

REPONSE DU CONSEIL D'ETAT

à l'interpellation Stéphane Montangero et consorts – La réforme EFAS permettra-t-elle d'enlever une partie des réserves excessives des assureurs ou va-t-elle encore les alimenter ? (21_INT_89)

Rappel de l'interpellation

Dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, les cantons financent actuellement 55% des prestations stationnaires et ne financent pas les prestations ambulatoires. Or, le Parlement fédéral examine une nouvelle réforme du système de financement du système de santé. Avec cette réforme, nommée « EFAS » (pour « Einheitliche Finanzierung der ambulanten und stationären Bereiche»), les cantons financeraient à l'avenir 25,5% des prestations couvertes par la LAMal. Concernant les prestations couvertes, la question de savoir si les soins de longue durée feront partie ou non de la réforme est encore ouverte, mais le Département fédéral de l'intérieur (DFI) recommande de les intégrer, afin de répondre aussi aux revendications des cantons.

On notera encore que le canton de Vaud, en comparaison intercantonale, a développé de manière conséquente et rapide les soins ambulatoires. Ce développement est à saluer, car il permet de façon globale de répondre aux demandes des patient-e-s et de maintenir les coûts le plus bas possible, puisque l'ambulatoire coûte moins cher que le stationnaire. Il induit néanmoins que les conséquences de l'acceptation d'EFAS seraient importantes pour les finances cantonales.

En effet, selon un rapport publié en novembre 2020 par le DFI¹, le canton de Vaud verrait ses dépenses augmenter de 90.1 millions avec EFAS sans les soins et de 113.6 millions avec EFAS incluant les soins².

Si de manière générale on pourrait saluer une augmentation des dépenses publiques dans le système de santé, car elle devrait conduire à une baisse des primes d'assurance-maladie et renforcer la solidarité du système de santé, il est à craindre que le manque de transparence lors de la fixation des primes puisse conduire à des fins contraires. A l'extrême, au lieu d'effacer une partie des réserves des assureurs, cette opération pourrait même les alimenter, alors qu'elles sont déjà plus que très largement excessives. Il s'agit donc d'éviter à tout prix la situation où le canton doit augmenter son financement sans que les primes baissent de manière équivalente.

Au vu de ce qui précède, nous avons l'honneur de poser les questions suivantes au Conseil d'Etat :

- 1. Si le canton de Vaud venait à payer 90.1, respectivement 113,6 millions, supplémentaires avec EFAS, le Conseil d'Etat peut-il obtenir la garantie que les primes diminueront des mêmes montants dans notre canton et que l'ensemble des opérations soit fait en totale transparence ?*
- 2. Quels sont les éventuels autres inconvénients que cette réforme EFAS peut amener, tant pour notre canton que pour les personnes assurées ?*
- 3. En ce qui concerne les patientes et patients, le rapport indique que la réforme EFAS conduirait à une augmentation de la participation directe. Or, en Suisse, on estime que 25% des patients renoncent à des prestations médicales nécessaires pour des raisons financières. Le Conseil d'Etat estime-t-il que l'augmentation de la participation directe pourrait avoir des conséquences économiques ou sanitaires négatives pour les patientes et patients ? Si oui, lesquelles ? Si non, pourquoi ?*

Nous remercions par avance le Conseil d'Etat de ses réponses.

¹ Rapport sur les effets d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires, Rapport du Département fédéral de l'intérieur du 30 novembre 2020 (cf. <https://www.parlament.ch/centers/documents/fr/bericht-09-528-edi-2020-11-30-f.pdf>)

² Page 20 du rapport, en annexe au présent texte.

Réponse du Conseil d'Etat

Préambule

Rappels sur le projet « EFAS »

Selon les règles actuelles de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), le financement des prestations relevant de cette loi s'opère comme il suit :

1. Les prestations ambulatoires sont prises en charge entièrement par les assureurs-maladie.
2. Les prestations stationnaires hospitalières sont quant à elles financées à raison de 55% au moins par les cantons et 45% au maximum par les assureurs.

L'initiative parlementaire déposée en 2009 par Mme la conseillère nationale Humbel vise à introduire un système de financement **uniforme et moniste**. Elle part du principe que la distinction entre le financement des prestations en milieu hospitalier et celles effectuées en ambulatoire entraîne de fausses incitations et qu'elle n'encourage pas suffisamment le passage de prestations stationnaires vers le secteur ambulatoire, moins cher. Avec le financement uniforme tel que proposé, les cantons contribueraient à parts égales pour les prestations ambulatoires et stationnaires. Cette part s'élèverait à 25,5% au moins des coûts nets ou bruts selon les options encore en discussion. Les assureurs contribueraient à hauteur de 74,5%.

L'initiative propose également que les prestations ambulatoires et stationnaires soient payées directement et uniquement par les assurances-maladies aux fournisseurs de prestations. Les factures ne seraient donc pas adressées aux cantons. Les contributions des cantons seraient versées à l'Institution commune LAMal, qui se chargerait ensuite de redistribuer les parts cantonales en fonction des coûts par assuré occasionnés pour chaque assureur ou via d'autres critères de répartition.

En l'état, ce projet a été adopté par la Commission de la sécurité sociale et de la santé (CSSS) du Conseil national en avril 2018 et se trouve devant la CSSS du Conseil des Etats.

Enjeux et position du Conseil d'Etat

Comme il l'a indiqué dans son rapport sur le postulat Dubois – Financement uniforme des prestations de santé ambulatoires et stationnaires : un sujet à transmettre à notre commission de santé publique ! (17_POS_015), le Conseil d'Etat n'est pas opposé à un projet de financement **uniforme** dans le domaine sanitaire. Un tel projet pourrait en effet amener un 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 risques financiers pour les cantons sont toutefois majeurs, tout comme pour les assureurs-maladie d'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 notable sur ce dernier, et non seulement une répartition différente des flux financiers.

Il faut rappeler à cet égard 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. Par conséquent, si la réforme est majeure en termes d'impacts sur les financements des cantons et des assureurs-maladie, on ne peut pas exclure qu'elle n'ait au final que peu de conséquences sur les prestations et les patients.

Au niveau financier toujours, l'argument de la rentabilité du type d'intervention a vraisemblablement plus de poids dans la décision que de savoir qui va payer *in fine* la facture. D'un point de vue purement économique, l'enjeu se situe ainsi probablement plus sur la cohérence des différents modèles de financement et des structures tarifaires que sur la répartition des coûts entre financeurs.

De plus, il faut rappeler que le canton de Vaud fait partie des cantons qui ont déjà bien entamé le virage ambulatoire (cf. rapport de l'OBSAN de janvier 2019 « Le développement de l'ambulatoire dans une perspective cantonale »). Il 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 de chaque canton (cf. également le tableau figurant dans la réponse à la question n° 1 ci-dessous).

Le projet en discussion au niveau fédéral prévoit en outre l'introduction d'un financement **moniste** via les assureurs-maladie. La contribution des cantons serait dès lors versée aux assureurs-maladie, qui seraient l'unique payeur des prestations LAMal. Un tel mécanisme réduit toutefois le rôle des cantons à de simples « agents payeurs », violant leur souveraineté et leurs responsabilités dans le domaine des soins et de la santé, ainsi que les principes de suivi et de contrôle de l'utilisation des deniers publics.

Ainsi, en l'état, le Conseil d'Etat, comme la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), s'opposent au projet tel que présenté. Ils exigent des adaptations fondamentales, dont notamment :

- L'intégration dans le mécanisme EFAS de toutes les prestations LAMal, y compris les soins de longue durée.
- La mise en place et l'inscription dans la loi d'organisations nationales chargées des structures tarifaires (ambulatoire et prestations de soins), avec une participation paritaire des cantons dans les deux organisations.
- Le gel au statu quo de 45% de la part de financement par l'assurance-maladie obligatoire pour les hôpitaux dits « conventionnés », soit les hôpitaux non-inscrits sur les listes hospitalières cantonales avec lesquels les assureurs peuvent passer des conventions portant sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'assurance obligatoire de soins. Et non de le faire passer à 74,5% comme le souhaitent les Chambres fédérales, ce qui fausserait la planification hospitalière et occasionnerait une augmentation des primes.
- Le passage d'un modèle à l'autre sans incidence financière pour les cantons en général et pour chaque canton en particulier lors de la bascule et une période de transition pour réaliser la convergence au niveau suisse.
- La garantie pour les cantons de disposer d'instruments efficaces de régulation de l'offre, y compris pour les fournisseurs de prestations ambulatoires non médicaux (aides et soins à domicile).
- L'intégration des cantons aux processus administratifs, avec le maintien de la double facturation (canton-assureur) pour le stationnaire, ainsi que la garantie d'une totale transparence des données et la possibilité, pour les cantons, de mener des contrôles complémentaires des factures.
- La mise en place d'un organe de contrôle de facturation indépendant ou doté d'une composition paritaire et qui permette aux cantons de vérifier les flux financiers, les données et les factures.

Le Conseil d'Etat répond aux questions de l'interpellateur comme il suit.

Réponse aux questions

1. *Si le canton de Vaud venait à payer 90,1, respectivement 113,6 millions, supplémentaires avec EFAS, le Conseil d'Etat peut-il obtenir la garantie que les primes diminueront des mêmes montants dans notre canton et que l'ensemble des opérations soit fait en totale transparence ?*

L'impact financier de l'introduction du projet EFAS serait très différent selon les cantons. Ainsi, dans son rapport du 30 novembre 2020, le Conseil fédéral estimait ces conséquences comme il suit :

Tableau 1 : Estimation des conséquences du passage à un financement uniforme, avec ou sans intégration des prestations de soins, pour les différents cantons

Canton	Financement uniforme, soins exclus		Financement uniforme, soins inclus	
	Part de financement effective 2016 (prestations brutes)	Adaptation requise, en francs	Part de financement effective 2016 (prestations brutes)	Adaptation requise, en francs
ZH	21,92 %	+ 19,0 millions	25,59 %	- 53,8 millions
BE	23,29 %	- 49,4 millions	26,02 %	- 62,2 millions
LU	22,05 %	+ 2,4 millions	25,46 %	- 10,5 millions
UR	25,54 %	- 4,3 millions	28,33 %	- 5,2 millions
SZ	22,70 %	- 3,0 millions	23,91 %	+ 6,4 millions
OW	22,19 %	+ 0,0 millions	25,37 %	- 0,8 millions
NW	22,39 %	- 0,3 millions	25,11 %	- 0,4 millions
GL	23,72 %	- 2,4 millions	25,20 %	- 0,6 millions
ZG	21,66 %	+ 2,5 millions	24,76 %	+ 0,5 millions
FR	20,87 %	+ 16,6 millions	23,19 %	+ 23,3 millions
SO	23,42 %	- 14,9 millions	24,91 %	- 0,7 millions
BS	25,24 %	- 34,0 millions	26,94 %	- 26,3 millions
BL	23,96 %	- 26,0 millions	25,42 %	- 9,1 millions
SH	23,46 %	- 4,3 millions	25,65 %	- 3,1 millions
AR	26,18 %	- 8,7 millions	28,81 %	- 10,0 millions
AI	26,11 %	- 2,1 millions	28,43 %	- 2,2 millions
SG	24,60 %	- 48,6 millions	26,09 %	- 27,7 millions
GR	23,06 %	- 6,6 millions	25,40 %	- 4,7 millions
AG	23,20 %	- 27,3 millions	24,71 %	+ 4,4 millions
TG	24,29 %	- 22,3 millions	25,97 %	- 13,1 millions
TI	21,10 %	+ 18,3 millions	23,61 %	+ 24,0 millions
VD	19,69 %	+ 90,1 millions	22,08 %	+ 113,6 millions
VS	21,91 %	+ 4,2 millions	24,53 %	+ 5,2 millions
NE	20,36 %	+ 14,9 millions	22,75 %	+ 19,9 millions
GE	18,35 %	+ 92,2 millions	23,62 %	+ 34,5 millions
JU	23,97 %	- 6,0 millions	25,17 %	- 1,2 millions
Suisse	21 %	+/-0	24,86 %	+/-0

Sources : Statistique de l'AOS (tableau 2.26), CDS, Infras (2019), calculs de l'OFSP sur la base des chiffres de 2016. Cf. Tableau 18, Tableau 19, Tableau 20 et Tableau 21 en annexe pour des calculs détaillés.

Selon ces estimations, le canton de Vaud serait le 2^{ème} canton le plus touché (après Genève) si les soins de longue durée (EMS et soins à domicile) ne sont pas intégrés dans EFAS et le 1^{er} si ces soins sont intégrés. Toutefois, en l'état, le Conseil d'Etat ne peut pas garantir que le montant que l'Etat de Vaud serait ainsi appelé à payer en plus déboucherait sur une diminution des primes de même ampleur. C'est pourquoi il est intervenu dans le cadre des débats devant les Chambres fédérales, d'une part, pour demander que l'effet financier soit neutre non pas globalement pour tous les cantons, mais pour chaque canton individuellement et, d'autre part et en tous les cas, pour que toute augmentation de la part des cantons durant la période transitoire de convergence soit systématiquement répercutée sur les primes et pour que cette répercussion soit ancrée expressément dans la loi.

Cela étant, s'agissant de la transparence, il faut rappeler qu'en l'état des règles en vigueur à ce sujet au niveau fédéral (Loi sur la surveillance de l'assurance-maladie en particulier), les cantons n'ont ni la compétence ni les moyens de vérifier qu'un éventuel report de financement sur eux soit bien accompagné d'une baisse correspondante des primes LAMal des assureurs sur le territoire cantonal.

2. *Quels sont les éventuels autres inconvénients que cette réforme EFAS peut amener, tant pour notre canton que pour les personnes assurées ?*

Les principaux problèmes que soulève cette réforme pour les cantons ont été exposés plus haut, ainsi que dans le rapport précité du Conseil d'Etat sur le postulat Dubois. Il faut également relever qu'un financement moniste soulèverait de nombreuses questions techniques de mise en œuvre, par exemple s'agissant du mécanisme de redistribution des subventions de l'Etat auprès des assureurs (via les coûts effectifs ou la compensation des risques, ...).

Comme, avec le financement uniforme, l'intégralité des coûts des prestations stationnaires serait également soumise à la participation aux coûts (aujourd'hui, ce ne sont au maximum que 45 % de ces coûts), il se peut que des assurés recevant surtout des traitements stationnaires et guère de traitements ambulatoires, et n'ayant pas encore assumé le maximum de leur participation aux coûts, subissent une charge plus lourde qu'aujourd'hui. Ainsi, pour les assurés, le principal inconvénient réside dans l'augmentation de la participation directe, qui découle de la fixation de la contribution cantonale par rapport aux coûts nets des assureurs, donc après déduction de la participation des assurés. Concrètement, par exemple, dans l'hypothèse d'une intervention stationnaire coûtant CHF 3'000.- et si l'assuré concerné n'a pas encore entamé sa franchise, les frais pourraient en théorie s'élever à hauteur de CHF 2'550.- pour une personne avec une franchise de CHF 2500.- (contre environ CHF 1'350.- aujourd'hui, soit une augmentation de 89%) et à hauteur de CHF 570.- pour une personne avec une franchise de CHF 300.- (contre CHF 405.- aujourd'hui, soit une augmentation de 41%). Une intervention coûtant 10'000 CHF engendrerait des augmentations de participation de 19% avec une franchise de CHF 2'500.-, respectivement de 39% avec une franchise de CHF 300.-. Une telle augmentation de la participation directe de l'assuré interviendrait dans un contexte dans lequel les versements directs des ménages suisses pour la santé (« out of pocket ») sont déjà particulièrement élevés en comparaison internationale.

On ne sait toutefois pas au juste combien d'assurés seraient concernés, car il est fort probable que beaucoup de traitements stationnaires sont si coûteux que la participation maximale aux coûts est déjà atteinte aujourd'hui.

À cette hausse probablement limitée de la participation aux coûts pour quelques assurés correspondrait une baisse vraisemblablement minime des primes de tous les assurés dans la même proportion. Il faut toutefois également en parallèle s'attendre à ce que la baisse de la participation cantonale dans certains cantons (p.ex. BE) conduise à une augmentation des primes dans les cantons concernés.

Finalement, le contrôle des factures ressortirait exclusivement de la compétence des assureurs, ce qui contreviendrait au principe de l'équivalence fiscale. Selon une enquête récente de l'OFSP, il existe différentes failles dans le système de contrôle des factures mis en place par les assureurs. Cette solution prétérite aussi bien les contribuables que les assurés.

3. *En ce qui concerne les patientes et patients, le rapport indique que la réforme EFAS conduirait à une augmentation de la participation directe. Or, en Suisse, on estime que 25% des patients renoncent à des prestations médicales nécessaires pour des raisons financières. Le Conseil d'Etat estime-t-il que l'augmentation de la participation directe pourrait avoir des conséquences économiques ou sanitaires négatives pour les patientes et patients ? Si oui, lesquelles ? Si non, pourquoi ?*

Différentes études évaluent que 10 à 25% de la population suisse renonce à des prestations médicalement nécessaires pour des raisons financières. Une augmentation de la participation directe risquerait d'augmenter encore ce taux. Les conséquences du renoncement sont doubles :

Sous un angle de santé publique, de tels renoncements rendent la prise en charge plus compliquée, ils engendrent plus de risques de séquelles à long terme et plus de risques de propagation de virus, etc.

Sur le plan financier, une prise en charge plus compliquée et plus morcelée sera plus longue et coûtera plus cher.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 17 novembre 2021.

La présidente :

Le chancelier :

N. Gorrite

A. Buffat