevraient un financement de 74.5% du DRG pour un séjour plutôt que 45% comme c'est le cas actuellement. Le montant à charge des assurances LCA en serait donc d'autant réduit, augmentant la charge de l'assurance obligatoire des soins.

De plus, les cantons doivent également pouvoir avoir accès en temps utile à l'information pertinente pour pouvoir assurer leur rôle dans la planification, que ce soit dans le domaine hospitalier ou ambulatoire (clause du besoin) et également s'assurer de la bonne allocation des ressources financières. L'avant-projet de loi ne prévoit pas un accès suffisant à de telles informations pour le domaine ambulatoire et il tend à réduire l'accès aux informations concernant les factures hospitalières.

## 2.3 Inclure le périmètre des soins de longue durée

Afin d'agir sur les incitatifs financiers sur l'entier de la chaîne de soins, il est important d'inclure les prestations de soins dans le projet EFAS. Dans le cas contraire, les frontières qui sont aujourd'hui dénoncées seront d'autant plus présentes entre le secteur des soins de longue durée et le reste des prestations LAMal.

La CDS a commandité une étude indépendante à l'institut de recherche INFRAS pour évaluer l'impact de l'intégration des soins de longue durée dans le projet EFAS. Les résultats de cette étude montrent que, sous hypothèse de neutralité des coûts au niveau national, la clé de répartition cantons/communes et assureurs maladie évoluerait de la manière suivante :

	Part cantons/communes	Part assureurs maladie
EFAS selon le projet du Conseil national	25.5%	74.5%
EFAS soins longue durée compris	28.3%	71.7%

Cette étude montre également que l'intégration des coûts des soins LAMal à EFAS permet de répartir plus équitablement la future croissance des coûts entre les cantons et les assureurs. De 2016 à 2030, les contributions financières des cantons et des assureurs maladie augmenteraient respectivement de + 49% et de + 40% avec EFAS sans les soins alors qu'avec EFAS soins compris, la progression se situerait à + 42% pour les cantons aussi bien que pour les assureurs maladie.

## 2.4 Rôle actif des cantons dans la gestion et l'évolution des structures tarifaires

Le Conseil d'Etat soutient les arguments avancés par la CDS à ce sujet et notamment le fait que le projet doit prévoir une réglementation pour la création d'organisations tarifaires nationales tripartites (fournisseurs de prestations – assureurs – cantons) pour les différents domaines de prestations ambulatoires, à l'instar de l'organisation existant pour les tarifs hospitaliers (SwissDRG SA). La qualité et l'évolution continue des structures tarifaires sont des conditions nécessaires à l'élimination de nombreux incitatifs financiers pervers de notre système de santé. Tout financeur doit donc pouvoir y contribuer.

## **2.5 Neutralité des coûts pour chaque canton**

Selon la proposition actuelle, la neutralité financière serait garantie au niveau national, mais pas au niveau de chaque canton. Ainsi, l'OFSP estime une charge supplémentaire pour le canton de Vaud de quelques 100 millions de francs. Les calculs effectués par le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) laissent entrevoir une charge supplémentaire bien supérieure. Il n'est pas acceptable que la Confédération puisse imposer aux cantons une telle modification de la répartition de la charge de financement, ni même d'un rythme de convergence sur quelques années pour y parvenir. Ce d'autant plus que les cantons n'ont pas la compétence et les moyens de vérifier qu'un éventuel report de financement sur les cantons soit bien accompagné d'une baisse correspondante des primes LAMal des assureurs sur le territoire cantonal.

## **2.6 Dispositions sur la transparence du contrôle des factures**

Les factures dans le secteur hospitalier doivent être traitées de la même manière qu'aujourd'hui. Pour le canton de Vaud, cela signifie que les factures hospitalières doivent continuer de transiter via la Centrale d'Encaissement (CEESV), permettant à notre mode de financement, accepté par les assureurs maladie, de perdurer. Les avantages principaux sont la stabilité des flux financiers pour les hôpitaux, bénéficiant ainsi d'annuités régulières et étant moins sujets à des retards de facturation ou de paiement de la part des assureurs maladie.

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre du projet EFAS, le canton de Vaud pourrait être canton pilote pour une centralisation des factures du secteur ambulatoire via la CEESV, permettant au canton de suivre le volume global de facturation et d'être ainsi mieux informé dans la mise en œuvre des outils de régulation du secteur ambulatoire qui sont à sa disposition. Le projet adopté par le Conseil national empêche toutefois que de telles solutions soient mises en œuvre.

## **3. POSITION DU CONSEIL D'ETAT SUR LE PRINCIPE D'UN FINANCEMENT UNIFORME**

Le Conseil d'Etat est préoccupé par l'orientation des décisions prises au niveau national. Il entend donc continuer à suivre attentivement le processus politique relatif à ce dossier, comme il l'a fait jusqu'à présent, afin de défendre activement les intérêts des cantons et en particulier du Canton de Vaud. Il interviendra dans ce sens tant auprès de la députation vaudoise à Berne qu'au sein de la CDS.

Le Conseil d'Etat est prêt à soutenir un projet de financement uniforme si ce dernier garantit aux cantons de garder la maîtrise des financements investis dans le système de santé vaudois et vise à instaurer dans notre système de santé des outils de régulation adéquats permettant d'agir sur la croissance des coûts.

Le Conseil d'Etat s'oppose en revanche fermement à l'introduction d'un système de financement moniste tel que celui proposé en l'état par le Conseil national. Il invite donc le Conseil des Etats à renvoyer le projet au Conseil fédéral pour que celui-ci soit aménagé d'une telle manière qu'il devienne acceptable pour les cantons. A défaut, le Conseil d'Etat sera amené à se positionner sur le lancement du référendum d'ores et déjà annoncé par la CDS si le projet venait à ne pas évoluer.

## **4. CONCLUSION**

Vu ce qui précède, le Conseil d'Etat a l'honneur de proposer au Grand Conseil de prendre acte du rapport sur le postulat Thierry Dubois – Financement uniforme des prestations de santé ambulatoires et stationnaires : un sujet à transmettre à notre commission de santé publique !

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 4 décembre 2019.

La présidente :

*N. Gorrite*

Le chancelier :

*V. Grandjean*



## 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 efficace.

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 dé 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

LE CHANCELIER



Nuria Gorrite



Vincent Grandjean

**Copies**

- OAE
- CDS

**Prise de position**  
27 juin 2019

8-3-2-1  
KB/MJ/PB

## IV. pa. 09.528 Financement moniste des prestations de soins Prise de position de la CDS

### L'essentiel en bref

La CDS enjoint au Conseil fédéral de renvoyer le projet à la CSSS-CN et de ne pas approuver l'introduction d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation avant que les conditions minimales suivantes soient remplies.

1. Le rattachement d'EFAS au pilotage de l'admission est supprimé et les cantons reçoivent des instruments de pilotage efficaces pour les soins ambulatoires.
2. Le nouveau modèle de financement englobe toutes les prestations LAMal y compris les soins (coûts des prestations de soins conformément à l'art. 25a, al. 1, LAMal et financement résiduel des cantons et des communes, c.-à-d. sans les coûts d'encadrement ou d'hôtellerie).
3. Des organisations nationales chargées des structures tarifaires sont inscrites dans la loi.
4. La neutralité des coûts dans le passage est garantie pour chaque canton.
5. Des dispositions sur la transparence du contrôle des factures sont édictées. Dans le secteur hospitalier, la double facturation est maintenue.

Si le Parlement fédéral s'en tient au projet actuel, le canton considérera cela comme une violation du fondamental principe d'équivalence régissant la politique financière.

### A. Évaluation du projet

La CDS a toujours été critique vis-à-vis du financement moniste. En juin 2018, elle a toutefois adopté une prise de position qui établit un pont vers un nouveau système de financement uniforme pour autant que les exigences suivantes soient remplies.

1. Le passage au nouveau système ne doit de manière vérifiable pas avoir d'incidences sur la charge financière des différents cantons.
2. Les cantons se voient dotés d'un instrument leur permettant d'exercer une influence ciblée sur les soins ambulatoires (prestations, quantité et qualité).
3. Les factures dans le secteur hospitalier 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.
4. Les cantons disposent de moyens de contrôle quant à 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 garantisse.

5. Une organisation tarifaire nationale pour les tarifs ambulatoires à laquelle les cantons participent paritairement est inscrite dans la loi.
6. Les fausses incitations dues aux liens établis entre les conventions contractuelles des partenaires tarifaires respectivement dans l'assurance de base et l'assurance complémentaire sont éliminées systématiquement.
7. Le financement uniforme de l'ambulatoire et du stationnaire ne peut déboucher sur une réelle amélioration de l'organisation de la prise en charge que si les soins de longue durée (EMS et soins à domicile) sont également intégrés au modèle de financement.

Ces exigences garantissent que l'objectif visé de rendre les soins plus intégrés et plus efficaces peut être réellement atteint, que le pilotage de l'offre et donc des coûts par les cantons ainsi que la transparence du contrôle des factures sont assurés et que les améliorations nécessaires dans le domaine des tarifs peuvent également être réalisées. Le projet de la CSSS-CN mis en consultation l'an dernier ne répondait pas à ces exigences. La CDS constate aujourd'hui avec stupeur que le projet remanié de la CSSS-CN ne comporte aucune amélioration notable quant aux points faibles de l'avant-projet que la CDS a déjà signalés dans le cadre de la consultation.

**La CDS considère par conséquent que la critique générale de l'avant-projet formulée dans sa prise de position du 28.6.2018 s'applique également au projet actuel et rejette fermement ce dernier. Elle se fonde pour cela sur les réflexions développées ci-après.**

### 1. EFAS ne suffit pas pour maîtriser efficacement les coûts via les soins intégrés

Un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires via un seul et unique agent payeur (assureurs comme monistes) ne fournit en tant que mesure individuelle aucune contribution déterminante à la maîtrise des coûts du système. Un simple transfert des flux financiers ne permet en effet pas des économies de coûts.

EFAS peut certes réduire la complexité du système de financement. Une véritable maîtrise des coûts nécessite toutefois de promouvoir davantage les soins intégrés par des mesures plus efficaces. La définition d'ensembles de soins au moyen d'une tarification appropriée permettant de rémunérer de manière adéquate la coopération des fournisseurs de prestations tout au long de la chaîne de traitement est en particulier requise. Premièrement, les cantons n'ont toutefois dans la proposition de la CSSS-CN toujours aucune possibilité d'influencer directement l'optimisation future de la chaîne de traitement. Deuxièmement, bien que l'on y observe la plus grande discontinuité quant à la collaboration des fournisseurs de prestations le long de la chaîne de traitement, les soins à domicile et les EMS ne sont pas inclus dans le projet actuel.

### 2. Le rattachement à EFAS ralentit l'introduction du nouveau pilotage de l'admission

Si les cantons doivent cofinancer les prestations ambulatoires, ils doivent également pouvoir exercer une influence sur l'offre de soins dans le secteur ambulatoire. Mais si la modification de la LAMal sur EFAS ne peut entrer en vigueur « qu'avec », c.-à-d. en même temps que la modification de la LAMal sur l'admission des fournisseurs de prestations, comme proposé au chap. IV du projet d'acte, il faudra vraisemblablement prolonger une nouvelle fois la réglementation de l'admission en vigueur, laquelle est peu efficace. Par ses décisions du 3 juin 2019, le Conseil des États a montré comment un pilotage de l'admission plus efficace peut être réalisé rapidement indépendamment de l'introduction d'EFAS, mais comme sa condition préalable. Cependant, aucune possibilité n'y est non plus prévue pour les cantons de supprimer une admission existante pour des questions de besoin.

### 3. L'intégration des soins est indéfiniment reportée

Selon le projet, le Conseil fédéral proposera l'intégration des prestations de soins LAMal dans le financement uniforme dès que les « bases nécessaires » seront établies. À l'exception de la transparence des coûts, ces bases ne sont toutefois pas précisées dans le projet de loi. La liste non exhaustive des sujets à traiter figurant dans le rapport explicatif porte à craindre que l'exigence des cantons d'inclure les soins soit indéfiniment reportée. La CDS insiste pour que l'extension d'EFAS aux soins soit ancrée de manière contraignante dans le projet et pour que les adaptations légales nécessaires soient apportées dès maintenant dans la LAMal. L'entrée en vigueur des dispositions correspondantes concernant

l'extension aux soins doit être échelonnée sur trois ans au maximum après l'entrée en vigueur du reste du projet, ce qu'il convient de stipuler dans les dispositions transitoires de la LAMal.

#### 4. Intelligibilité de la clé de répartition

La CDS exige explicitement que les données et les méthodes sur lesquelles repose le calcul de la part cantonale proposée de 22,6 % soient mises en évidence de manière transparente. Sont entre autres déterminantes pour le calcul de cette valeur les contributions cantonales annuelles de 7,3 à 7,7 milliards de francs pour 2012 à 2015, dont l'extrapolation n'est pourtant pas clairement exposée. Un calcul transparent du volume global des prestations dans le champ d'application du projet (art. 25-31 LAMal sauf prestations de soins d'après l'art. 25a LAMal) au financement duquel les cantons devraient participer à hauteur des 22,6 % estimés fait de plus toujours défaut. Dans ces conditions, une estimation précise des répercussions financières pour les cantons est impossible.

#### 5. Dispositions sur la transparence du contrôle des factures

Des moyens de contrôle définis avec précision quant à la facturation correcte des prestations ambulatoires pour la population du canton, par exemple via la création d'un organe commun (assureurs-maladie / cantons) ou d'un autre processus institutionnalisé qui la garantisse, font défaut dans le projet. Dans le secteur hospitalier, il n'y a aucune raison de modifier le système actuel de double facturation aux assureurs-maladie, même avec une nouvelle clé de répartition adaptée. Les informations et les possibilités de contrôle qui en résultent sont essentielles pour les cantons.

#### 6. Le traitement des factures réduit les moyens de contrôle

Si le fournisseur de prestations n'établit à l'avenir plus qu'une seule facture (à l'assureur) au lieu de deux (à l'assureur et au canton), il réalisera au plus un gain d'efficacité marginal. En revanche, la perte d'information et de moyens de contrôle pour le canton est clairement perceptible. Même avec une nouvelle clé de répartition adaptée, il n'y a par conséquent aucune raison de modifier dans le secteur hospitalier le système actuel de facturation duale à l'assureur-maladie et au canton de résidence. Dans le secteur ambulatoire, il peut par contre être judicieux, étant donné le nombre très élevé de factures individuelles, de définir un unique agent de facturation et de paiement et de donner aux financeurs la possibilité de contrôler le montant de la facture qui leur est adressée. Si des modèles de soins intégrés et des solutions de tarifs et de financement correspondantes existent tout au long de la chaîne de traitement, un règlement uniforme via un unique agent payeur peut aussi parfaitement être mis en place.

#### 7. Organisation(s) tarifaire(s) commune(s)

Le projet ne répond pas non plus à une autre exigence des cantons : inscrire dans la loi une organisation (ou plusieurs organisations) tarifaire nationale pour tarifs ambulatoires et également prestations de soins à laquelle les cantons participent paritairement.

Non seulement le nombre de fournisseurs de prestations et de traitements mais également les structures tarifaires (et les prix) exercent une influence majeure sur l'évolution du volume des prestations dans le secteur ambulatoire. L'actualité des structures tarifaires et le professionnalisme de leur gestion sont pour cela déterminants. Les partenaires tarifaires et les cantons doivent par conséquent 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 de structures tarifaires pour les prestations individuelles et éventuellement pour les forfaits. L'organisation doit soumettre les structures élaborées et leurs adaptations au Conseil fédéral pour approbation. Cela correspond à la mesure M34 proposée par la commission d'experts « Mesures visant à freiner la hausse des coûts ». Du fait qu'un cofinancement est réclamé dans le secteur ambulatoire, les cantons doivent impérativement participer selon un modèle tripartite à l'organisation.

## 8. Autres points critiques

### a. Passage neutre en termes de coûts

Une disposition transitoire prévoyant d'accorder aux cantons et aux assureurs trois ans pour préparer le changement de système et aux cantons trois ans supplémentaires afin d'atteindre la contribution cantonale de 22,6 % a été incluse dans le projet. Si l'octroi d'un délai de six ans au total est certes souhaitable, le seuil minimum de 18,1 % peut néanmoins conduire à une montée en flèche des coûts pendant la période de transition. Le nouveau projet ne garantit donc pas lui non plus entièrement la neutralité des coûts pour chaque canton exigée par la CDS. Du point de vue de la CDS, les étapes annuelles (à la hausse ou à la baisse) allant de la part cantonale initiale fixée individuellement jusqu'au taux national uniforme ne doivent pas dépasser le taux de 1 %.

### b. Hôpitaux conventionnés

Le projet entraînerait en outre une amélioration pour les hôpitaux conventionnés, car les prestations qu'ils fournissent seraient cofinancées à 77,4 % au lieu de 45 % aujourd'hui par l'assurance-maladie obligatoire. Il est fort probable que cette attractivité accrue des hôpitaux conventionnés engendrerait une augmentation des volumes et des capacités. L'économicité des planifications hospitalières cantonales serait faussée par le renforcement des hôpitaux conventionnés. En conséquence, cela aurait un impact supplémentaire sur les coûts aux dépens des payeurs de primes, c'est-à-dire que des hausses des primes en résulteraient. C'est pourquoi la CDS est de l'avis qu'il n'y a fondamentalement pas de place pour la catégorie « hôpital conventionné » dans le cadre d'un financement uniforme. Pour les hôpitaux conventionnés existants, la part de financement des assureurs doit être gelée à 45 % au moment de l'introduction d'EFAS (cf. proposition de minorité de la CSSS-CN).

### c. Passage des coûts nets aux coûts bruts

Les raisons du passage proposé des coûts nets aux coûts bruts des assureurs (y c. participation aux coûts des assurés) dans la base de calcul de la contribution cantonale ne sont pas intelligibles pour la CDS. Selon les déclarations de la CSSS-CN, la nouvelle variante doit garantir que tous les assurés bénéficient de la contribution cantonale, indépendamment de la franchise choisie. Il convient toutefois, premièrement, d'examiner dans quelle mesure la variante mentionnée dans l'avant-projet (fixation selon les coûts nets) défavoriserait effectivement les assurés ayant des franchises élevées et si une rectification est réellement nécessaire. Deuxièmement, la CDS partage l'avis de l'Office fédéral de la justice et de la minorité de la commission selon lequel il est constitutionnellement discutable de contraindre les cantons à verser aux assureurs une contribution à des coûts dont les assureurs n'ont pas dû s'acquitter.

## B. L'intégration des soins est judicieuse, réalisable et impérative

Vu que les montants AOS sont inchangés depuis des années et qu'au contraire les coûts pour le financement résiduel croissent, cantons et communes sont toujours plus mis à contribution dans le domaine des soins. La direction des reports de charge est donc exactement inverse comparée au financement hospitalier.

C'est pourquoi la CDS défend unanimement et avec conviction le point de vue qu'il faut intégrer les coûts de toutes les prestations LAMal dans le volume à financer de façon duale et uniforme (cf. point A2 ci-dessus). Elle s'engage pour que les cantons et l'AOS se partagent l'évolution des coûts dans toutes les prestations de santé. La justification détaillée de ce but a fait l'objet d'un [argumentaire](#) publié par la CDS.

### 1. Répercussions financières

La clé du financement global doit être fixée en tenant compte de l'élargissement du champ d'application. Les années suivantes, la hausse des coûts de toutes les prestations ambulatoires et de toutes les prestations avec hospitalisation sera prise en charge par les cantons et l'AOS selon cette clé de répartition fixe. L'AOS participe ainsi à la prise en charge de l'augmentation des coûts dans les soins tout comme le

font les cantons avec EFAS dans le secteur ambulatoire en forte croissance, qui comprend aussi des thérapies, des médicaments, etc.

La CDS dispose déjà de l'étude commandée sur les répercussions financières d'un modèle « EFAS soins compris ». Les calculs montrent que la charge supplémentaire des agents financeurs résultant du passage au financement uniforme est au total plus équitable si les dépenses de l'AOS pour les prestations de soins conformément à l'art. 25a, al. 1, LAMal et le financement résiduel des cantons et des communes sont inclus dans le volume global des prestations à financer de façon duale et uniforme. À condition que la neutralité des coûts soit respectée et sans prendre en compte la participation de 0,7 milliards de francs des patients aux coûts des soins LAMal, on obtiendrait vraisemblablement dans ce cas une clé de répartition de 25,5 % (part des cantons et des communes) et 74,5 % (part des assureurs). Des prévisions officielles pour la période 2016-2030 montrent que ce sont les coûts dans le domaine des soins qui augmenteront le plus, suivis des coûts des prestations ambulatoires puis des coûts des prestations avec hospitalisation. Sur la base de ces hypothèses, les dépenses des cantons et de leurs communes augmentent en maintenant le système de financement actuel d'environ 34 % et celles des assureurs d'environ 45 % dans la période examinée. Si EFAS est réalisé sans intégrer les coûts de soins LAMal, la charge des cantons / communes croît de quelque 49 %, nettement plus que dans le statu quo (dépenses supplémentaires des assureurs : 40 % environ). L'intégration des soins dans EFAS conduit en revanche à une charge supplémentaire équivalente d'à peu près 42 % pour les deux agents payeurs. Le modèle de la CDS « EFAS soins compris » veille ainsi à une répartition équilibrée entre cantons / communes et assureurs de la charge supplémentaire due à la hausse des coûts dans les années à venir.

## 2. Tarifs et principes de rémunération uniformes à l'échelle nationale pour les soins

S'il n'existe plus de réglementations financières cantonales dans le domaine des soins, le système reviendra vers des tarifs. Cela renforcera à nouveau le partenariat tarifaire. Les cantons approuvent ou fixent les tarifs. Les tarifs doivent satisfaire à la transparence des coûts et à la vérité des coûts et reposer sur des données fiables à l'échelle nationale. La comptabilité analytique des EMS d'une part et des organisations d'aide et de soins à domicile d'autre part est d'ores et déjà largement uniformisée. La présentation et le décompte des prestations liées à l'encadrement et à l'hôtellerie s'effectueront séparément comme par le passé. La création de la transparence est accélérée par l'intégration des soins dans EFAS.

Il incombera au Conseil fédéral de fixer pour toute la Suisse des principes uniformes pour la rémunération des prestations de soins dispensées dans les EMS, dans les structures de jour et de nuit et en ambulatoire. Dans ce but, il convient d'aspirer à une certaine harmonisation entre les domaines susvisés afin d'éviter les fausses incitations qui empêchent des soins intégrés et des offres flexibles.

La CDS reconnaît le besoin d'aboutir à une transparence des coûts. Celle-ci renforce le partenariat tarifaire et favorise des principes de rémunération uniformes à l'échelle nationale.

## 3. Des organisations nationales chargées des structures tarifaires sont mises en place

Des tarifs comparables au niveau national présupposent des structures tarifaires adéquates. La fixation de ces structures tarifaires requiert la mise en place d'organisations nationales tripartites (prestataires de soins – assureurs – cantons) chargées des structures tarifaires pour les différents domaines des prestations ambulatoires, de manière analogue à ce qui existe pour les tarifs hospitaliers. Le projet devrait également inclure des dispositions pour une organisation tarifaire chargée de définir des structures tarifaires uniformes pour les EMS et les services d'aide et de soins à domicile. Cela permet de renforcer le partenariat tarifaire ancré dans la LAMal en tant que principe directeur.

## 4. Réalisable par étapes

En y intégrant les prestations de soins, le projet EFAS ne prend pas de retard. Pour la CDS, il est déterminant que la révision de la LAMal concernant EFAS inclue dès le début les prestations de soins. Afin que le projet EFAS puisse néanmoins avancer rapidement, le texte de loi prévoit des délais de transition différenciés pour la mise en œuvre concrète des différents jalons. Ce procédé a déjà fait ses preuves lors de l'introduction du nouveau financement hospitalier (adopté en 2007).

La CDS propose les étapes d'introduction suivantes.

2020 : adoption du projet de loi y c. dispositions transitoires

2023 : entrée en vigueur d'EFAS en stationnaire et en ambulatoire

2024 : fixation des principes de rémunération nationaux pour les soins

2026 : entrée en vigueur d'EFAS y c. prestations de soins ; abandon du financement résiduel cantonal ; décomptes selon des tarifs ; établissement de l'organisation nationale chargée des structures tarifaires ; entrée en vigueur de la première structure tarifaire

D'ici 2029 : les clés de répartition cantonales atteignent le pourcentage fixé à l'échelle nationale.

Pour la CDS, il est déterminant que l'inclusion des soins fasse partie intégrante du projet de loi EFAS adopté. Il faut édicter des dispositions transitoires pour la mise en œuvre.

### La CDS en est convaincue :

- une véritable contribution à l'augmentation de l'efficacité et de l'efficience tout au long de la chaîne de traitement ne sera réalisée qu'à condition d'inclure les prestations de soins dans EFAS ;
- « EFAS soins compris » simplifie le financement des soins ;
- l'entrée en vigueur des dispositions correspondantes doit être échelonnée sur trois ans au maximum après l'entrée en vigueur du reste du projet, ce qu'il convient de stipuler dans les dispositions transitoires de la LAMal ;
- le passage sans accroc au financement uniforme nécessite un transfert neutre en termes de coûts pour chaque canton et l'AOS, avec des délais appropriés pour l'adaptation de la clé de répartition.



Communiqué de presse  
Berne, le 8 août 2019

## Étude sur les coûts EFAS : l'intégration des soins est réalisable et judicieuse Changer de cap ou échouer

**Intégrer les soins au financement uniforme prévu des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS) est non seulement réalisable mais encore judicieux. C'est ce que prouve une étude approfondie menée par l'institut de recherche INFRAS sur mandat de la Conférence des directeurs de la santé CDS. Selon l'étude, EFAS soins compris aboutit à une répartition uniforme et équitable des coûts entre les cantons et les assureurs-maladie. Le constat ne fait aucun doute pour la CDS : ce n'est qu'en intégrant les soins à EFAS que les coûts de la santé seront maîtrisés et les soins intégrés, renforcés. Au Conseil fédéral d'agir à présent. Il faut changer de cap et intégrer nécessairement les soins au projet EFAS. À défaut, les cantons ne pourront soutenir ce projet et la réforme risque d'échouer.**

Visant à stabiliser les coûts de la santé, le projet relatif à la modification de la LAMal « Financement moniste des prestations de soins », EFAS en bref, tient un rôle particulier : les caisses-maladie et les cantons doivent financer les traitements de manière uniforme, que ceux-ci soient effectués en ambulatoire ou avec hospitalisation. C'est censé encourager le passage du secteur hospitalier au secteur ambulatoire et freiner ainsi la hausse des coûts. La position de la Conférence des directeurs de la santé à l'égard de EFAS est claire. Heidi Hanselmann, présidente de la CDS, affirme : « Nous soutenons EFAS à condition que les soins y soient inclus et d'autres exigences, remplies. L'efficacité et l'efficience des prestations de santé LAMal ne peuvent être accrues que si elles sont financées de façon uniforme tout au long de la chaîne des prestations de soins. Cela permet de réduire les fausses incitations générées par des règles de financement hétérogènes et d'ouvrir la voie à de véritables soins intégrés. » La Commission de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a jusqu'ici exclu l'intégration des soins au projet EFAS en argumentant qu'il manque les données de base relatives aux conséquences sur les coûts. Aujourd'hui, l'étude complète réalisée par l'institut de recherche INFRAS infirme cette réserve.

### L'étude appuie les cantons – les soins sont à intégrer à EFAS

Selon l'étude, l'intégration des coûts des soins LAMal à EFAS a pour conséquence que le financement de la future croissance des coûts serait réparti plus équitablement entre les cantons et les assureurs. De 2016 à 2030, les contributions financières des cantons et des assureurs augmenteraient respectivement de 49 % et de 40 % avec EFAS sans les soins alors qu'avec EFAS soins compris, la progression se situerait à + 42 % pour les cantons aussi bien que pour les assureurs.

Les résultats de l'étude permettent de tirer les conclusions suivantes. Premièrement : l'étude étaye l'intégration des soins à EFAS en tant que mesure réalisable et judicieuse. Deuxièmement : EFAS soins compris conduit à une répartition uniforme et équitable de la charge des coûts accrus entre les cantons et les assureurs-maladie, soit entre les contribuables et les assurés. Et troisièmement : la mise en place

d'échéances obligatoires pour l'introduction de EFAS soins compris dans le projet motive et oblige les fournisseurs de prestations et la collectivité à poursuivre l'amélioration de la transparence des coûts. Lukas Engelberger, vice-président de la CDS, souligne : « Intégrer les soins à EFAS en tant qu'incitation du système représente de loin la meilleure solution, la plus équitable et la seule politiquement viable. L'intégration des soins s'impose car au bout du compte, EFAS ne saurait être décidé et mis en œuvre qu'avec les cantons et non contre eux. »

#### **Cantons unanimes : une proposition non contraignante au Conseil fédéral ne fait pas l'affaire**

Malgré la position sans équivoque des cantons, les soins n'ont toujours pas été intégrés de manière obligatoire à EFAS. Selon le projet soumis par la CSSS-N (art. 79a II), le Conseil fédéral pourra proposer l'intégration des prestations de soins LAMal à EFAS dès que les bases nécessaires sont élaborées. Pour la CDS, cette disposition fait figure de tactique dilatoire et est d'autant plus inacceptable à l'heure actuelle que les données sur les conséquences des coûts sont disponibles. Le projet EFAS revêt une importance primordiale dans la relation entre la Confédération et les cantons. En conséquence, c'est au Conseil fédéral de se prononcer, sans tarder et sans ambages, en faveur de l'intégration des soins au projet EFAS. En effet, la CDS estime que le projet est à rejeter dans sa forme actuelle.

#### **EFAS sans les soins amènera les cantons à demander le référendum**

La CDS ne prêtera la main à un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires de l'assurance-maladie (EFAS) qu'à condition que les prestations de soins prodiguées dans les EMS et par les organisations de soins à domicile y soient incluses et que soient remplies d'autres conditions importantes : les cantons exigent en particulier des instruments de pilotage pertinents pour le secteur ambulatoire (projet sur l'admission), une participation à part entière aux tarifs ambulatoires ainsi que des possibilités de contrôle de la facturation. Il s'agit là de demandes fondamentales des cantons que la CDS a déjà communiquées à plusieurs reprises et dont la Commission de la santé publique du Conseil national n'a pas tenu compte dans son projet.

L'entrée en vigueur des dispositions légales sur le financement uniforme des prestations de soins pourra s'échelonner sur trois ans au maximum après l'entrée en vigueur du reste du projet. C'est ce qu'il convient de stipuler dans les dispositions transitoires de la LAMal, affirme Mauro Poggia, conseiller d'État du canton de Genève et membre du Comité directeur de la CDS : « Dans le cas contraire ou si la question est repoussée indéfiniment selon le projet de la CSSS-N, les cantons ne donneront pas leur aval au projet. Pour finir, on risquerait un échec politique. Le Conseil fédéral est appelé à clarifier la situation et la Commission de la santé publique, à procéder aux modifications nécessaires. »

La position des cantons à ce sujet est consolidée. L'Assemblée plénière de la Conférence des gouvernements cantonaux (CdC) s'est alignée à l'unanimité sur la position de la CDS à fin juin [2019](#). Dans sa prise de position, la CdC retient explicitement que les cantons envisageraient de lancer un référendum si le Parlement devait adhérer à la variante actuelle.

Informations complémentaires :

- Michael Jordi, secrétaire général CDS, tél. 079 702 20 90, [michael.jordi@odk-cds.ch](mailto:michael.jordi@odk-cds.ch)
- Conseillère d'État Heidi Hanselmann, présidente CDS, tél. 058 229 10 64
- Conseiller d'État Lukas Engelberger, vice-président CDS, tél. 061 267 95 23
- Conseiller d'État Mauro Poggia, membre du Comité directeur CDS, tél. 022 546 54 99