

## **Conséquences d'un financement uniforme des prestations de l'assurance obligatoire des soins**

**Rapport de l'Office fédéral de la santé publique du 7 mars 2023**

---

### **Table des matières**

|          |                                                                                             |          |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>1</b> | <b>Effets de répartition</b>                                                                | <b>2</b> |
| <b>2</b> | <b>Potentiel d'économies</b>                                                                | <b>3</b> |
| <b>3</b> | <b>Maintien des budgets globaux</b>                                                         | <b>4</b> |
| <b>4</b> | <b>Développement des listes ambulatoires</b>                                                | <b>5</b> |
| <b>5</b> | <b>Conséquences en fonction de l'échelon de franchise et sur la participation aux coûts</b> | <b>6</b> |
| <b>6</b> | <b>Règles plus contraignantes pour la réduction des primes</b>                              | <b>8</b> |

## 1 Effets de répartition

Au moment du changement de système, toutes les variantes de financement uniforme discutées sont neutres en termes de coûts pour les deux agents payeurs (assureurs / financement par les primes, cantons / financement par les impôts) par rapport à la période de référence 2016 à 2019. Dans les années qui suivent, la charge pour les payeurs de primes et les contribuables évoluera cependant différemment que si le système de financement actuel était maintenu. La raison en est l'évolution différente des coûts dans les domaines ambulatoire, stationnaire et des soins.

Les effets de répartition attendus entre le financement par les primes et le financement par les impôts ont déjà été présentés dans le rapport du Département fédéral de l'intérieur (DFI) du 30 novembre 2020, ch. 2.3 (p. 21 ss), sur la base de l'étude d'Infras (2019)<sup>1</sup>, à chaque fois sans tenir compte du potentiel d'économies (voir ch. 2). Du point de vue des primes, le maintien du statu quo représenterait la solution la plus coûteuse (+45 %), tandis qu'un financement uniforme sans intégration des soins serait l'option la plus avantageuse (+40 %). Même en y incluant les soins, l'introduction d'un financement uniforme reste plus avantageuse du point de vue des primes (+42%) que le maintien du système actuel, et cette solution est celle dans laquelle le potentiel d'économies est le plus important (voir ch. 2).

Un maintien du système actuel aurait pour conséquence que la part du financement par les impôts continuerait de diminuer à l'avenir, car le transfert des prestations vers le domaine ambulatoire se poursuivra. L'introduction d'un financement uniforme permettrait, quant à elle, de stabiliser la répartition entre le financement par les primes et le financement par les impôts. Étant donné que les primes sont dues par tête, alors que les taux d'imposition sont progressifs, les revenus faibles et moyens sont les premiers bénéficiaires d'un arrêt du déplacement du financement par les impôts vers le financement par les primes.

Étant donné que les prévisions concernant la hausse des coûts présentent une certaine incertitude, l'OFSP avait procédé à une analyse de sensibilité dans le rapport du 30 novembre 2020 (p. 24 s.). La condition pour qu'un financement uniforme avec intégration des soins soit plus coûteux du point de vue des primes que le maintien du statu quo est que la hausse des coûts dans les trois domaines des prestations ambulatoires, des prestations stationnaires et des soins soit nettement supérieure aux valeurs observées au cours de la dernière décennie. En ce qui concerne les soins, on s'attend certes à une croissance proportionnellement plus forte qu'aujourd'hui. Mais pour qu'un financement uniforme incluant ces prestations soit plus coûteux du point de vue des primes que le maintien du statu quo, il faudrait que la croissance future des coûts des soins se situe au-dessus de la fourchette présentée dans les dernières projections de l'Administration fédérale des finances (AFF 2022)<sup>2</sup> pour divers scénarios jusqu'en 2050.

En résumé, il est fort probable qu'un financement uniforme, même incluant les soins, réduise la charge supportée par les payeurs de primes, et donc par les revenus faibles et moyens. S'il souhaite modifier la répartition entre le financement par les impôts et le financement par les primes, le législateur conserve en outre la possibilité d'adapter le taux de la contribution cantonale. Dans ce sens, le Parlement dispose déjà d'un « mécanisme de sécurité » si la charge supportée par les payeurs de primes devait s'avérer trop lourde. Il est donc possible de profiter des

---

<sup>1</sup> Infras (2019) : Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär mit Einbezug der Pflege. Rapport final sur mandat de la CDS. Zurich

<sup>2</sup> AFF (2022) : Projections concernant l'évolution des dépenses de santé jusqu'en 2050 : vieillissement de la population et crise du coronavirus. Working paper n° 25, Thomas Brändle, Carsten Colombier.

avantages du financement uniforme en termes d'efficacité (voir ch. 2) indépendamment des effets de répartition.

## 2 Potentiel d'économies

Outre les effets sur la répartition entre le financement par les primes et le financement par les impôts mis en évidence au ch. 1, un financement uniforme présente surtout un potentiel d'économies pour ces deux sources de financement. Ce potentiel a déjà été exposé dans le rapport du DFI du 30 novembre 2020 (ch. 10, p. 76 ss) et dans celui de l'OFSP du 5 janvier 2022 (ch. 7, p. 28 ss).

Le potentiel d'économies résulte de la suppression des incitations inopportunes pour les cantons, les assureurs et les fournisseurs de prestations, qui entravent aujourd'hui les réformes visant à accroître l'efficacité. Le financement uniforme contribue à renforcer l'impact d'autres efforts de réforme en cours. Avec un financement uniforme, les bénéfices de la coordination reviennent à l'acteur qui supporte les coûts de celle-ci. C'est ainsi que le financement uniforme contribue à améliorer l'attractivité du nouveau fournisseur de prestations « réseaux de soins coordonnés », proposé par le Conseil fédéral dans le deuxième volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts (22.062), car les économies réalisées grâce à une meilleure coordination sont plus importantes. L'introduction d'un financement uniforme ne saurait toutefois se substituer à la création de ce nouveau fournisseur de prestations, car dans les réseaux de soins coordonnés, la fourniture des prestations est assurée par une équipe interprofessionnelle et interdisciplinaire de professionnels de la santé, ce qui a pour conséquence de mettre en place une coordination structurée et obligatoire.

De même, il deviendrait plus intéressant pour les assureurs de développer des formes particulières d'assurance, plus attractives, visant à mieux coordonner les soins, et de conclure des partenariats avec des fournisseurs de prestations qui contribuent réellement et intensivement à une bonne coordination, car ces efforts se répercuteraient pleinement sur les primes. Le financement uniforme présente l'avantage de mieux regrouper les fournisseurs de prestations stationnaires et ambulatoires dans des réseaux de soins, que ce soit dans le cadre de modèles d'assurance alternatifs ou des réseaux de soins coordonnés proposés par le Conseil fédéral, et de permettre désormais des rémunérations communes à ces différents domaines.

Un financement uniforme peut modifier les incitations pour les agents payeurs dans la négociation des tarifs. Ceux-ci ne seront plus incités à agencer l'organisation et l'approbation des tarifs de telle sorte que les fournisseurs de prestations soient incités à déplacer des prestations entre des secteurs ayant des tarifs différents. De plus, les fournisseurs de prestations sont, dans leurs décisions de traitement, moins influencés par des distorsions tarifaires. Grâce à la meilleure coordination des traitements, les doublons sont réduits et le parcours de soins est plus efficace.

Une rémunération intersectorielle est facilitée. Un financement uniforme peut ainsi servir de base à des offres de soins dans tous les domaines qui se situent en quelque sorte "entre" le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier, comme par exemple la psychiatrie intermédiaire. Les discussions dans ce domaine sont aujourd'hui marquées par les différences de financement. Les assureurs et les cantons également ne sont pas suffisamment incités à promouvoir ces offres qui se trouvent à l'interface entre le stationnaire et l'ambulatoire et qui sont judicieuses et réduisent globalement les coûts, parce qu'ils seraient davantage mis à contribution ou parce qu'ils espèrent trouver des solutions (encore) plus avantageuses pour eux en raison de la responsabilité non clarifiée en matière de financement. C'est précisément cette incitation inopportune qui disparaît avec un financement uniforme, car la responsabilité du financement est, premièrement, claire et, deuxièmement, réglée de manière uniforme pour tous les domaines de prestations.

Le potentiel d'économies est très difficile à quantifier de manière fiable, car il dépend du comportement des acteurs et de leur réaction à l'amélioration des incitations. Dans son rapport du 5 janvier 2022, l'OFSP l'a estimé grossièrement à plusieurs centaines de millions de francs par an. L'étude de Polynomics (2022)<sup>3</sup> confirme cet ordre de grandeur et évalue le potentiel d'économies à un peu plus de 300 millions de francs par an dans le cas d'un financement uniforme n'incluant pas les soins et à près de 450 millions de francs par an si ces prestations devaient y être incluses, et cela, alors même que les auteurs de l'étude n'ont pas pu quantifier certains effets avantageux et n'en ont donc pas tenu compte dans leur estimation. Dans l'hypothèse extrême où les acteurs ne réagiraient pas du tout à l'amélioration des incitations, l'effet d'économie serait nul. L'idée d'une concurrence régulée repose toutefois sur l'hypothèse que les acteurs réagissent aux incitations.

### **3 Maintien des budgets globaux**

Tant la décision du Conseil national que celle du Conseil des États permettent aux cantons de continuer à fixer, en tant qu'instrument de gestion des finances, un montant global (budget global) pour le financement des hôpitaux ou des EMS (art. 51 LAMal). De même que la répartition des coûts prévue à l'art. 49a LAMal était déjà réservée, la contribution cantonale visée à l'art. 60 P-LAMal l'est désormais également.

Les cantons sont en principe libres dans leur mise en œuvre de budgets globaux dans le cadre des dispositions légales. Avec un financement uniforme, cette mise en œuvre pourrait prendre la forme suivante : les cantons fixent un montant global pour l'ensemble des prestations d'un hôpital ou d'un EMS, y compris les prestations d'intérêt général (PIG). Les prestations LAMal des hôpitaux et des EMS sont déjà rémunérées par les assureurs. La décision du Conseil des États donne aux cantons la possibilité de connaître de manière fiable ce montant et la part financée par les recettes fiscales grâce à la fois aux données des assureurs (art. 21 P-LAMal) et à l'accès aux factures des prestations hospitalières (art. 60, al. 7, P-LAMal). Les cantons peuvent déduire du budget global fixé le montant préalablement obtenu par le biais du financement des prestations. La rémunération des PIG correspond au montant restant après avoir déduit la rémunération pour les prestations LAMal du budget global préalablement fixé.

Même dans le cas où aucune PIG n'est prévue et où la rémunération des prestations LAMal sur la base du tarif est déjà plus élevée que le budget global, la situation juridique actuelle est reprise telle quelle dans le nouveau système. En 2012, le Tribunal fédéral a jugé qu'un système qui fixe un volume de prestations maximal pour chaque fournisseur de prestations est compatible avec la LAMal<sup>4</sup>. Il en résulte que, selon le Tribunal fédéral, les contributions cantonales ne sont dues que si les hôpitaux respectent les volumes maximaux fixés par le canton. Une réduction de la contribution cantonale est admise.

Dans son rapport du 20 février 2014 sur l'initiative parlementaire 12.500 Bortoluzzi « LAMal. Abrogation de l'article 51 », la CSSS-N également a précisé que les cantons qui ont recours à l'instrument du budget global doivent également avoir la possibilité de descendre sous la part de financement de 55 % tant que le budget global est fixé sur la base des coûts prévisionnels et qu'il couvre au moins les coûts marginaux des prestations supplémentaires fournies. Les hôpitaux ont ainsi la possibilité d'adapter leurs prestations aux besoins, les patients ne sont pas tenus

---

<sup>3</sup> Polynomics 2022. Sparpotenzial einheitliche Finanzierung. Étude réalisée sur mandat de l'OFSP (en allemand avec résumé en français).

<sup>4</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 2C\_796/2011 du 10.7.2012 (publié en tant que ATF 138 II 398), consid. 3.10.3

de se tourner vers d'autres fournisseurs de prestations, et le libre choix de l'hôpital est garanti. Le Conseil national n'a pas donné suite à l'initiative parlementaire 12.500 Bortoluzzi.

Le canton a donc la possibilité de réduire sa part de financement si le budget global qu'il a fixé est dépassé. Le Tribunal administratif fédéral a néanmoins souligné que les instruments de gestion des volumes doivent être utilisés avec modération<sup>5</sup>, car une gestion trop rigide des volumes peut figer les structures et entraver la concurrence. Les facteurs sur lesquels les hôpitaux n'ont aucune influence doivent également être pris en compte. Ce principe a été inscrit dans l'art. 58f, al. 6, OAMal<sup>6</sup> lors de la dernière révision des critères de planification hospitalière.

Un financement uniforme ne change pas la possibilité actuellement reconnue à un canton de réduire sa contribution financière à la rémunération des prestations en cas de dépassement du budget global. Si les moyens restant pour les PIG font défaut après la rémunération des prestations sur la base du tarif, la mise en œuvre pourrait être la suivante dans le cas d'un financement uniforme : le canton oblige les fournisseurs de prestations concernés à lui restituer une partie de la contribution cantonale qui dépasse le budget global fixé et qu'ils ont préalablement reçue des assureurs.

#### **4 Développement des listes ambulatoires**

La Confédération et les cantons ont défini des listes d'interventions qui doivent en règle générale être réalisées de manière ambulatoire (« listes ambulatoires »). L'AOS rémunère une intervention en milieu stationnaire dans des cas particuliers lorsque des circonstances particulières (le plus souvent la présence de comorbidités) l'exigent. Grâce à ces listes, un effet de transfert du domaine stationnaire vers le domaine ambulatoire a pu être obtenu. Un tel transfert réduit les coûts économiques, mais profite surtout aux contribuables dans le système de financement actuel, tandis que les payeurs de primes n'en tirent que peu d'avantages.

L'intérêt des fournisseurs de prestations pour une exécution ambulatoire ou stationnaire devrait ainsi s'estomper avec un financement uniforme de toutes les prestations. Cependant, il est possible de voir perdurer certaines incitations inopportunes alimentées par les assurances complémentaires. Ainsi, un financement uniforme ne pourrait toutefois pas se substituer entièrement aux « listes ambulatoires » existantes.

Inversement, une extension forcée des « listes ambulatoires » ne saurait remplacer un financement uniforme. De nombreuses interventions, potentiellement réalisables en ambulatoire et qui ne figurent pas sur les listes correspondantes, occasionnent, lorsqu'elles sont réalisées en ambulatoire, plus de 45 % des coûts d'une intervention stationnaire. Sans financement uniforme, leur inscription sur une liste pourrait entraîner une hausse des primes. Il y aurait donc potentiellement encore d'autres interventions qui sont moins coûteuses lorsqu'elles sont réalisées en ambulatoire. Une extension de la liste conduit en plus à une charge administrative, et les listes ne pourraient probablement pas suivre complètement le progrès technique. Tant que les incitations inopportunes demeurent, les fournisseurs de prestations seraient tentés de contourner les « listes ambulatoires » lorsqu'ils en ont la possibilité. Contrôler de manière conséquente si les conditions dérogatoires pour une intervention stationnaire sont remplies serait coûteux.

---

<sup>5</sup> Arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5017/2015 du 16.1.2019, consid. 20.2.1

<sup>6</sup> Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102)

Outre la rémunération par les assurances complémentaires, la cause du problème réside également dans les rémunérations plus ou moins attractives dans les domaines stationnaire et ambulatoire dues à des modes de financement différents. Avec un financement uniforme, les fournisseurs de prestations et les assureurs seront incités à modifier leur comportement.

Enfin, les listes ambulatoires ne peuvent pas se substituer à un financement uniforme, ne serait-ce que parce que les listes ambulatoires ne renforcent pas les soins coordonnés et que les autres incitations inopportunes à l'interface entre les secteurs ambulatoire et hospitalier (p. ex. psychiatrie intermédiaire, cf. chiffre 2) subsisteraient.

## **5 Conséquences en fonction de l'échelon de franchise et sur la participation aux coûts**

Le rapport du DFI du 30 novembre 2020 montre au ch. 4 (p. 39 ss) qu'un financement uniforme n'a pas d'effets différents sur les primes en fonction de l'échelon de franchise, même si la contribution cantonale est définie comme un pourcentage des prestations nettes. Le Conseil des États a, lui aussi opté, à la suite du Conseil national, pour une répartition du financement sur la base des prestations nettes. Il n'y a plus de divergences entre les Chambres sur ce point.

Les effets sur la participation aux coûts ont également été examinées au ch. 4 du rapport du DFI du 30 novembre 2020 (p. 42) et dans le rapport explicatif de la CSSS-N du 5 avril 2019 (ch. 3.2.4). La participation aux coûts est désormais calculée sur l'ensemble des coûts d'un séjour hospitalier et non plus seulement sur la part financée par l'assureur. La participation aux coûts maximale à la charge des assurés n'en est pas modifiée, ce qui veut dire qu'un assuré doit s'attendre, dans le pire des cas, à devoir payer lui-même un montant maximal de 1000 francs s'il choisit une franchise de 300 francs<sup>7</sup> et de 3200 francs s'il choisit une franchise de 2500 francs.

Actuellement, du point de vue de l'assuré, les cantons réduisent les coûts d'un séjour hospitalier, ce qui n'est pas le cas pour les traitements ambulatoires. Il est donc possible qu'avec un financement uniforme, une personne assurée qui a surtout besoin de prestations stationnaires et nettement moins de prestations ambulatoires au cours d'une année atteigne plus rapidement qu'aujourd'hui la participation maximale aux coûts à laquelle elle devait de toute façon s'attendre en fonction du choix de sa franchise.

L'OFSP ne dispose pas des données nécessaires pour calculer le nombre de personnes qui seraient dans ce cas. Il part néanmoins du principe que les situations dans lesquelles la participation aux coûts maximale serait atteinte beaucoup plus rapidement qu'aujourd'hui ne constituent pas la règle. En règle générale, une personne pour laquelle un traitement stationnaire est nécessaire a également besoin d'un volume de traitements ambulatoires supérieur à la moyenne au cours de la même année. En outre, de nombreux traitements hospitaliers engendrent des coûts élevés. Dans ce cas, la participation maximale aux coûts serait de toute façon déjà souvent atteinte aujourd'hui et le financement uniforme n'entraîne pas d'augmentation significative de la participation aux coûts.

Il n'en demeure pas moins possible, dans le cas d'une personne par ailleurs en bonne santé, qui a choisi une franchise élevée et pour laquelle un court séjour hospitalier s'avère nécessaire de manière inattendue et non préparée, mais qui se rétablit ensuite rapidement et complètement,

---

<sup>7</sup> 300 francs de franchise ainsi qu'une quote-part maximale de 700 francs correspondant à 10 % des coûts si les prestations s'élèvent (au moins) à 7300 francs au total. Dans certains cas, la quote-part maximale peut être supérieure à 700 francs. Par exemple, une quote-part de 15 % est prévue pour certains médicaments (art. 104a OAMal).

qu'un financement uniforme conduise cette personne à atteindre plus rapidement qu'aujourd'hui le montant maximal de la participation aux coûts avec lequel elle devait compter lors du choix de sa franchise. Un exemple possible serait une personne jeune et en bonne santé, qui a choisi une franchise élevée, qui doit subir une ablation de l'appendice et qui ne requiert que peu de contrôles ambulatoires par la suite.

Dans le cas, peu réaliste en pratique, d'une personne qui effectuerait un séjour hospitalier sans recevoir le moindre traitement ambulatoire pendant une année, un assuré avec une franchise de 300 francs devrait payer aujourd'hui, pour des prestations stationnaires d'un coût total de 7300 francs et en raison du subventionnement du séjour hospitalier, une participation aux coûts inférieure de 401,50 francs au plus par rapport à ce qu'il devrait payer en cas de financement uniforme et par rapport à ce que paie aujourd'hui déjà un assuré pour les mêmes coûts, mais occasionnés par des prestations ambulatoires. Pour une franchise de 2500 francs et des prestations stationnaires d'un coût total de 9500 francs, la différence serait de 522,50 francs au plus par an<sup>8</sup>. Il est toutefois plus réaliste de supposer qu'une personne qui a besoin de prestations stationnaires aura également recours à des prestations ambulatoires pour un coût d'au moins 1000 ou 2000 francs la même année. Dans de tels cas, la différence maximale de participation aux coûts entre le système actuel et un financement uniforme serait nettement moindre<sup>9</sup>.

Sur la base des données des assureurs, l'Institut d'études économiques de Bâle (IWSB 2019)<sup>10</sup> a estimé le montant total de l'augmentation de la participation aux coûts à 3,81 francs par assuré et par an, ce qui correspond à environ 0,6 % de la participation aux coûts actuelle. Les assurés avec des franchises élevées seraient plus fortement touchés que ceux avec des franchises basses. Pour la franchise la plus élevée, les assurés paieraient en moyenne 10,28 francs de participation aux coûts de plus par an qu'aujourd'hui, tandis que les auteurs de l'étude ne prévoient aucune augmentation de la participation aux coûts pour les deux niveaux de franchise les plus bas.

Si la participation aux coûts maximale par assuré est effectivement atteinte plus rapidement avec un financement uniforme qu'elle l'est aujourd'hui dans les cas décrits, les primes et la contribution cantonale baisseraient en contrepartie. Dans l'hypothèse où l'augmentation de la participation aux coûts totale se situe dans l'ordre de grandeur estimé par IWSB (2019), la baisse des primes serait de près de 3 francs par personne et par an, tandis que celle des impôts

---

<sup>8</sup> Des différences de participation aux coûts encore plus marquées sont théoriquement possibles avec une franchise de 2500 francs, des traitements stationnaires pour un coût inférieur à 5000 francs et des coûts ambulatoires nuls. La différence maximale théoriquement possible entre la participation aux coûts actuelle et celle avec un financement uniforme serait de 1375 francs pour un séjour hospitalier d'un coût total de 2500 francs (contribution cantonale comprise). Il n'existe toutefois pratiquement pas de groupe de cas (DRG) avec un coût relatif aussi faible. Des exemples sont les brûlures ou les empoisonnements, qui sont traités de manière stationnaire pendant un jour au maximum, ou un séjour unique dans une clinique psychiatrique de deux jours au plus.

<sup>9</sup> Franchise de 300 francs : 346,50 francs au maximum pour 1000 francs de coûts ambulatoires et 6300 francs de coûts stationnaires par an, 291,50 francs au maximum pour 2000 francs de coûts ambulatoires et 5300 francs de coûts stationnaires par an ; franchise de 2500 francs : 467,50 francs au maximum pour 1000 francs de coûts ambulatoires et 8500 francs de coûts stationnaires par an, 412,50 francs au maximum pour 2000 francs de coûts ambulatoires et 7500 francs de coûts stationnaires par an. Dès que le coût total des prestations s'écarte de ces valeurs, vers le bas ou vers le haut, la différence entre la participation aux coûts actuelle et celle avec un financement uniforme est nettement plus faible.

<sup>10</sup> Institut für Wirtschaftsstudien Basel. Effekte einer einheitlichen Finanzierung ambulant-stationär auf die Kantonsbeiträge pro Franchisestufe. Expertise du 20 septembre 2019 réalisée sur mandat de Santéuisse.

pourrait théoriquement être de près d'un franc par personne et par an, s'ils étaient réduits dans la même mesure que la diminution de la charge du canton.

Le risque d'atteindre plus rapidement la participation aux coûts maximale concerne surtout les assurés en bonne santé avec une franchise élevée qui doivent être hospitalisés de manière inattendue pour une courte durée. Tous les assurés, quel que soit leur niveau de franchise, bénéficient de primes légèrement plus basses. On peut donc supposer que les assurés avec une franchise ordinaire, qui est surtout choisie par les personnes ayant des frais médicaux élevés, même dans le domaine ambulatoire, profitent en fin de compte du fait que les assurés en bonne santé ayant opté pour une franchise élevée atteignent plus rapidement la participation aux coûts maximale.

C'est pourquoi, lors des discussions parlementaires, aucune mesure de compensation sociale (niveaux de franchise légèrement inférieurs ou quote-part légèrement plus basse, les deux ne pouvant être calculés précisément à l'avance en raison du manque de données) ne s'est imposée ; il n'y a pas de divergence entre les Chambres sur ce point. Si le fait que certains assurés, notamment ceux qui sont en bonne santé, qui ont choisi une franchise élevée et qui doivent effectuer un séjour hospitalier de courte durée, atteignent plus rapidement la participation aux coûts maximale devait avoir un effet notable, celui-ci serait peut-être plutôt socialement bénéfique. Et si, contre toute attente, un effet indésirable devait se produire en ce qui concerne la participation aux coûts, le Conseil fédéral aurait toujours la possibilité d'adapter rapidement les niveaux de franchise qu'il a fixés dans l'ordonnance. Si nécessaire, le législateur pourrait, quant à lui, adapter la quote-part de 10 % des coûts qui dépassent la franchise (art. 64, al. 2, let. b, LAMal).

## **6 Règles plus contraignantes pour la réduction des primes**

Que l'on adopte la perspective du financement par les impôts ou celle du financement par les primes, le passage à un financement uniforme est neutre en termes de coûts à l'échelle nationale. Dans les différents cantons également, la transition est neutre en termes de coûts du point de vue global du financement par les primes et par les impôts. Des transferts entre les deux sources de financement se produisent néanmoins au sein des différents cantons. Dans certains cantons, le changement de système de financement entraîne une hausse des primes et libère des ressources fiscales, tandis que dans d'autres, les primes baissent, ce qui oblige à consacrer des ressources fiscales supplémentaires au financement des prestations. L'année de l'introduction du nouveau système de financement, ces effets ne se répercuteront pas à l'identique sur les primes, qui dépendent notamment de l'évolution générale des coûts, du niveau des réserves et du rapport entre les primes et les coûts de l'année précédente. L'OFSP, en tant qu'autorité de surveillance, veillera néanmoins à ce que les primes cantonales, même après l'introduction du financement uniforme, soient juste assez élevées pour couvrir à chaque fois les coûts cantonaux attendus. Aucune autre disposition n'est nécessaire (cf. rapport du 15 mars 2022, ch. 4.1, p. 4 ss).

La LAMal laisse aujourd'hui une grande marge de manœuvre aux cantons pour déterminer comment ils souhaitent réduire les primes des assurés de condition économique modeste. Les cantons sont donc libres, dans le cadre des quelques exigences existantes, de décider dans quelle mesure ils utiliseront les ressources fiscales libérées pour augmenter la réduction des primes ayant connu des hausses. Il n'est également pas exclu que les cantons dans lesquels les primes diminueront et qui devront consacrer davantage de ressources fiscales au financement des prestations se procurent ces moyens par le biais d'une réduction plus que proportionnelle de la réduction des primes.

Dans son contre-projet indirect du 17 septembre 2021 à l'initiative d'allègement des primes (21.063), le Conseil fédéral entend obliger les cantons à aménager la réduction des primes de telle sorte que le montant accordé à ce titre corresponde au moins à un pourcentage déterminé des coûts bruts de l'AOS sur leur territoire. Une telle réglementation garantirait qu'en cas de hausse des primes, ce qui est possible dans certains cantons en cas d'introduction d'un financement uniforme, les cantons réduisent les primes d'un montant correspondant à une certaine part des coûts bruts. Les cantons seraient tenus de compenser, au moyen de la réduction des primes, entre 5 et 7,5 % de la charge supplémentaire supportée par les payeurs de primes. Les cantons dans lesquels cette part minimale est déjà atteinte n'auraient pas à augmenter la réduction des primes. À l'inverse, les cantons qui devraient augmenter leur part de financement au moyen des recettes fiscales et où les primes baisseraient en conséquence verraient diminuer dans une mesure limitée le montant qu'ils sont tenus d'affecter à la réduction des primes (cf. rapports du 5 janvier 2022, ch. 2.3, p. 10, et du 15 mars 2022, ch. 4.2, p. 6). Le contre-projet indirect à l'initiative sur l'allègement des primes présenté par le Conseil fédéral serait donc une réponse à la crainte que les cantons, lors du passage à un financement uniforme, se procurent les ressources fiscales supplémentaires dont ils ont besoin en réduisant de manière disproportionnée la réduction des primes (qui ont légèrement baissé) ou, dans le cas inverse, qu'ils n'utilisent pas les ressources fiscales libérées pour réduire également les primes supplémentaires (qui ont légèrement augmenté).