

Conséquences financières d'une suppression de la contribution du patient pour les prestations de soins et d'une prolongation des soins aigus et de transition avec prise en charge des frais de séjour ; intégration flexible dans le temps des prestations de soins

Rapport de l'Office fédéral de la santé publique du 19 juin 2023

Table des matières

1	Contexte	1
2	Conséquences financières d'une suppression de la contribution des patients pour les prestations de soins	1
2.1	Coûts supplémentaires pour les cantons	1
2.2	Contexte financier	3
2.3	Conclusion	4
3	Conséquences financières d'une prolongation des soins aigus et de transition (SAT) avec prise en charge des frais de séjour par l'AOS	5
3.1	Scénario « volume actuel des SAT »	5
3.2	Scénario « SAT pour tous les transferts directs de l'hôpital à l'EMS ».	7
3.3	Scénario « Ville de Zurich »	9
3.4	Conclusion	10
4	Intégration flexible dans le temps des prestations de soins	11
	Annexe : Dépenses pour la contribution des patients	12

1 Contexte

Dans le cadre de l'élimination des divergences concernant l'initiative parlementaire 09.528 « Financement moniste des prestations de soins », la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a pris, le 26 avril 2023, en première lecture, les décisions suivantes :

1. La contribution spéciale des patients pour les prestations de soins, qui est actuellement prélevée en plus de la participation ordinaire aux frais pour les personnes nécessitant des soins, sera supprimée. Les coûts, aujourd'hui couverts par la contribution des patients, seront désormais entièrement pris en charge par les cantons. Pour ce faire, il est nécessaire d'adapter le pourcentage de la contribution cantonale à l'article 60, alinéa 3 de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10).
2. La durée des soins aigus et de transition (SAT) sera prolongée de deux à quatre semaines au maximum, avec la possibilité de la prolonger une fois de quatre semaines supplémentaires au maximum. En outre, l'assurance obligatoire des soins (AOS) doit désormais prendre en charge les frais de séjour à l'hôpital ou dans un établissement médico-social (EMS) en cas de SAT.

La CSSS-N a chargé l'administration de présenter, d'ici la deuxième lecture, les conséquences financières de ces décisions pour les cantons, les assureurs et les assurés. En outre, l'administration doit examiner avec l'Office fédéral de la justice (OFJ) la formulation relative à l'entrée en vigueur flexible dans le temps de l'intégration des prestations de soins.

2 Conséquences financières d'une suppression de la contribution des patients pour les prestations de soins

2.1 Coûts supplémentaires pour les cantons

En vertu de l'actuel article 25a, al. 5, LAMal, 20 % au maximum de la contribution maximale aux soins fixée par le Conseil fédéral peuvent être mis à la charge des assurés. Les cantons sont toutefois libres de prendre en charge tout ou partie de ces contributions des patients. En moyenne, pour les années de référence 2016 à 2019, cette contribution maximale théoriquement autorisée s'élevait à 924 millions de francs par an.¹ En moyenne des années de référence, 252 millions de francs de la contribution maximale possible des patients ont déjà été pris en charge volontairement par les cantons.² Ainsi, 672 millions de francs par an sont effectivement pris en charge par les assurés.³

¹ Cf. 09.528 Rapport de l'OFSP du 5 janvier 2022, tableau 19, basé sur les estimations dans Infrass (2021), Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung, Grundlagen zur Schätzung der Anteile der Finanzierungsträger der Pflegeleistungen nach KVG.

² Source : Infrass 2021, tableaux 9 et 10, p. 44ss. Voir tableau 1 en annexe. Les valeurs différenciées par canton dans le tableau 1 s'écartent légèrement (env. 2 millions de francs) des valeurs pour l'ensemble de la Suisse (Infrass 2021) en raison de sources de données différentes (statistique Spitex et SOMED).

³ 924 millions de francs moins 252 millions de francs. Il n'est pas tenu compte ici du fait que les personnes nécessitant des soins et percevant une rente AVS reçoivent, sous certaines conditions, une allocation pour impotent en plus de leur rente. Or, les coûts de séjour et d'assistance devraient déjà dépasser le montant de l'allocation pour impotent, de sorte que celle-ci n'est pas utilisée pour la participation des patients aux prestations de soins.

Le Conseil des Etats a fixé un pourcentage de 26,9 % pour la contribution cantonale. Ce chiffre incluait les dépenses actuelles des cantons et des communes pour les prestations hospitalières stationnaires ainsi que pour le financement résiduel des prestations de soins, mais pas la prise en charge (partielle) volontaire de la contribution des patients pour les prestations de soins par les cantons et les communes. Avec la décision du Conseil des Etats, cette prise en charge resterait volontaire. Pour calculer le nouveau pourcentage de la contribution cantonale, il faut donc ajouter la contribution maximale possible des patients de 924 millions de francs aux dépenses des cantons et des communes déjà prises en compte. Il en résulte un nouveau pourcentage de 28,6 % pour la contribution cantonale.

L'article 14 de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC ; RS 831.30) oblige les cantons à rembourser aux bénéficiaires de prestations complémentaires annuelles⁴ les frais de maladie et d'invalidité dûment établis de l'année en cours, notamment pour les séjours passagers dans un home ou un hôpital, pour l'aide, les soins et l'assistance à domicile et pour la participation aux coûts de l'AOS.

Étant donné que les cantons prennent aujourd'hui déjà en charge une partie des contributions des patients, qui sont dans un premier temps prises en charge par les assurés et dans un deuxième temps par le biais des prestations complémentaires, les coûts supplémentaires pour les cantons en cas de suppression de la contribution des patients seront inférieurs à 672 millions de francs par an. Pour estimer les coûts supplémentaires réels pour les cantons, il faut déduire les prestations complémentaires actuellement versées pour les prestations de soins.

Coûts supplémentaires pour les cantons en cas de suppression de la contribution des patients aux prestations de soins (en millions de francs)

Contribution maximale possible des assurés aux coûts des prestations de soins selon l'art. 25a, al. 5, LAMal	924
Déduction des contributions des assurés aux prestations de soins déjà prises en charge volontairement par les cantons	-252
Contributions aux coûts des prestations de soins effectivement versées par les assurés	672
Dont supporté indirectement par les cantons via les prestations complémentaires (env. 28 %)	-189
Coûts supplémentaires pour les cantons en cas de suppression des contributions des patients pour les prestations de soins	483

La statistique Coût et financement du système de santé de l'Office fédéral de la statistique (OFS) indique qu'environ 28 % des contributions des patients pour les prestations de soins sont prises

⁴ Ont notamment droit aux prestations complémentaires les personnes qui – entre autres conditions – perçoivent une rente de vieillesse de l'AVS, ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 4 LPC) et disposent d'une fortune nette inférieure à 100 000 francs (personnes seules) ou 200 000 francs (couples) (art. 9a LPC). Le montant des prestations complémentaires annuelles correspond en général à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants (art. 9 LPC). Le remboursement des frais de maladie par les cantons s'ajoute aux prestations complémentaires annuelles.

en charge par les prestations complémentaires et donc, en fin de compte, par les cantons.^{5,6} Cela correspond à 189 millions de francs par an pour les années de référence. Si l'on déduit ce montant des 672 millions de francs mentionnés précédemment, les coûts supplémentaires pour les cantons résultant de la suppression de la contribution des patients sont estimés à 483 millions de francs par an, toujours pour les années de référence 2016 à 2019. Les cantons qui prenaient déjà volontairement en charge une partie des contributions des assurés aux coûts des prestations de soins devront, par rapport aux cantons qui ne prenaient pas en charge les contributions des assurés, supporter moins de coûts supplémentaires.

Les assurés sont déchargés dans la même mesure. L'allègement profite aux personnes nécessitant des soins qui n'ont pas droit aux prestations complémentaires ou qui renoncent à les faire valoir. Ce sont donc en premier lieu les assurés âgés et très âgés disposant de revenus ou d'une fortune moyens ou élevés, et en deuxième lieu leurs héritiers, qui profiteraient d'une suppression de la contribution des patients.

2.2 Contexte financier

Lors de sa décision en septembre 2019, le Conseil national avait fixé le pourcentage de la contribution cantonale sur la base de la période de référence 2012 à 2015. En décembre 2022, le Conseil des Etats s'est basé sur la période de référence 2016 à 2019. Entre la première période de référence et la seconde, la part de financement des cantons pour les prestations ambulatoires et stationnaires (sans les prestations de soins) a diminué de 26,2 à 24,5 %.⁷ L'utilisation de la période de référence 2016 à 2019 au lieu de la période 2012 à 2015 correspond, par rapport au niveau de coûts des années 2016 à 2019, à un allègement de la charge des cantons d'environ 565 millions de francs par an, avec une charge supplémentaire correspondante pour les payeurs de primes.

Pour les prestations de soins, aucun chiffre précis n'est disponible pour les années 2012 à 2015. On pourrait toutefois supposer que le financement résiduel des cantons a évolué de la même manière entre 2012 et 2015 qu'entre 2016 et 2019 : entre 2016 et 2019, la part des cantons dans les prestations de soins (sans contribution des patients, prestations nettes) est passée de 43,0 à

⁵ Pour les séjours en établissement médico-social de plus de trois mois, la Confédération participe certes aussi aux coûts à hauteur de cinq huitièmes, mais seulement jusqu'à concurrence des coûts qui auraient été occasionnés en cas de séjour à domicile (couverture des besoins vitaux). Selon les informations de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), la suppression de la contribution des patients aux prestations de soins n'aurait donc une influence que sur les prestations complémentaires financées par les cantons et non sur celles financées par la Confédération.

⁶ La statistique Coûts et financement du système de santé de l'OFS indique que pendant la période de référence 2016 à 2019, des prestations complémentaires à l'AVS d'un montant de 1686 millions de francs par an ont été versées pour les soins de longue durée (y compris les frais de séjour et d'assistance) en EMS, par des organisations d'aide et de soins à domicile (Spitex) ainsi que par des infirmiers indépendants. Parallèlement, les particuliers et les assurances privées ont versé pour ces mêmes prestations des contributions à hauteur de 4308 millions de francs par an. La part des prestations complémentaires dans les paiements potentiellement privés correspond donc à 28 %. Nous partons du principe que le même pourcentage peut être pris en charge aussi bien pour les prestations LAMal (participation du patient pour les prestations de soins, participation ordinaire aux coûts) que pour les prestations non LAMal (séjour, assistance), car soit une personne a droit aux prestations complémentaires, soit elle n'y a pas droit et, dans le premier cas, elle a droit au remboursement des coûts imputables.

⁷ Le Conseil national avait décidé d'un pourcentage de 25,5 % pour la contribution cantonale. Celui-ci résulte de la statistique Coût et financement du système de santé de l'OFS. Le Conseil des Etats s'était appuyé sur une méthodologie plus différenciée, basée sur la statistique de l'AOS de l'OFSP ainsi que sur les données de la Conférence des directrices et directeurs de la santé (CDS). En utilisant la méthodologie du Conseil des Etats, on obtient pour les années 2012 à 2015 un pourcentage de 26,2 pour la contribution cantonale.

44,9 %. En supposant une augmentation linéaire de la part du financement résiduel également dans les années à partir de 2012, l'utilisation de la période de référence 2016 à 2019 au lieu de la période 2012 à 2015 correspond à une charge supplémentaire des cantons due au financement résiduel des prestations de soins d'environ 130 millions de francs par an, par rapport au niveau des coûts des années 2016 à 2019.

Si l'on considère l'ensemble des prestations, l'utilisation de la période 2016 à 2019 au lieu de la période 2012 à 2015 permet d'alléger la charge des cantons d'environ 435 millions de francs par an,⁸ par rapport au niveau des coûts 2016 à 2019. Cela correspond justement au transfert du financement par l'impôt vers le financement par les primes, qui s'est produit au cours des quatre années. La contribution fédérale pour les assurés résidant à l'étranger allège en outre la charge des cantons de 12 millions de francs par an.⁹ Le report de la période de référence et la nouvelle contribution fédérale permettront donc d'alléger la charge des cantons d'environ 447 millions de francs par an. Ce montant est à mettre en parallèle avec une charge supplémentaire de 483 millions de francs pour les cantons suite à la suppression de la contribution des patients.

Si l'on prend comme base de départ les années 2012 à 2015, comme l'avait initialement décidé le Conseil national, au lieu des années 2016 à 2019 comme l'a fait le Conseil des États, la suppression de la contribution des patients et sa prise en charge par les cantons (pourcentage de la contribution des cantons : 28,6 %) entraînera plus qu'une charge supplémentaire pour les cantons d'environ 36 millions de francs par an.¹⁰

2.3 Conclusion

Pour simplifier, on peut dire que la suppression de la contribution des patients pour les prestations de soins annulerait et surcompenserait légèrement l'allègement du financement par l'impôt intervenu entre les périodes 2012 à 2015 et 2016 à 2019. Les moyens financiers du canton ne profiteraient toutefois pas à tous les payeurs de primes, mais se concentreraient sur les assurés âgés et très âgés nécessitant des soins, dont le revenu ou la fortune sont trop élevés pour bénéficier de prestations complémentaires ou qui renoncent à faire valoir leur droit.

Si la part du financement par l'impôt doit être fixée sur la base de la période 2012 à 2015 au lieu de 2016 à 2019, il serait également possible, avec des conséquences financières comparables pour les cantons, de fixer un pourcentage de 28,0 pour la contribution cantonale.¹¹ La différence entre 28,0 et 28,6 en cas de suppression de la contribution des patients ne correspond pas à une

⁸ Environ 565 millions de francs d'allègement pour les prestations ambulatoires et stationnaires, moins environ 130 millions de francs de charge supplémentaire pour le financement résiduel des prestations de soins.

⁹ Avec le financement uniforme, une nouvelle contribution fédérale est prévue pour les assurés résidant à l'étranger qui n'ont pas de point de rattachement à un canton (essentiellement les bénéficiaires de rentes vivant en Europe). Grâce à cette contribution fédérale, les cantons verront leur charge diminuer d'environ 12 millions de francs par an avec un financement uniforme (voir le rapport de la CSSS-N sur la iv. pa. 09.528 du 5 avril 2019, FF 2019 3411, p. 3444).

¹⁰ Charge supplémentaire de 483 millions de francs due à la suppression de la contribution des patients pour les prestations de soins, moins 447 millions de francs (transfert du financement par l'impôt vers le financement par les primes 2012 à 2015 vs. 2016 à 2019 : 435 millions de francs, contribution fédérale pour les assurés à l'étranger : 12 millions de francs).

¹¹ Pourcentage de la contribution cantonale 28,0 : coûts supplémentaires d'un financement uniforme pour les cantons -12 millions de francs par rapport à la période de référence 2012 à 2015, +423 millions par rapport à la période de référence 2016 à 2019. En comparaison, suppression de la contribution des patients et pourcentage de la contribution cantonale 28,6 : coûts supplémentaires de +36 millions de francs par rapport à la période de référence 2012 à 2015, +471 millions par rapport à la période de référence 2016 à 2019.

participation supplémentaire des cantons,¹² mais provient du fait que le volume des prestations LAMal est élargi en cas de suppression de la contribution des patients, car les coûts respectivement les participations aux coûts qui sont actuellement financés par les prestations complémentaires font désormais partie des dépenses pour les prestations LAMal. Contrairement à la suppression de la contribution des patients, une contribution cantonale de 28 %, avec maintien de la contribution des patients pour les prestations de soins, entraînerait une baisse générale des primes (env. 1,5 % de primes). D'autres parts de financement seraient également envisageables. Chaque augmentation de la contribution cantonale d'un dixième de point de pourcentage correspond à une charge supplémentaire de 38,5 millions de francs pour les cantons, par rapport aux années 2016 à 2019.

3 Conséquences financières d'une prolongation des soins aigus et de transition (SAT) avec prise en charge des frais de séjour par l'AOS

Les conséquences financières d'une prolongation des SAT avec prise en charge des frais de séjour par l'AOS sont plus difficiles à estimer. Elles dépendent tout d'abord de l'ampleur de l'évolution de l'offre et de la demande en SAT impliquée par la nouvelle réglementation. La conception actuelle donne peu d'incitations aux fournisseurs de prestations à fournir des prestations au titre de SAT. L'instrument est donc relativement peu proposé et utilisé. Cela pourrait changer si les frais de séjour étaient également pris en charge.

Deuxièmement, le potentiel d'économies invoqué n'est pas clairement déterminé. Les assurés qui, aujourd'hui, renoncent à des soins plus intensifs mais de relativement courte durée en raison de la charge financière que représentent les frais de séjour, pourraient éventuellement désormais recourir aux SAT et ainsi retourner chez eux à moyen terme. Ainsi, de nouvelles admissions à l'hôpital ou en EMS peuvent éventuellement être évitées ou retardées. Un tel potentiel d'économies ne peut pas être déterminé sur la base de données. En raison des incertitudes, nous présentons donc des scénarios pour les conséquences financières, mais renonçons en même temps à estimer un éventuel potentiel d'économies. S'il existe, cet éventuel potentiel d'économies devrait donc être déduit des coûts supplémentaires établis.

3.1 Scénario « volume actuel des SAT »

Dans un scénario impliquant des conséquences financières minimales, nous partons du principe que le volume des SAT reste le même que jusqu'à présent. Nous partons également du principe qu'aujourd'hui, toutes les prestations de soins médicalement nécessaires sont dispensées aux personnes qui bénéficient de SAT, même après la période actuelle de deux semaines. Celles-ci sont aujourd'hui rémunérées et financées selon les règles du financement des soins ; désormais, les prestations de soins seraient financées de manière uniforme. Dans ce scénario, les coûts supplémentaires pour les prestations LAMal (financées par les assureurs et les cantons) se limitent donc à la prise en charge des frais de séjour pendant la nouvelle durée prolongée des SAT pour le cercle de patients déjà existant. Si les contributions des patients pour les prestations de soins, qui doivent aujourd'hui être payées par les patients à l'issue des deux semaines, sont supprimées et prises en charge par les cantons (voir chiffre 2), la prolongation des SAT n'entraînera pas d'autres coûts supplémentaires sur ce point pour les agents payeurs des prestations LAMal.

¹² Hormis la différence de 48 millions de francs entre les deux variantes, voir note de bas de page **Fehler! Textmarke nicht definiert.** (-12 vs. +36 millions de francs par rapport à 2012 à 2015, respectivement 423 vs. 471 millions de francs par rapport à 2016 à 2019).

La statistique Coûts et financement du système de santé de l'OFS indique que les frais de séjour pour les prestations des SAT se sont élevés en moyenne à 20,4 millions de francs par an pour les années 2016 à 2019¹³. 5,7 millions de francs, soit environ 28 % de ces frais de séjour, ont été pris en charge par les cantons en tant que prestations complémentaires, le reste étant à la charge des patients. Même avec la nouvelle réglementation, les personnes assurées devraient, en cas de SAT, contribuer aux frais de séjour à hauteur de 15 francs par jour, comme c'est le cas aujourd'hui à l'hôpital (pour les assurés ayant droit aux prestations complémentaires, ce montant serait également pris en charge par les prestations complémentaires). Cela représenterait 2,3 millions de francs¹⁴; il resterait 18,2 millions de francs de frais de séjour à prendre en charge par l'AOS, c'est-à-dire les cantons et les payeurs de primes.

Si la durée moyenne des SAT est doublée pour atteindre quatre semaines, ce montant doublerait pour atteindre 36,3 millions de francs, et si la durée maximale des SAT de huit semaines est utilisée dans tous les cas, il quadruplerait pour atteindre 72,7 millions de francs. Les coûts supplémentaires pour les payeurs de primes se situeraient entre 13 et 52 millions de francs par an, selon la durée moyenne des SAT. Comme les cantons prennent déjà en charge environ 28 % des frais de séjour par le biais de prestations complémentaires, les coûts à supporter par les cantons resteraient à peu près les mêmes.

Scénario avec coûts supplémentaires minimaux pour les payeurs de primes et les cantons en cas de prise en charge des frais de séjour des SAT dans le cadre de la LAMal (selon la durée moyenne des SAT, en millions de francs par an)

	2 semaines	4 semaines	6 semaines	8 semaines
Total LAMal (brut, avant PC)	18,2	36,3	54,5	72,7
Payeurs de primes	13,0	25,9	38,9	51,9
Cantons (brut, avant PC)	5,2	10,4	15,6	20,8
Cantons (net, après PC)	0,1	0,3	0,4	0,5

Le calcul est basé sur un pourcentage de 28,6 % pour la contribution des cantons (voir chiffre 2). Avec le pourcentage de 28 % du Conseil des Etats, les coûts supplémentaires seraient légèrement transférés entre les payeurs de primes (charge supplémentaire) et les cantons (allègement).

¹³ La statistique Coûts et financement du système de santé de l'OFS indique pour les années 2016 à 2019 des coûts annuels moyens de 39 millions de francs pour les prestations de soins aigus et de transition. Sur ce montant, 15 millions de francs représentent des paiements par les cantons et les communes, l'AOS ainsi que la participation aux coûts des assurés. Nous partons du principe que ces 15 millions de francs concernent des prestations qui sont déjà comprises aujourd'hui dans le domaine des prestations LAMal. Pour 3 millions de francs, d'autres régimes de financement sont concernés (AVS, AI, AM, AA, etc.). Nous considérons comme frais de séjour les prestations complémentaires ainsi que les paiements des particuliers qui ne sont pas des participations aux coûts des assurances. Ceux-ci représentent 20,4 millions de francs.

¹⁴ Cela repose sur l'hypothèse qu'un séjour actuel en SAT dure en moyenne 14 jours complets et que les frais de séjour s'élèvent à 136 francs par jour. Cela représente implicitement environ 10 700 patients par année qui bénéficient des SAT (20 400 000 / (136*14)). Selon la statistique SOMED de l'OFS, les frais de pension moyens des EMS qui pratiquent les SAT s'élèvent à 136 francs en moyenne pour les années 2017 à 2019. Les calculs ont été basés sur les coûts et non sur les taxes (légèrement plus élevées) des EMS car l'AOS ne peut rémunérer que les coûts de la fourniture de prestations efficiente. Une prise de position de H+ de février 2018 (https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Medien/Medienmitteilungen/2018/180215_AUeP_Positionspapier_fr.pdf) parle de frais de séjour plus élevés (150 à 250 francs par jour), ce qui signifierait des coûts supplémentaires plus élevés.

3.2 Scénario « SAT pour tous les transferts directs de l'hôpital à l'EMS ».

Dans un scénario impliquant des conséquences financières plus importantes, nous partons du principe que le volume des SAT augmente fortement. Comme les frais de séjour sont pris en charge pendant près de deux mois, il serait financièrement intéressant pour tous les assurés qui doivent passer d'un hôpital à un EMS de recourir aux SAT pour les deux premiers mois de séjour en EMS. Dans ce scénario, nous partons du principe que tous les assurés dans cette situation pourraient le faire. Les SAT reviendraient en fait à ce que, pendant les deux premiers mois, le séjour en EMS soit pris en charge par les agents payeurs de la LAMal. Cela ne correspondrait pas à l'esprit même des SAT, qui devraient être une offre pour les patients ayant temporairement besoin d'un suivi accru, de sorte qu'ils puissent idéalement retourner à moyen terme dans l'environnement qui était le leur avant l'hospitalisation (par exemple chez eux ou en établissement médico-social, sans besoin en soins accru par rapport à la situation avant leur hospitalisation).

Cette hypothèse quelque peu irréaliste présente l'avantage qu'un tel scénario peut être facilement calculé à l'aide des données de la statistique médicale de l'OFS. D'une part, les coûts supplémentaires attendus seraient ainsi surestimés. D'autre part, il se peut aussi que pour les personnes qui quittent aujourd'hui l'hôpital pour rentrer chez elles, des SAT stationnaires seraient en fait indiqués, mais qu'elles ne recourent pas à cette offre aujourd'hui pour des raisons de coûts. Dans ce cas, les coûts supplémentaires attendus seraient sous-estimés, de sorte que des coûts supplémentaires encore plus élevés seraient théoriquement envisageables.

Dans ce scénario également, nous partons du principe que toutes les prestations médicalement nécessaires sont déjà effectuées aujourd'hui chez les personnes pour lesquelles les SAT entrent en principe en ligne de compte, indépendamment du fait qu'elles soient facturées sous le titre SAT ou comme prestation ambulatoire « normale ». Une plus grande diffusion des SAT n'entraînerait donc pas de coûts supplémentaires. Si l'on renonce aujourd'hui à des prestations médicalement nécessaires en raison des frais de séjour à la charge des assurés pendant les SAT, le fait que les frais de séjour soient pris en charge impliquerait en revanche une charge supplémentaire pour les agents payeurs en raison de prestations LAMal supplémentaires médicalement indiquées et alors fournies. Parallèlement, il serait également possible qu'il existe un potentiel d'économies si des soins plus intensifs à court terme permettent d'éviter ou de retarder des admissions en EMS et à l'hôpital à moyen terme. Ces deux effets devraient se produire en partie avec la nouvelle réglementation, mais il n'est pas possible de déterminer lequel prévaudra dans la pratique sur la base des données. Comme nous n'avons pas calculé de coûts supplémentaires pour les prestations de soins supplémentaires, nous ne pouvons pas non plus chiffrer le potentiel d'économies.

Scénario coûts supplémentaires plus importants pour les payeurs de primes et les cantons en cas de prise en charge des frais de séjour SAT dans le cadre de l'AOS (selon la durée moyenne des SAT, en millions de francs par an)

	2 semaines	4 semaines	6 semaines	8 semaines
Coûts supplémentaires si tous les assurés qui sont transférés en établissement médico-social après leur hospitalisation ont entre-temps recours aux SAT stationnaires				
Total LAMal (brut, avant PC)	57,4	114,9	172,3	229,8
Payeurs de primes	41,0	82,0	123,0	164,1
Cantons (brut, avant PC)	16,4	32,9	49,3	65,7
Cantons (net, après PC)	0,4	0,8	1,2	1,6
Coûts supplémentaires si tous les assurés qui vivaient à domicile avant le séjour hospitalier et qui entrent ensuite dans un EMS bénéficient de SAT stationnaires avant le transfert en EMS				
Total LAMal (brut, avant PC)	31,7	63,3	95,0	126,6
Payeurs de primes	22,6	45,2	67,8	90,4
Cantons (brut, avant PC)	9,1	18,1	27,2	36,2
Cantons (net, après PC)	0,2	0,4	0,7	0,9

Le calcul est basé sur un pourcentage de 28,6 % pour la contribution des cantons (voir chiffre 2). Avec le pourcentage du Conseil des Etats, les coûts supplémentaires seraient légèrement transférés entre les payeurs de primes (charge supplémentaire) et les cantons (allègement).

En moyenne, entre 2017 et 2019,¹⁵ près de 34 000 patients par an sont entrés directement dans un EMS après un séjour à l'hôpital. Si toutes ces personnes recouraient aux SAT avant d'entrer en EMS, la prise en charge des frais de séjour entraînerait, en fonction de la durée moyenne des SAT, des coûts supplémentaires de 57 à 230 millions de francs par an pour les agents payeurs de la LAMal. Pour les payeurs de primes, il en résulterait des coûts supplémentaires de 41 à 164 millions de francs par an,¹⁶ selon la durée moyenne des SAT. Comme les cantons prennent déjà en charge environ 28 % des frais de séjour par le biais de prestations complémentaires, les coûts à supporter par les cantons resteraient à peu près les mêmes.

Près de 19 000 patients sont entrés à l'hôpital puis dans un établissement médico-social à partir de leur domicile. Si tous ces patients bénéficiaient de SAT, la prise en charge des frais de séjour entraînerait des coûts supplémentaires de 32 à 127 millions de francs pour les agents payeurs de la LAMal, selon la durée moyenne des SAT. Pour les payeurs de primes, les coûts supplémentaires seraient de 23 à 90 millions de francs par an, selon la durée moyenne des SAT. Là encore, les coûts à la charge des cantons resteraient à peu près les mêmes.

¹⁵ Pour 2016, les données disponibles dans la SOMED ne sont pas suffisamment différenciées.

¹⁶ Hypothèse : frais de séjour de 136 francs par jour, voir aussi note de bas de page 14.

3.3 Scénario « Ville de Zurich »

L'étude d'Ecoplan et de Serdaly&Ankers sur les SAT,¹⁷ réalisée sur mandat de l'OFSP, mentionne la ville de Zurich comme exemple d'une commune qui facture déjà aujourd'hui les deux premières semaines de suivi en EMS comme SAT et qui présente une offre bien développée avec des services spécialisés au sein des EMS. La situation actuelle dans la ville de Zurich pourrait donc fournir des informations sur le nombre de patients qui pourraient entrer en ligne de compte pour des SAT réalisés en milieu stationnaire si les frais de séjour étaient pris en charge dans le cadre de la LAMal.

En partant du principe que la nouvelle réglementation crée dans toute la Suisse une offre et une demande correspondant au niveau actuel de la ville de Zurich, les agents payeurs de la LAMal devraient supporter des coûts supplémentaires de 47 à 188 millions de francs par an pour la prise en charge des frais de séjour.¹⁸ Pour les payeurs de primes, les coûts supplémentaires seraient de 34 à 134 millions de francs par an, selon la durée moyenne des SAT.

Une fois de plus, les coûts à supporter par les cantons resteraient à peu près les mêmes si l'on part du principe que toutes les personnes sont déjà prises en charge dans un EMS et que les prestations complémentaires correspondantes sont versées. Par rapport aux scénarios précédents, il faudrait toutefois s'attendre dans ce scénario à ce qu'avec la nouvelle réglementation, les personnes qui rentrent aujourd'hui à leur domicile pour des raisons de coûts bénéficient également de SAT. Il en résulterait donc des coûts supplémentaires pour les cantons.

Scénario modèle de la ville de Zurich, coûts supplémentaires pour les payeurs de primes et les cantons en cas de prise en charge des frais de séjour SAT dans le cadre de la LAMal (selon la durée moyenne des SAT, en millions de francs par an)

	2 semaines	4 semaines	6 semaines	8 semaines
Total LAMal (brut, avant PC)	47,0	94,0	141,0	188,0
Payeurs de primes	33,6	67,1	100,7	134,3
Cantons (brut, avant PC)	13,4	26,9	40,3	53,8
Cantons (net, après PC)	0,3	0,7	1,0	1,3

Le calcul est basé sur un pourcentage de 28,6 % pour la contribution des cantons (voir chiffre 2). Avec le pourcentage du Conseil des Etats de 28 %, les coûts supplémentaires seraient légèrement transférés entre les payeurs de primes (charge supplémentaire) et les cantons (allègement).

¹⁷ Ecoplan et Serdaly&Ankers 2022. Akut- und Übergangspflege. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Rapport en allemand, résumé en français intégré. Publié sous : www.ofsp.admin.ch > L'OFSP > Publications > Rapports de recherche > Assurance-maladie et accidents.

¹⁸ En moyenne, pour les années 2017 à 2019, 1 348 patients par an ont bénéficié des SAT dans la ville de Zurich (pas de données suffisamment différenciées disponibles pour 2016). Nous extrapolons ce chiffre à l'ensemble de la Suisse, proportionnellement à la population résidente, et supposons que la morbidité des deux groupes est comparable. Nous obtenons ainsi 27 759 patients potentiels pour les SAT par an en Suisse. Nous supposons à nouveau des frais de séjour de 136 francs et une contribution des assurés aux frais de séjour de 15 francs par jour (voir note de bas de page 14).

3.4 Conclusion

La charge supplémentaire pour les payeurs de primes en cas de prolongation des SAT et en raison de la prise en charge des frais de séjour dans le cadre de la LAMal dépend fortement de l'impact de la modification sur l'offre et la demande de cet instrument :

- Si le volume des prestations fournies dans le cadre des SAT reste inchangé, les coûts supplémentaires pour les payeurs de primes sont modérés (13 à 52 millions de francs par an, selon la durée moyenne des SAT).
- Si tous les assurés qui, par le passé, passaient directement en EMS après une hospitalisation, bénéficieraient désormais de deux mois de SAT, la prise en charge des frais de séjour entraînerait un surcoût important pour les payeurs de primes (41 à 164 millions de francs par an pour le seul séjour).
- Si l'offre et la demande en SAT se développaient dans toute la Suisse comme elles existent aujourd'hui dans la ville de Zurich, il faudrait s'attendre à des coûts supplémentaires pour les payeurs de primes de 34 à 134 millions de francs par an rien que pour le séjour, toujours en se référant aux années de référence 2016 à 2019. A cela s'ajouteraient des coûts supplémentaires si des prestations supplémentaires étaient fournies par rapport à aujourd'hui.

Les conséquences financières pour les cantons devraient être limitées, car ils prennent déjà en charge une partie des frais de séjour sous la forme de prestations complémentaires. Cette part se situe à un niveau similaire au pourcentage prévu pour la contribution cantonale. Il faudrait s'attendre à d'autres coûts supplémentaires pour les cantons, tout comme pour les payeurs de primes, si, avec la nouvelle réglementation, des personnes qui rentrent aujourd'hui chez elles après un séjour à l'hôpital pour des raisons de coûts, mais pour lesquelles des SAT stationnaires seraient en fait indiqués, recouraient désormais à cette offre. L'éventuel potentiel d'économies résultant de l'admission retardée ou évitée en EMS ou à l'hôpital ainsi que les coûts supplémentaires indirects pour les cantons dus à un besoin supplémentaire en réduction des primes (qui ont augmenté) n'ont pas été pris en compte.

La suppression des frais de séjour actuellement à la charge des assurés permettrait d'alléger la charge des patients qui n'ont pas encore atteint l'âge de l'AVS ou qui, en raison d'un revenu ou d'une fortune trop élevés, n'ont pas droit à des prestations complémentaires ou ne les font pas valoir. Les payeurs de primes dont la prime n'est pas ou que partiellement réduite par la réduction des primes seraient plus fortement mis à contribution.

L'idée de base des SAT est que, dans le contexte des séjours hospitaliers possiblement raccourcis par la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, des soins d'une intensité accrue peuvent être nécessaires pendant une période limitée après un séjour hospitalier. Ces soins doivent être pris en charge en conséquence. En revanche, la prise en charge des frais de séjour en cas de SAT par les agents payeurs de la LAMal ne devrait pas avoir pour conséquence que le séjour en EMS pendant deux mois au maximum soit également pris en charge pour les assurés chez qui des SAT ne sont pas indiqués et qui entrent directement dans un EMS après leur séjour à l'hôpital. Il s'agirait plutôt de créer une offre spéciale pour des groupes de patients spécifiques ayant temporairement besoin d'un suivi accru, afin de leur permettre de retrouver leur autonomie dans la vie quotidienne. La prise en charge des frais de séjour pourrait faciliter la démarche des patients qui, pour des raisons financières, renonçaient jusqu'à présent à un séjour de suivi temporaire et retournaient chez eux. Il pourrait également possiblement en résulter un potentiel d'économies si un suivi effectué à temps dans le cadre des SAT permettait d'éviter ou de retarder des admissions ultérieures en EMS ou de nouvelles hospitalisations.

4 Intégration flexible dans le temps des prestations de soins

En première lecture, la CSSS-N a prévu que l'intégration des prestations de soins, qui doit être fixée par le Conseil fédéral au plus tôt après sept ans, ne pourrait avoir lieu que lorsqu'il existerait pour ces prestations des tarifs répondant aux exigences de la loi, c'est-à-dire reposant notamment sur des bases de coûts et de données uniformes et transparentes, et lorsque l'initiative sur les soins serait entièrement mise en œuvre. Le deuxième critère en particulier ne peut pas être défini avec précision. L'évaluation de la mise en œuvre complète ou non d'une initiative populaire reste une appréciation politique. Le Conseil fédéral disposerait sur ce point d'une grande marge d'appréciation.

Dans son évaluation, l'OFJ émet la crainte qu'une telle disposition transitoire pourrait conduire à des incertitudes juridiques. Certes, une décision du Conseil fédéral de laisser entrer en vigueur l'intégration des prestations de soins n'est pas directement contestable. Mais les acteurs concernés pourraient argumenter devant le tribunal, dans le cadre d'autres questions juridiques sur lesquelles l'intégration des prestations de soins a des répercussions, que le Conseil fédéral n'aurait pas dû la faire entrer en vigueur, car l'initiative populaire n'est pas encore entièrement mise en œuvre. Le tribunal pourrait donc quand même se demander si le Conseil fédéral a agi dans le cadre de son pouvoir d'appréciation. On pourrait citer comme exemple similaire le cas dans lequel le Tribunal fédéral a examiné si le Conseil fédéral était habilité à intervenir dans la structure tarifaire Tarmed, ce à quoi il a répondu par l'affirmative.¹⁹

Pendant la durée d'une éventuelle clarification judiciaire, il ne serait donc pas certain que les prestations de soins aient déjà été intégrées à juste titre dans un financement uniforme. Afin d'éviter cette incertitude, l'OFJ recommande de fixer dans une motion de commission les exigences qui doivent être remplies pour que le Conseil fédéral puisse décider d'intégrer les prestations de soins dans un financement uniforme. Le Conseil fédéral serait ainsi également lié à ces critères. Le Parlement aurait ainsi la possibilité, en classant la motion ou non, d'évaluer politiquement si le Conseil fédéral a eu raison d'agir. Une proposition de formulation de l'administration pour une telle motion ainsi qu'une adaptation correspondante du projet de loi sera envoyé à la CSSS-N en annexe de ce rapport.

S'il est renoncé à une motion de commission, il serait également possible de définir plus précisément le premier critère (existence d'une structure tarifaire approuvée par le Conseil fédéral pour les prestations de soins) et de prévoir, pour le deuxième critère, que le Conseil fédéral doit tenir compte de l'état de mise en œuvre de l'initiative sur les soins lors de sa décision. Une telle proposition de formulation pour une adaptation du projet de loi sera également envoyé à la CSSS-N en annexe de ce rapport.

¹⁹ ATF 144 V 138 consid. 6.4 et 6.5

Annexe : Dépenses pour la contribution des patients

Tableau 1 : Dépenses des assurés et des cantons pour la contribution des patients aux prestations de soins LAMal 2016-2019

	Soins à domicile (Spitex)			Etablissement médico-social			Total soins LAMal		
	Assurés ¹	Cantons ²	Total ³	Assurés ¹	Cantons ²	Total ³	Assurés ¹	Cantons ²	Total ³
ZH	19'431'789	19'560'435	38'992'224	110'180'221	-	110'180'221	129'612'010	19'560'435	149'172'445
BE	16'202'430	25'730'447	41'932'877	98'592'850	-	98'592'850	114'795'279	25'730'447	140'525'726
LU	9'569'192	-	9'569'192	36'134'344	-	36'134'344	45'703'536	-	45'703'536
UR	580'035	-	580'035	3'797'221	-	3'797'221	4'377'256	-	4'377'256
SZ	898'911	1'838'117	2'737'028	12'708'222	-	12'708'222	13'607'133	1'838'117	15'445'250
OW	686'334	-	686'334	3'313'452	-	3'313'452	3'999'786	-	3'999'786
NW	821'776	-	821'776	3'411'499	-	3'411'499	4'233'275	-	4'233'275
GL	270'854	510'333	781'187	3'942'427	-	3'942'427	4'213'281	510'333	4'723'614
ZG	661'013	1'138'734	1'799'746	6'471'595	-	6'471'595	7'132'608	1'138'734	8'271'342
FR	2'376	7'947'638	7'950'013	11'356'418	9'160'097	20'516'515	11'358'794	17'107'735	28'466'528
SO	6'271'071	k. A.	k. A.	19'806'585	-	19'806'585	26'077'655	k. A.	k. A.
BS	2'978'263	2'675'000	5'653'263	22'281'818	-	22'281'818	25'260'081	2'675'000	27'935'081
BL	3'461'230	4'916'695	8'377'925	22'345'362	-	22'345'362	25'806'592	4'916'695	30'723'287
SH	2'089'527	-	2'089'527	8'911'710	-	8'911'710	11'001'238	-	11'001'238
AR	480'054	473'200	953'254	6'753'075	-	6'753'075	7'233'129	473'200	7'706'329
AI	139'027	169'618	308'645	1'092'644	-	1'092'644	1'231'670	169'618	1'401'288
SG	6'193'466	3'892'891	10'086'357	38'893'233	-	38'893'233	45'086'699	3'892'891	48'979'590
GR	1'802'305	2'344'500	4'146'805	17'582'513	-	17'582'513	19'384'817	2'344'500	21'729'317
AG	9'033'937	5'839'319	14'873'256	41'995'459	-	41'995'459	51'029'396	5'839'319	56'868'715
TG	2'421'940	-	2'421'940	21'442'997	-	21'442'997	23'864'936	-	23'864'936
TI	3'780	18'075'310	18'079'089	6'595'261	24'379'253	30'974'514	6'599'041	42'454'563	49'053'603
VD	1'716'820	36'138'565	37'855'385	36'464'587	23'381'272	59'845'858	38'181'406	59'519'837	97'701'243
VS	153	7'772'232	7'772'385	6'873'527	16'895'575	23'769'102	6'873'680	24'667'807	31'541'487
NE	-	8'325'081	8'325'081	16'997'323	-	16'997'323	16'997'323	8'325'081	25'322'404
GE	8'732'285	8'869'662	17'601'946	11'484'604	19'438'712	30'923'315	20'216'888	28'308'373	48'525'262
JU	935'769	2'971'343	3'907'112	5'528'221	-	5'528'221	6'463'990	2'971'343	9'435'333
CH	95'384'332	159'189'119	254'573'451	574'957'164	93'254'908	668'212'072	670'341'496	252'444'027	922'785'523

Remarques: dépenses en francs. Les chiffres représentent la moyenne des années 2016 à 2019.

¹ Contributions effectivement payées par les patients pour les soins LAMal (correspondraient aux coûts supplémentaires du canton, si la participation des patients était supprimée et entièrement prise en charge par le canton). Source: Statistique de l'aide et des soins à domicile de l'OFS, Tableau 15.2, Finances par canton, ainsi que Statistique SOMED.

² Contributions des patients prises en charge par les cantons pour les soins LAMal. Source : Infras 2021, Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung – Grundlagen zur Schätzung der Anteile der Finanzierungsträger der Pflegeleistungen nach KVG, tableau 9, p. 44 (établissement médico-social) et tableau 10, p. 45 (soins à domicile).

³ Somme des contributions théoriques maximales à prendre en charge par les patients si le canton renonce complètement à la prise en charge.