

## **Rapport sur les effets d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires**

**Rapport de l'Office fédéral de la santé publique du 29 octobre 2021 en complément du rapport du Département fédéral de l'intérieur du 30 novembre 2020**

---

### **Table des matières**

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>Introduction</b> .....   | <b>1</b>  |
| <b>2</b> | <b>Neutralité des coûts et conséquences financières pour les cantons et l'AOS</b> .....                       | <b>2</b>  |
| 2.1      | Principe et disponibilité des données .....   | 2         |
| 2.2      | Effets sur les coûts pour les différents cantons .....  | 4         |
| 2.3      | Rôle de la réduction individuelle des primes .....  | 9         |
| <b>3</b> | <b>Intégration des prestations de soins</b> .....   | <b>10</b> |
| 3.1      | Durée du délai transitoire .....  | 10        |
| 3.2      | Domicile déterminant pour la contribution cantonale.....  | 11        |
| <b>4</b> | <b>Possibilités de pilotage des cantons</b> .....   | <b>13</b> |
| <b>5</b> | <b>Organisation tarifaire</b> .....   | <b>15</b> |
| <b>6</b> | <b>Possibilités de contrôle pour les cantons</b> .....  | <b>17</b> |
| 6.1      | Contrôle du lieu de domicile .....  | 17        |
| 6.2      | Contrôle des factures.....  | 18        |
| 6.3      | Besoins des cantons en matière de données .....   | 20        |
| 6.4      | Organisation des flux financiers.....   | 23        |
| <b>7</b> | <b>Potentiel d'économies et incitations pour les fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire</b> ..... | <b>24</b> |
| 7.1      | Potentiel d'économies offert par un financement uniforme.....   | 24        |
| 7.2      | Tarifs dans le domaine ambulatoire .....  | 25        |
|          | <b>Annexe : Possibilités de pilotage des cantons</b> .....  | <b>27</b> |

## 1 Introduction

Lors de la séance de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (CSSS-E) du 20 mai 2021, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a été chargé d'élaborer un rapport qui complète celui du Département fédéral de l'intérieur (DFI) du 30 novembre 2020 et qui approfondit encore certaines questions ouvertes choisies relatives à un financement uniforme.

Ces points comprennent notamment des clarifications concernant la neutralité en termes de coûts et les conséquences financières pour chacun des cantons du point de vue des contribuables et de l'assurance obligatoire des soins (AOS) (ch. 2), les questions concernant l'intégration des prestations de soins (délai transitoire, domicile déterminant, ch. 3), les possibilités de pilotage des cantons pour les fournisseurs de prestations non-médicaux et une vue d'ensemble des possibilités de pilotage dont les cantons disposent déjà ou qui sont prévues, indépendamment d'un financement uniforme, dans le domaine de l'AOS (ch. 4) et les questions concernant les organisations tarifaires pour les prestations ambulatoires et les prestations de soins (ch. 5). Un cinquième bloc de questions concerne les possibilités de contrôle pour les cantons (ch. 6), notamment dans les domaines du contrôle du lieu de domicile et de l'intégration des flux financiers dans l'organisation technique ainsi que du contrôle des factures et de l'accès aux données nécessaires pour la budgétisation et le pilotage. Les solutions possibles concernant le contrôle des factures et l'accès aux données sont encore en discussion avec les acteurs ; le présent rapport de l'OFSP présente le résultat intermédiaire de ces réflexions. Finalement, le potentiel d'économies offert par un financement uniforme et les incitations pour les fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire sont encore discutés (ch. 7). Un projet de loi structuré par blocs thématiques d'un côté et par article de l'autre en vue de la discussion par article se trouve dans un document séparé.

Afin de remplir au mieux le mandat donné par la CSSS-E et de tirer parti du savoir spécialisé disponible, les cantons et d'autres groupes d'acteurs (assureurs, diverses associations du domaine des prestations de soins) ont été associées de manière appropriée. Un document présentant des pistes de solution a été remis le 7 juin 2021 à la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), aux deux organisations faitières d'assureurs Santéuisse et Curafutura, ainsi qu'aux associations Curaviva Suisse, Senesuisse, ASD Suisse, ASPS et ASI, qui ont été invitées à le parcourir et à le commenter. L'Association des communes suisses et l'Union des villes suisses ont également fait parvenir une prise de position. ASI n'a pas pris position. Un échange oral a eu lieu en outre le 18 juin 2021 avec une délégation de la CDS. Les réponses et remarques des organisations consultées ont ensuite été intégrées dans le rapport à l'intention de la CSSS-E.

## **2 Neutralité des coûts et conséquences financières pour les cantons et l'AOS**

### **2.1 Principe et disponibilité des données**

Le passage à un financement uniforme devrait être neutre en termes de coûts pour tous les agents payeurs (assureurs ou payeurs de primes, cantons ou contribuables, et assurés). Les propositions présentées dans le rapport du DFI du 30 novembre 2020 en tiennent compte. La part cantonale de financement proposée<sup>1</sup> dans le rapport du DFI du 30 novembre 2020 a été calculée en vue d'une transition neutre en termes de coûts tant pour l'ensemble des cantons que pour l'ensemble des assureurs, sur la base des chiffres de l'année de référence 2016.

À l'occasion des auditions du 14 avril 2021 devant la CSSS-E, la représentation des cantons a argué que les données de l'année 2016 prises pour référence dans le rapport du 30 novembre 2020 étaient obsolètes. En particulier, le transfert de prestations du domaine stationnaire vers le domaine ambulatoire aurait dans l'intervalle encore progressé, réduisant du même coup la charge supportée par les cantons. L'année 2016 avait été choisie parce que c'était celle qu'avait prise pour référence l'étude sur les parts de financement dans le domaine des prestations de soins, réalisée sur mandat de la CDS. Afin de fonder le calcul de la répartition des coûts sur une base plus large et plus récente, les parts de financement dans le domaine des soins pour les années 2016 à 2019 ont été déterminées dans une autre étude menée sur mandat de l'OFSP.

La CDS demande que les calculs servant à fixer la répartition du financement se basent sur les données disponibles les plus récentes et reflètent les effets des listes pour les interventions qui doivent en règle générale être effectuées exclusivement sous forme ambulatoire (« l'ambulatoire avant le stationnaire ») depuis 2016. Selon la volonté du législateur, la moyenne des années 2016 à 2019 ou seule une partie de ces années pourraient par exemple être choisies pour la détermination de la répartition du financement. Le Conseil national s'est basé sur la moyenne des quatre dernières années pour lesquelles des données sont disponibles dans le projet qu'il a adopté.

Le tableau suivant montre les valeurs déterminées par le rapport d'Infras (2021) sur les parts de financement des cantons et des communes d'un côté et de l'AOS de l'autre pour les prestations selon la LAMal pour les différentes années. La part de financement des cantons et des communes pour toutes les prestations selon la LAMal s'élevait entre 26,8 pourcents (estimation basse) et 27,0 pourcents (estimation haute) des prestations nettes en moyenne pour les années 2016 à 2019.

---

<sup>1</sup> 27,7 % si la contribution cantonale est calculée sur la base des prestations nettes, 24,9 % si elle l'est sur la base des prestations brutes.

**Tableau 1 : Financement des prestations selon la LAMal**

|                          | Prestations brutes<br>[en millions de fr.] | Participation aux coûts<br>[en millions de fr.] | Prestations nettes<br>[en millions de fr.] |
|--------------------------|--|---|--|
| <b>2016</b>              |  |   |  |
| Assureurs (AOS)          | 31'344<br>(75,5 - 75,7 %)                  | 4'297   | 27'047<br>(72,6 - 72,9 %)                  |
| Cantons et communes      | 10'077 - 10'195<br>(24,3 - 24,5 %)         |   | 10'077 - 10'195<br>(27,1 - 27,4 %)         |
| Total                    | 41'421 - 41'539                            |   | 37'124 - 37'242                            |
| <b>2017</b>              |  |   |  |
| Assureurs (AOS)          | 32'315<br>(75,8 - 76,1 %)                  | 4'392   | 27'924<br>(73,1 - 73,3 %)                  |
| Cantons et communes      | 10'169 - 10'295<br>(23,9 - 24,2 %)         |   | 10'169 - 10'295<br>(26,7 - 26,9 %)         |
| Total                    | 42'484 - 42'611                            |   | 38'092 - 38'219                            |
| <b>2018</b>              |  |   |  |
| Assureurs (AOS)          | 32'601<br>(76,0 - 76,2 %)                  | 4'493   | 28'109<br>(73,2 - 73,5 %)                  |
| Cantons et communes      | 10'155 - 10'297<br>(23,8 - 24,0 %)         |   | 10'155 - 10'297<br>(26,5 - 26,8 %)         |
| Total                    | 42'756 - 42'899                            |   | 38'263 - 38'406                            |
| <b>2019</b>              |  |   |  |
| Assureurs (AOS)          | 34'202<br>(75,8 - 76,0 %)                  | 4'658   | 29'544<br>(73,0 - 73,2 %)                  |
| Cantons et communes      | 10'820 - 10'949<br>(24,0 - 24,2 %)         |   | 10'820 - 10'949<br>(26,8 - 27,0 %)         |
| Total                    | 45'023 - 45'151                            |   | 40'365 - 40'494                            |
| <b>Moyenne 2016–2019</b> |  |   |  |
| Assureurs (AOS)          | 32,616<br>(75,8 - 76,0 %)                  | 4'460   | 28'156<br>(73,0 - 73,2 %)                  |
| Cantons et communes      | 10'305 - 10'434<br>(24,0 - 24,2 %)         |   | 10'305 - 10'434<br>(26,8 - 27,0 %)         |
| Total                    | 42'921 - 43'050                            |   | 38'461 - 38'590                            |

## 2.2 Effets sur les coûts pour les différents cantons

Actuellement, les cantons ne participent au financement que pour les prestations stationnaires et sont responsables du financement résiduel des prestations de soins. Les parts respectives des prestations stationnaires et des prestations de soins dans l'ensemble des coûts de l'AOS varient d'un canton à l'autre. Par exemple, le transfert de prestations du domaine stationnaire vers le domaine ambulatoire ne se fait pas partout au même rythme. Ce transfert conduit certes à des coûts plus faibles d'un point de vue global. De plus, il existe des indices selon lesquels il n'augmente pas les coûts à la charge des payeurs de primes<sup>2</sup>. Les coûts à la charge des cantons diminuent grâce au transfert mais bien plus que les coûts à la charge des payeurs de primes. Plus ce transfert vers le domaine ambulatoire, en soi souhaitable, est avancé, plus les cantons ont pu diminuer par le passé leur part de financement par rapport à l'ensemble des prestations, car les coûts des prestations fournies en ambulatoire plutôt qu'en stationnaire ont été jusqu'ici à la seule charge des payeurs de prime. Outre ce transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, l'organisation de la planification hospitalière et l'offre en fournisseurs de prestations ambulatoires par exemple influent dans chaque canton sur la taille relative des domaines ambulatoire et stationnaire.

Si une part minimale cantonale de financement uniforme pour toute la Suisse doit être fixée, tout en garantissant un passage au nouveau système qui soit neutre en termes de coûts pour les assureurs et les cantons, les finances de chacun des cantons, et des payeurs de primes de ces cantons, seront inévitablement chargées davantage ou déchargées, selon que la proportion actuelle des prestations stationnaires et des prestations de soins est plutôt élevée ou plutôt basse. Pour que cette charge supplémentaire ou cette diminution des charges soit supportable pour les finances cantonales ou pour les payeurs de primes, les délais transitoires proposés ont été calculés de façon à ce que l'augmentation de la part de financement n'excède pour aucun canton un point de pour-cent par année.

Les conséquences pour les budgets financiers cantonaux (point de vue des contribuables) d'un côté et pour les payeurs de primes de l'autre sont diamétralement opposées. Là où les cantons ont jusqu'ici contribué relativement peu au financement des coûts de la santé pour l'ensemble des prestations (et ont peut-être continué de réduire cette participation avec le transfert vers le domaine ambulatoire), les payeurs de primes ont dû supporter une charge plus lourde jusqu'alors que si le canton avait participé davantage à ce financement. En cas de fixation d'une part de financement pour l'ensemble de la Suisse pour toutes les prestations, la charge supportée par ces cantons (point de vue des contribuables) augmentera, et celle supportée par les payeurs de primes diminuera dans la même proportion.

Là où la participation des cantons à ce financement a jusqu'ici été relativement élevée (par exemple parce que le transfert de prestations du domaine stationnaire vers le domaine ambulatoire n'a pas encore beaucoup progressé, ou parce que les coûts des prestations ambulatoires sont bas), les payeurs de primes ont bénéficié jusqu'ici de primes plus avantageuses que si l'engagement financier du canton avait été moindre. Avec une part de financement minimale uniforme, ces cantons pourront réduire progressivement leur charge, s'ils le souhaitent. Dans ce cas, les payeurs de primes subiront une hausse des primes.

Si l'on considère globalement contribuables et payeurs de primes, le passage à un financement uniforme sera aussi neutre en termes de coûts dans chaque canton. Une charge financière plus lourde pour le canton et donc pour les contribuables réduit ainsi les coûts pour les assureurs et permet ainsi une baisse des primes. Ces effets externes sont évalués dans le cadre de l'approbation

---

<sup>2</sup> Obsan 2020, Interventions électives à effectuer en ambulatoire : évolution des coûts. [www.obsan.admin.ch](http://www.obsan.admin.ch) > Indicateurs > Système de santé > Secteur stationnaire

des primes, séparément de l'évolution habituelle des coûts. Etant donné que les primes d'un assureur sont approuvées par canton, l'autorité de surveillance peut tenir compte dans son examen des effets cantonaux différents. De manière générale, les primes dans les cantons suivent à long terme l'évolution respective des coûts. Durant la procédure d'approbation, l'OFSP vérifie que les primes présentées couvrent les coûts.

L'OFSP effectue de plus un monitoring des différences cantonales, dont le résultat est publié annuellement dans les comptes d'Etat.<sup>3</sup> La proportion des primes payées en trop ou en insuffisance dans l'ensemble des primes est inférieure à l'objectif d'un pourcent. Les différences entre les résultats actuariels cantonaux se situent donc à un faible niveau. Une élimination complète de telles différences est impossible car les primes sont déterminées de manière prospective sur la base d'estimations des coûts futurs.

La compensation des risques est mise en œuvre séparément pour chaque canton. De 2013 à 2019, les réserves des assureurs-maladie ont fortement augmenté. Le Conseil fédéral considère les réserves comme étant trop hautes et a adopté à cet égard une révision de l'Ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie (OSAMal ; RS 832.121).<sup>4</sup> La révision de l'OSAMal prévoit pour l'assureur une simplification des conditions de réduction volontaire des réserves et s'applique pour l'approbation des primes 2022 par l'OFSP. Durant la période citée ci-dessus, les réserves ont été augmentées surtout en raison des rendements positifs des placements financiers en Suisse des assureurs. Les résultats actuariels cantonaux largement uniformes (primes moins coûts) ont conduit dans une bien moins grande mesure à l'augmentation des réserves. Les chiffres correspondants peuvent être consultés dans les comptes d'exploitation des assureurs.<sup>5</sup>

Il est ainsi garanti qu'une charge financière supplémentaire pour le budget du canton (point de vue des contribuables) aboutit à une baisse équivalente des charges pour les payeurs de primes de ce canton. Ce n'était pas le cas de la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) dans le domaine du financement hospitalier. Il était prévu, dans cette réforme, que lorsqu'un assuré ayant conclu une assurance complémentaire selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA ; RS 221.229.1) reçoit un traitement dans un hôpital répertorié, l'AOS et le canton prennent en charge les coûts des prestations nécessaires conformément au tarif applicable à la division commune de l'hôpital. Dans ces cas, la participation financière du canton ne s'est pas traduite par une baisse des coûts supportés par l'AOS et les payeurs de primes, mais par une baisse pour les assureurs complémentaires.

Comme les contrats d'assurance selon la LCA ne sont pas réglementés de la même manière que l'AOS, il n'était nullement garanti que les allègements dont bénéficieraient les assureurs complémentaires iraient de pair avec des réductions de primes. L'AOS, en revanche, est une assurance sociale, pour laquelle les autorités de surveillance contrôlent que les primes suivent l'évolution des coûts. Les bénéfices réalisés dans le cadre de l'AOS doivent être impérativement affectés aux

---

<sup>3</sup> Comptes d'Etat 2020, Tome 2A, p. 159. [www.efv.admin.ch](http://www.efv.admin.ch) > Rapports financiers > Comptes d'Etat

<sup>4</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-83099.html>

<sup>5</sup> Chiffres les plus actuels : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/reporting/betriebsrechnungenundbilanzen.html>

Archives : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/reporting/archiv.html>

réserves. Par conséquent, une augmentation de la charge financière supportée par les cantons entraîne une réduction équivalente pour les payeurs de primes, et inversement. La garantie de cet objectif ne nécessite pas que la LAMal ou la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSA-Mal ; RS 832.12) soient complétées en ce sens. Pour plus de clarté, les tableaux 1 et 2 ci-dessous viennent compléter et actualiser le tableau 1 du rapport du DFI du 30 novembre 2020 sur la base des nouvelles données disponibles pour les années 2016 à 2019. Le tableau 1 montre les conséquences financières annuelles d'un financement uniforme par rapport au statu quo (avec des coûts par ailleurs inchangés) après la fin de la période de transition, si un financement uniforme avec intégration des prestations de soins est choisi. Le tableau 2 montre la même chose dans le cas où le Parlement se décide pour un financement uniforme sans les prestations de soins. Les effets dynamiques tels que par exemple les réductions de coûts attendues grâce à un financement uniforme par le biais de la promotion des soins coordonnés ne sont donc pas représentés.

Une comparaison avec les adaptations nécessaires dans le cadre de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier montre également que les adaptations, autant en pourcentage qu'en valeur absolue et malgré le niveau clairement plus faible des coûts d'autrefois, étaient plutôt plus importantes que les adaptations dont il est question dans le cadre d'un financement uniforme. Pour ces adaptations, les cantons ont eu six années à disposition.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> La réforme a été introduite en 2012, 2016 fut la dernière année de la phase de transition, cette dernière fut achevée en 2017. La part de financement, estimée dans les documents internes à l'OFSP pour l'année 2004, des différents cantons pour les prestations stationnaires différait de plus de 30 points de pour-cent. En conséquence, les adaptations nécessaires pour atteindre la part de financement minimale (55 pourcents) exigée aujourd'hui des cantons étaient d'une importance considérable. Une comparaison directe et quantitative est difficile en raison des bases de données incertaines.

**Tableau 2 : Estimation des conséquences du passage à un financement uniforme pour chacun des cantons (variante financement uniforme avec les soins)**

| Canton | Part de financement effective du canton 2016–2019 (prestations brutes) | Augmentation / diminution des charges pour le canton par année [en millions de fr.] | Augmentation / diminution des charges pour les payeurs de primes par année [en millions de fr.] | Augmentation / diminution des charges pour les payeurs de primes par assuré et par mois | Effet global (points de vue combinés des contribuables et des payeurs de primes) |
|--------|--|---|---|---|--|
| ZH     | 25,08 %  | – 72,4  | + 72,4  | + 4 fr.   | +/- 0  |
| BE     | 25,50 %  | – 75,2  | + 75,2  | + 6 fr.   | +/- 0  |
| LU     | 25,15 %  | – 18,6  | + 18,6  | + 4 fr.   | +/- 0  |
| UR     | 27,67 %  | – 5,4   | + 5,4   | + 12 fr.  | +/- 0  |
| SZ     | 23,42 %  | + 4,9   | – 4,9   | – 3 fr.   | +/- 0  |
| OW     | 24,60 %  | – 0,8   | + 0,8   | + 2 fr.   | +/- 0  |
| NW     | 24,88 %  | – 1,4   | + 1,4   | + 3 fr.   | +/- 0  |
| GL     | 25,00 %  | – 1,6   | + 1,6   | + 3 fr.   | +/- 0  |
| ZG     | 24,09 %  | + 0,2   | – 0,2   | – 0 fr.   | +/- 0  |
| FR     | 22,28 %  | + 27,0  | – 27,0  | – 7 fr.   | +/- 0  |
| SO     | 24,07 %  | + 0,8   | – 0,8   | – 0 fr.   | +/- 0  |
| BS     | 26,56 %  | – 31,3  | + 31,3  | + 14 fr.  | +/- 0  |
| BL     | 25,00 %  | – 14,6  | + 14,6  | + 4 fr.   | +/- 0  |
| SH     | 25,46 %  | – 5,4   | + 5,4   | + 6 fr.   | +/- 0  |
| AR     | 28,10 %  | – 10,2  | + 10,2  | + 15 fr.  | +/- 0  |
| AI     | 28,61 %  | – 2,8   | + 2,8   | + 14 fr.  | +/- 0  |
| SG     | 25,56 %  | – 33,4  | + 33,4  | + 6 fr.   | +/- 0  |
| GR     | 24,79 %  | – 6,0   | + 6,0   | + 3 fr.   | +/- 0  |
| AG     | 23,50 %  | + 19,6  | – 19,6  | – 2 fr.   | +/- 0  |
| TG     | 25,99 %  | – 23,3  | + 23,3  | + 7 fr.   | +/- 0  |
| TI     | 21,16 %  | + 58,4  | – 58,4  | – 14 fr.  | +/- 0  |
| VD     | 21,02 %  | + 129,9   | – 129,9   | – 14 fr.  | +/- 0  |
| VS     | 23,29 %  | + 13,8  | – 13,8  | – 3 fr.   | +/- 0  |
| NE     | 21,64 %  | + 23,9  | – 23,9  | – 11 fr.  | +/- 0  |
| GE     | 23,09 %  | + 29,6  | – 29,6  | – 5 fr.   | +/- 0  |
| JU     | 25,52 %  | – 5,7   | + 5,7   | + 7 fr.   | +/- 0  |
| Suisse | 24,12 %  | +/- 0   | +/- 0   | +/- 0 fr.   | +/- 0  |

Sources : Statistique de l'AOS (tableaux 2.26 et 7.06), CDS, Infras (2021), calculs de l'OFSP sur la base des chiffres de 2016 à 2019. Cf. Tableaux 20 et 21 du rapport du DFI du 30 novembre 2020 pour le détail des calculs.



**Tableau 3 : Estimation des conséquences du passage à un financement uniforme pour chacun des cantons (variante financement uniforme sans les soins)**

| Canton | Part de financement effective du canton 2016–2019 (prestations brutes) | Augmentation / diminution des charges pour le canton par année [en millions de fr.] | Augmentation / diminution des charges pour les payeurs de primes par année [en millions de fr.] | Augmentation / diminution des charges pour les payeurs de primes par assuré et par mois | Effet global (points de vue combinés des contribuables et des payeurs de primes) |
|--------|--|---|---|---|--|
| ZH     | 21,10 %  | + 37,8  | – 37,8  | – 2 fr.   | +/- 0  |
| BE     | 23,14 %  | – 69,3  | + 69,3  | + 6 fr.   | +/- 0  |
| LU     | 21,59 %  | + 1,2   | – 1,2   | – 0 fr.   | +/- 0  |
| UR     | 24,64 %  | – 3,9   | + 3,9   | + 9 fr.   | +/- 0  |
| SZ     | 22,01 %  | – 2,2   | + 2,2   | + 1 fr.   | +/- 0  |
| OW     | 21,34 %  | + 0,5   | – 0,5   | – 1 fr.   | +/- 0  |
| NW     | 21,74 %  | – 0,1   | + 0,1   | + 0 fr.   | +/- 0  |
| GL     | 23,86 %  | – 3,7   | + 3,7   | + 8 fr.   | +/- 0  |
| ZG     | 21,12 %  | + 2,6   | – 2,6   | – 2 fr.   | +/- 0  |
| FR     | 20,37 %  | + 17,0  | – 17,0  | – 4 fr.   | +/- 0  |
| SO     | 22,59 %  | – 11,6  | + 11,6  | + 4 fr.   | +/- 0  |
| BS     | 24,67 %  | – 34,1  | + 34,1  | + 15 fr.  | +/- 0  |
| BL     | 23,44 %  | – 26,9  | + 26,9  | + 8 fr.   | +/- 0  |
| SH     | 23,11 %  | – 5,2   | + 5,2   | + 5 fr.   | +/- 0  |
| AR     | 25,46 %  | – 8,5   | + 8,5   | + 13 fr.  | +/- 0  |
| AI     | 25,64 %  | – 2,2   | + 2,2   | + 11 fr.  | +/- 0  |
| SG     | 23,96 %  | – 48,0  | + 48,0  | + 8 fr.   | +/- 0  |
| GR     | 22,73 %  | – 8,6   | + 8,6   | + 4 fr.   | +/- 0  |
| AG     | 22,17 %  | – 14,5  | + 14,5  | + 2 fr.   | +/- 0  |
| TG     | 24,06 %  | – 26,9  | + 26,9  | + 8 fr.   | +/- 0  |
| TI     | 20,52 %  | + 19,8  | – 19,8  | – 5 fr.   | +/- 0  |
| VD     | 19,14 %  | + 93,1  | – 93,1  | – 10 fr.  | +/- 0  |
| VS     | 21,55 %  | + 1,8   | – 1,8   | – 0 fr.   | +/- 0  |
| NE     | 19,71 %  | + 16,2  | – 16,2  | – 8 fr.   | +/- 0  |
| GE     | 18,20 %  | + 86,1  | – 86,1  | – 16 fr.  | +/- 0  |
| JU     | 24,59 %  | – 10,5  | + 10,5  | + 12 fr.  | +/- 0  |
| Suisse | 21,67 %  | +/- 0   | +/- 0   | +/- 0 fr.   | +/- 0  |

Sources : Statistique de l'AOS (tableaux 2.26, et 7.06), CDS, Infras (2021), calculs de l'OFSP sur la base des chiffres de 2016 à 2019. Cf. Tableaux 18 et 19 du rapport du DFI du 30 novembre 2020 pour le détail des calculs.

### 2.3 Rôle de la réduction individuelle des primes

Les cantons participent au financement des prestations (prestations stationnaires et prestations de soins, ainsi que prestations ambulatoires avec un financement uniforme). Ils sont aussi tenus d'accorder une réduction de primes aux assurés de condition économique modeste (art. 65 LAMal). La LAMal laisse aux cantons une grande marge de manœuvre dans l'organisation de la réduction des primes. En même temps, le montant des coûts à la charge des payeurs de primes influence le montant des réductions de primes que les cantons doivent accorder.

Si les cantons participent plus fortement au financement des prestations, les payeurs de primes sont déchargés. La diminution des charges pour les payeurs de primes devrait donc conduire à une diminution des charges des cantons dans le cadre de la réduction des primes, si le niveau des réductions de primes accordées par les cantons reste constant par rapport aux coûts de l'AOS. Sous cette hypothèse, une augmentation des primes entraîne donc également une augmentation proportionnelle de la réduction des primes, et inversement. Puisque les conséquences du cofinancement des prestations vont dans le sens opposé des conséquences sur la réduction de primes, l'augmentation ou la diminution des charges pour les finances cantonales sont probablement toujours un peu moins importantes qu'indiqué dans les tableaux 1 et 2.

En réalité, cependant, les cantons jouissent d'une grande marge de manœuvre pour l'organisation de la réduction des primes. La charge totale, réduction des primes comprise, dépend ainsi des décisions des cantons et ne peut pas être prédite. Un renforcement du cofinancement des prestations entraîne une baisse des primes et ainsi une diminution de la réduction individuelle des primes, et inversement. Cela atténue quelque peu les conséquences financières pour chacun des cantons.

Le 23 janvier 2020, le Parti socialiste suisse a déposé une initiative populaire « Maximum 10% du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes) ». Le Conseil fédéral propose de la rejeter. En même temps, il propose une modification de la LAMal comme contre-projet indirect. Il a mené une consultation à ce sujet jusqu'au 4 février 2021. Chaque canton devrait être obligé de mettre à disposition un montant global pour la réduction des primes. Celui-ci devrait au moins correspondre à une part des coûts bruts de l'AOS de ce canton, comme c'est le cas pour le montant que la Confédération verse aux cantons pour la réduction des primes, qui correspond à 7,5 % des coûts bruts de l'AOS (art. 66 LAMal).

Avec la réglementation actuelle, il subsiste la possibilité que les cantons diminuent de manière disproportionnée la réduction de primes en cas d'augmentation du financement des prestations, ou qu'ils n'augmentent pas la réduction des primes en cas de diminution du financement des prestations, mais qu'ils diminuent les impôts par exemple. Avec le contre-projet à l'initiative d'allègement des primes, les cantons seraient obligés d'organiser la réduction des primes de telle sorte que celle-ci corresponde au minimum, dans son ensemble, à une part déterminée des coûts bruts du canton.

### 3 Intégration des prestations de soins

#### 3.1 Durée du délai transitoire

Tant pour le rapport du Conseil fédéral en réponse aux postulats 16.3352 et 19.3002 que pour celui du DFI du 30 novembre 2020, la question de savoir dans quel délai les conditions requises pour l'intégration des prestations de soins dans un financement uniforme pourraient être créées a été étudiée en profondeur. À cet effet, entre autres, une étude a été menée par Polynomics et la Haute école de Lucerne (HSLU),<sup>7</sup> sur mandat de l'OFSP ; la CDS et les organisations des assureurs et des fournisseurs de prestations du domaine des soins ont été associées à son élaboration dans le cadre d'un groupe d'accompagnement.

L'étude de Polynomics / HSLU (2020) parvient à la conclusion qu'une intégration des prestations de soins dans un financement uniforme nécessite de créer la transparence en ce qui concerne les coûts des soins. La réalisation de cet objectif implique plusieurs étapes de travail, que Polynomics / HSLU (2020) subdivisent en mesures immédiatement nécessaires et en mesures pouvant être mises en œuvre ultérieurement. Polynomics / HSLU (2020) évaluent à environ cinq ans le délai nécessaire à la mise en œuvre des mesures immédiatement nécessaires dans le domaine de la transparence des coûts et de la tarification. La période de mise en œuvre pour l'intégration des prestations de soins dépend également de la décision de déterminer les parts de financement sur la base des données actuellement disponibles ou d'attendre qu'un standard défini de transparence en matière de coûts soit atteint. Dans le premier cas, le délai reste de quatre à cinq ans, délai nécessaire pour atteindre la transparence sur les coûts dans les soins.

Le rapport du DFI du 30 novembre 2020, s'appuyant sur les estimations de Polynomics / HSLU (2020), faites après consultation des différentes parties prenantes (notamment les agents payeurs et les fournisseurs de prestations du domaine des soins), proposait un délai transitoire de sept ans après l'adoption de la loi par le Parlement ou son acceptation en votation populaire. La part de financement des cantons peut être déterminée sur la base des données actuellement disponibles, la neutralité des coûts de l'introduction peut être ensuite vérifiée et si besoin, la part de financement peut être ultérieurement légèrement adaptée sur la base de meilleures données. La tarification et la transparence en matière de coûts peuvent également être améliorées après l'intégration.

Polynomics / HSLU (2020) qualifient de grossières les estimations du cadre temporel nécessaire. C'est pourquoi, comme le souhaite la CSSS-E, les principaux acteurs ont été interrogés une fois encore sur leur estimation de la durée nécessaire et appropriée du délai transitoire jusqu'à l'intégration des prestations de soins dans un financement uniforme.

Les associations de fournisseurs de prestations de soins (Curaviva Suisse, Senesuisse, ASD Suisse et ASPS) confirment qu'elles jugent possible une intégration des prestations de soins dans les sept ans qui suivent l'adoption d'une révision de loi par le Parlement ou par le peuple. Pour la CDS, un délai transitoire de sept ans est réaliste. La question se poserait même de savoir si les prestations de soins ne pourraient pas être intégrées d'emblée au cas où le processus législatif prendrait encore davantage de temps. L'Association des communes suisses et l'Union des villes suisses sont elles aussi favorables à une intégration des prestations de soins dans un financement uniforme dans un délai maximal de sept ans. Elles rappellent que, lors de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, la transparence en matière de coûts n'était pas non plus totale.

---

<sup>7</sup> Polynomics/HSLU 2020, Intégration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung, consultable à l'adresse [www.ofsp.admin.ch](http://www.ofsp.admin.ch) > L'OFSP > Publications > Rapports de recherche > Assurance-maladie et accidents (en allemand seulement, avec résumé en français).

Les deux organisations d'assureurs, quant à elles, s'opposent à une intégration des prestations de soins dans un système de financement uniforme. Selon elles, le financement tripartite (AOS, cantons, personnes dépendantes de soins) adopté en 2011 avec le nouveau régime de financement des soins diffère de celui des autres prestations. Pour Santésuisse, la plus-value qu'une intégration des prestations de soins offrirait au système n'est pas visible et une harmonisation des réglementations cantonales actuelles nécessiterait vraisemblablement plusieurs années ; il faut donc abandonner l'idée d'un délai transitoire. Pour Curafutura, on ne pourra prendre une décision concernant l'intégration des prestations de soins qu'une fois les bases nécessaires créées ; il sera possible alors de fixer un délai transitoire mais, pour l'heure, il faut y renoncer.

### **Solution possible**

Une intégration des prestations de soins doit toujours être perçue comme sensée et un délai transitoire de sept ans à compter de l'adoption de la loi par le Parlement ou par le peuple devrait être alors approprié. L'intégration des prestations de soins augmenterait encore le potentiel d'économies offert par un financement uniforme, grâce à la suppression d'autres interfaces et à l'encouragement des soins coordonnés. Une étude externe, indépendante, a abouti à la conclusion que les bases requises (transparence en matière de coûts, tarification) pourraient être créées en l'espace de cinq ans.

### **3.2 Domicile déterminant pour la contribution cantonale**

Avec la réglementation actuelle du financement, il peut arriver que, selon les circonstances, la responsabilité du cofinancement des prestations stationnaires à l'hôpital, déterminé par le domicile au sens du droit civil, et celle du financement résiduel des soins appartiennent à deux cantons différents pour le même assuré.<sup>8</sup> Pour que le financement soit uniforme, il est essentiel que la définition du domicile déterminant pour la contribution cantonale soit la même pour toutes les prestations financées au sens de la LAMal. Si la responsabilité incombait à plusieurs cantons (par exemple une responsabilité différente entre les prestations de soins et les autres prestations selon la LAMal), ceux-ci pourraient être incités à piloter d'une certaine manière le traitement ou la tarification, avec les problèmes de délimitation entre les catégories de prestations que cela entraînerait. C'est précisément ce genre de problèmes, entre autres, qu'un financement uniforme des prestations au sens de la LAMal vise à éviter.

En outre, il est souhaitable que le canton soit tenu de fournir sa contribution aux prestations au sens de la LAMal pour les personnes auprès desquelles il peut également percevoir le substrat fiscal nécessaire. L'assujettissement à l'impôt est également déterminé en général par le domicile au sens du droit civil. Dans certains cas, le domicile fiscal peut toutefois différer du domicile au sens du droit civil, par exemple lorsque le centre effectif des intérêts du contribuable ne correspond pas à son domicile au sens du droit civil. Il s'agit là cependant d'exceptions.

Pour l'attribution de l'obligation de fournir la contribution cantonale aux coûts des prestations au sens de la LAMal, c'est donc le domicile au sens du droit civil qui est au premier plan. La CDS

---

<sup>8</sup> Le cofinancement des prestations stationnaires est toujours du ressort du canton de domicile, au sens du droit civil, auquel la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) renvoie. La compétence du financement résiduel des prestations de soins est régie en revanche par la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC ; RS 831.30), qui en principe se fonde aussi sur le domicile au sens du droit civil, mais qui prévoit comme exception que l'entrée en établissement médico-social (EMS) ne fonde pas un changement de compétence.

est également de l'avis que le domicile au sens du droit civil apporte de la clarté, et cela n'est pas contesté par les associations d'assureurs.

Étant donné que pour l'assujettissement au sens de la loi fédérale sur l'harmonisation des impôts directs des cantons et des communes (LHID ; RS 642.14), le domicile à la fin de la période fiscale est déterminant en cas de changement de domicile à l'intérieur de la Suisse, il serait concevable, sous l'angle de l'équivalence fiscale, de prendre aussi la fin de la période comme date de référence pour la responsabilité de la contribution cantonale. Ainsi, cette contribution serait due, pour toute l'année, par le canton autorisé à percevoir des impôts auprès de la personne concernée pour toute l'année également. Curafutura soutient une telle organisation, SantéSuisse ne s'exprime pas à ce sujet. Le cofinancement actuel des prestations stationnaires par le canton, le rattachement à une région de primes ainsi que la prise en charge des coûts d'un traitement stationnaire électif hors canton se basent cependant sur le domicile actuel<sup>9</sup>. Un jour fixé à la fin de l'année serait ainsi peu propice.<sup>10</sup> Il en résulterait des confusions et des retards lors de la détermination de la responsabilité et des contradictions par rapport aux règles de facturation existantes. Du point de vue de la CDS, le domicile au sens du droit civil au moment du début du traitement (resp. de l'entrée à l'hôpital/en établissement médico-social) devrait être déterminant, afin que la responsabilité cantonale soit claire et prévisible à tout moment.

### **Solution possible**

Il convient de décider quelle définition du domicile doit être utilisée, et à quel moment, pour la responsabilité de la contribution cantonale aux coûts des prestations au sens de la LAMal. Il serait indiqué de se fonder ici sur le domicile au sens du droit civil au moment du traitement (resp. de l'entrée à l'hôpital ou en établissement médico-social), étant donné que celui-ci, dans la plupart des cas, concorde avec l'assujettissement à l'impôt. La définition du domicile ne doit pas être expressément formulée dans la loi, puisqu'elle résulte déjà de la LPGA en relation avec le code civil suisse (CC ; RS 210), mais elle peut être mentionnée dans le commentaire pour plus de clarté.

Cette solution fait approximativement concorder les règles pour l'assujettissement à l'impôt et la contribution cantonale ainsi que pour les régions de primes et les traitements électifs hors canton. De nouveaux problèmes supplémentaires de délimitation lors de traitements électifs hors canton, comme cela pourrait être le cas avec un jour fixé à la fin de l'année, sont évités. Si une concordance avec l'attribution à une région de primes est souhaitée, le premier jour de chaque mois pourrait être fixé comme jour décisif. En cas de déménagement en Suisse, le changement de région de primes se fait seulement à la fin du mois du déménagement.

---

<sup>9</sup> L'attribution à une nouvelle région de primes se fait à la fin du mois où le changement de domicile a eu lieu.

<sup>10</sup> En tout cas lorsque le tarif du fournisseur de prestations n'est en principe pas repris pour les traitements électifs hors canton et tant que l'attribution à une région de primes est basée sur le domicile actuel.

## 4 Possibilités de pilotage des cantons

L'aperçu souhaité par la CSSS-E des possibilités de pilotage existantes et *prévues* se trouve dans le tableau 3 de l'annexe. D'autres mécanismes de pilotage pour les cantons (admission des fournisseurs de prestations du domaine non-médical) ont déjà été proposés dans le rapport du DFI du 30 novembre 2020. Au moment de la rédaction de ce rapport, les cantons ne souhaitaient pas de mécanismes de pilotage supplémentaires, mais ils ont ensuite apporté dans la discussion une compréhension plus large de la compétence de pilotage pour les fournisseurs de prestations non-médicaux.

La CDS, tout en approuvant la proposition du DFI du 30 novembre 2020 concernant le pilotage de l'admission des fournisseurs de prestations non-médicaux, souhaite supprimer la condition d'une évolution des coûts supérieure à la moyenne, afin que les cantons où cette évolution n'est pas forte mais où les coûts sont déjà élevés puissent aussi exercer un tel pilotage. La CDS a également formulé une proposition concrète de réglementation, soit une adaptation de l'article 55b P-LAMal permettant au canton de prévoir, sans condition spécifique, qu'aucune nouvelle admission à pratiquer à la charge de l'AOS ne soit délivrée dans une catégorie donnée de fournisseurs de prestations non-médicaux. Elle justifie cette proposition par le fait que les cantons qui n'enregistrent pas une augmentation notable des coûts, mais où le niveau des coûts est déjà relativement élevé, devraient également disposer d'une possibilité de pilotage de l'admission des fournisseurs de prestations. Une autre solution possible, selon la CDS, serait d'examiner comment les différents contextes (croissance des coûts supérieure à la moyenne resp. persistance d'un niveau de coûts élevé) pourraient être exprimés de façon plus précise dans l'article 55b P-LAMal en tant que conditions d'un pilotage facultatif des admissions.

Pour Santésuisse, l'idée que les cantons où la croissance des coûts n'est pas élevée mais où les coûts sont déjà élevés puissent aussi intervenir dans le pilotage doit en principe être soutenue. Curafutura rejette quant à elle l'adaptation de l'article 55b P-LAMal proposée par la CDS, au motif que celle-ci porterait une grave atteinte à la liberté économique. Le projet relatif à l'admission des fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire médical (art. 55a LAMal) a été adopté à la demande des cantons et en connaissance du projet relatif au financement uniforme. Les mécanismes de pilotage à la disposition des cantons devraient être mis en œuvre sur la base de l'article 55a qui a été adopté ou d'un article 55b P-LAMal formulé de façon analogue. Cela constituerait déjà une extension notable de la compétence de pilotage des cantons.

### Solution possible

L'objectif visant à ce que les cantons puissent participer au pilotage concernant les fournisseurs de prestations non-médicaux non seulement lorsque l'augmentation des coûts est supérieure à la moyenne, mais aussi lorsque le niveau des coûts dépasse la moyenne, est à soutenir. Par contre, une possibilité générale d'en refuser l'admission sans la moindre condition irait trop loin. Il ne faut pas oublier en effet que l'article 55b P-LAMal est réglé dans la section 5 « Mesures extraordinaires de maîtrise des coûts » de la LAMal. Un lien entre cette thématique et le texte de l'article 55b devrait être garanti, ce qui n'est pas le cas avec la nouvelle formulation proposée par la CDS. Le but peut également être atteint avec un complément à l'article 55b P-LAMal qui n'irait pas si loin.

Art. 55b Évolution des coûts des fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. b à g et m

<sup>1</sup> Lorsque, dans un canton, les coûts annuels par assuré des prestations d'une catégorie de fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. b à g et m, augmentent davantage que la moyenne suisse des coûts annuels des prestations de la catégorie de fournisseurs en question ou lorsque les coûts annuels par assuré dans cette catégorie dépassent la moyenne suisse de cette catégorie, le canton peut prévoir qu'aucune nouvelle admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins n'est délivrée dans cette catégorie.

<sup>2</sup> Les cantons désignent les catégories concernées de fournisseurs de prestations conformément à l'al. 1.

## 5 Organisation tarifaire

La CDS, la FMH, Curaviva Suisse, Senesuisse, ASD Suisse et l'ASPS (ainsi que Santéuisse et Curafutura dans le cas d'une intégration ultérieure des prestations de soins) ont exigé expressément pour le domaine des prestations de soins une organisation tarifaire distincte, séparée des prestations ambulatoires. La proposition faite dans le rapport du DFI du 30 novembre 2020 laisse les acteurs concernés libres de prévoir une organisation tarifaire séparée ou commune. Pour plus de clarté, il serait possible de prévoir expressément une organisation tarifaire distincte pour les prestations de soins. La CDS exige de plus que les cantons soient représentés de manière paritaire dans cette organisation.

La CDS, l'Association des communes suisses, l'Union des villes suisses ainsi que les associations des fournisseurs de prestations dans le domaine des soins (Curaviva Suisse, Senesuisse, ASD Suisse et ASPS) se disent d'accord avec deux organisations tarifaires distinctes. La CDS exige encore une représentation paritaire des cantons.

Santéuisse juge superflue la création d'une organisation tarifaire distincte pour les prestations de soins, puisqu'elle s'oppose à leur intégration. Une implication paritaire des cantons (entendue au sens de sur un pied d'égalité) dans l'organisation tarifaire accorderait à ces derniers une influence disproportionnée par rapport à leur part de financement. Si les cantons devaient par la loi tout de même participer à l'avenir à la conception des tarifs ambulatoires en tant qu'agents financeurs minoritaires, ils devraient selon Santéuisse, afin de prévenir des conflits d'intérêts, abandonner en contrepartie leurs compétences d'approbation et de fixation de tarifs.

Curafutura s'oppose à une adaptation de l'article 47a LAMal. L'adjectif « paritaire » (au sens de sur un pied d'égalité) induit selon elle en erreur. Il faudrait au lieu de cela laisser les partenaires tarifaires et les cantons libres de décider comment constituer leurs représentations respectives. Pour Curafutura, les cantons ne sont pas des partenaires tarifaires ; il serait cependant envisageable qu'ils siègent au sein d'une organisation tarifaire pour développer la structure tarifaire, mais ne pourraient pas être partie au dépôt de la demande d'approbation.

### Solution possible

L'article 47a LAMal devrait être complété par rapport à la proposition formulée dans le rapport du 30 novembre 2020. Les ajouts devraient prévoir explicitement une organisation tarifaire distincte pour le domaine des soins, avec représentation équitable des cantons. Le terme « équitable » devrait être si besoin précisé au niveau de l'ordonnance. Toutefois, comme dans la réglementation actuelle concernant l'organisation tarifaire pour le domaine stationnaire, le fait de siéger dans l'organisation chargée d'élaborer les structures tarifaires ne fait pas des cantons des partenaires tarifaires. La demande d'approbation d'une structure tarifaire continuerait d'être présentée par les partenaires tarifaires, autrement dit, par les fournisseurs de prestations et les assureurs. Cela résulte déjà de l'actuel article 46 LAMal. Une mention explicite dans le texte de loi n'est donc pas nécessaire.



Art. 47a Organisation chargée des structures tarifaires pour les traitements médicaux ambulatoires et pour les prestations de soins

<sup>1</sup> Les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs instituent, avec les cantons, une organisation chargée de l'élaboration, du développement, de l'adaptation et de la maintenance des structures tarifaires, d'une part, pour les traitements médicaux ambulatoires ~~ainsi que et, d'autre part~~, pour les prestations de soins qui sont dispensées sous forme ambulatoire ou dans un établissement médico-social. Les fédérations ~~qui y prennent part des fournisseurs de prestations et des assureurs et ainsi que~~ les cantons doivent être représentés de manière équitable équilibrée dans les organes de l'organisation qui sont responsables de la structure tarifaire les concernant.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral peut étendre l'obligation d'instituer une organisation aux fédérations compétentes pour des structures tarifaires qui s'appliquent à d'autres traitements ambulatoires.

<sup>3</sup> Si une telle organisation fait défaut ou si elle ne satisfait pas aux exigences légales, le Conseil fédéral l'institue pour les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs, et pour les cantons.

<sup>4</sup> Si les fédérations des fournisseurs de prestations ~~et~~ celles des assureurs et les cantons ne parviennent pas à s'entendre sur les principes concernant la forme, le fonctionnement et le financement ~~des~~ l'organisations, le Conseil fédéral fixe ces principes, après avoir consulté les organisations intéressées.

<sup>5</sup> Les fournisseurs de prestations sont tenus de communiquer gratuitement ~~à l'~~aux organisations les données nécessaires à l'élaboration, au développement, à l'adaptation et à la maintenance des structures tarifaires ~~pour les traitements ambulatoires~~.

<sup>6</sup> En cas de manquement à l'obligation de communiquer les données prévues à l'al. 5, le DFI peut prononcer, sur proposition de l'organisation, des sanctions à l'encontre des fournisseurs de prestations concernés. Les sanctions sont les suivantes :

- a. l'avertissement ;
- b. une amende de 20 000 francs au plus.

<sup>7</sup> Les structures tarifaires élaborées par les organisations et leurs adaptations sont soumises par les partenaires tarifaires au Conseil fédéral pour approbation.

## 6 Possibilités de contrôle pour les cantons

### 6.1 Contrôle du lieu de domicile

Dans son rapport du 30 novembre 2020, le DFI proposait que le contrôle du lieu de domicile soit le fait des assureurs, vu les nouvelles possibilités que leur offrent, d'une part, la mise en œuvre des motions 18.3765 « Échange moderne de données par voie électronique entre les communes et les assureurs-maladie » et 18.4209 « Domicile, primes d'assurance-maladie et parts cantonales des prestations hospitalières. Moins de bureaucratie, moins d'erreurs » et, d'autre part, le service national des adresses de l'Office fédéral de la statistique (OFS) prévu. Toutefois, il a également été souligné que les réflexions à ce sujet sont encore en cours. Elles ont progressé dans l'intervalle.

Le Conseil fédéral a le mandat de mettre en œuvre les deux motions citées. Ces travaux sont en cours. L'ouverture de la consultation est prévue pour l'automne 2021. Le message à l'intention du Parlement devrait en conséquence être adopté dans le courant du deuxième semestre 2022. L'échange électronique de données entre les cantons et les assureurs devrait leur permettre de se transmettre de manière plus efficace, en particulier, des données relatives au domicile. Les cantons pourront ainsi transmettre leurs propres données relatives au domicile aux assureurs. Les assureurs peuvent ainsi disposer dans ce domaine des mêmes bases de données que les cantons. L'échange de données se fera sous une forme standardisée, comme pour le processus appliqué dans le cadre de la réduction individuelle des primes (art. 65, al. 2, LAMal).<sup>11</sup>

Le service des adresses de l'OFS devrait être opérationnel en 2024. Le 11 décembre 2020, le Conseil fédéral a pris connaissance des résultats de la consultation et chargé le DFI (OFS) d'approfondir l'examen de certains résultats et d'élaborer un message. Celui-ci devrait être adopté début 2022. On ne sait pas encore au juste quelles données concernant les adresses (domicile, fréquence des changements, degré d'actualité) seront disponibles grâce à ce service. Si les données de ce service sont appropriées pour le but du contrôle du lieu de domicile (actuel au jour près), ce service pourrait être un moyen complémentaire d'effectuer ce contrôle. La CDS, se fondant sur les expériences déjà faites avec les registres d'habitants existants, se dit toutefois sceptique quant à la possibilité d'obtenir le degré d'actualité souhaité (au jour près) avec le futur service des adresses de l'OFS. Quoi qu'il en soit, la mise en œuvre des deux motions citées offrira aux cantons la possibilité de transmettre aux assureurs leurs propres données concernant le lieu de domicile.

La CDS relève qu'il faudrait tirer au clair quelles possibilités le canton a de s'opposer à la décision d'examen de l'assureur, s'il ne s'estime pas compétent lui-même. S'en remettre uniquement à l'appréciation de l'assureur quant à l'opportunité ou non d'intervenir en pareil cas ne suffit pas aux yeux de la CDS. Il faudrait définir clairement ce qui se passera si le fournisseur de prestations n'attribue pas les patients au bon canton, ou s'il est impossible de trouver les patients dans le registre (p. ex. nouveau-nés ou assurés arrivés de l'étranger).

### Solution possible

Les bases légales afin que l'assureur dispose de données qualitativement satisfaisantes relatives au domicile de l'assuré devraient être créées prochainement. L'attribution des assurés à un canton pourrait ainsi être en principe le fait des assureurs qui se baseraient sur les données qu'ils peuvent

---

<sup>11</sup> Pour les besoins de la réduction des primes, les cantons et les assureurs peuvent déjà aujourd'hui échanger des données sur les adresses. Cela ne concerne cependant que les assurés qui ont droit à une réduction des primes.

nouvellement recevoir des cantons. Les assureurs peuvent également utiliser cette attribution pour la détermination de la bonne région de primes.

En complément, les cantons devraient avoir la possibilité de contrôler l'affectation des assurés. Pour cela, les assureurs devraient communiquer aux cantons pour quelles personnes ils demandent une contribution, que ce soit pour toute la période ou pour une partie de la période. Il serait sensé d'informer les cantons de manière regroupée par le biais de l'institution commune LAMal (IC LAMal ; cf. aussi ch. 6.4). Les cantons vérifieraient ensuite si les personnes citées étaient domiciliées sur leur territoire durant la période invoquée par l'assureur, et communiqueraient à l'IC LAMal les rectifications éventuelles. L'échange électronique régulier de données possible dans un avenir proche pose les bases afin que les assureurs puissent eux aussi disposer des données à jour des cantons relatives au domicile et que le nombre de rectifications à effectuer ensuite par le canton soit aussi faible que possible. Les cantons conservent le plein contrôle sur les personnes et la période pour lesquelles une contribution est exigée de leur part.

## **6.2 Contrôle des factures**

Avec la réglementation actuelle du financement, il y a double facturation dans le domaine hospitalier stationnaire. Les cantons obtiennent du fournisseur de prestations, pour leur part de financement de 55 %, une facture séparée, qui comprend les mêmes informations que celle envoyée à l'assureur pour les 45 % qui le concernent.

Ces factures permettent aux cantons de vérifier l'admissibilité de la facture et l'exactitude du montant de celle-ci, et de retourner au besoin la facture au fournisseur de prestations. Les factures fournissent en outre aux cantons d'autres informations susceptibles de leur être utiles, par exemple, à des fins de pilotage et de budgétisation (voir aussi ch. 6.3).

Pour les prestations de soins au sens de la LAMal, les assureurs versent une contribution différenciée en fonction du besoin en soins. Dans le cadre de leur responsabilité pour le financement résiduel, les cantons peuvent également régler la facturation concernant celui-ci.

Avec un financement uniforme de toutes les prestations au sens de la LAMal, les cantons participeraient désormais aussi aux prestations ambulatoires. La question se pose de savoir quelles mesures sont nécessaires afin que la participation exigée des cantons aux coûts des prestations selon la LAMal ne couvre que les coûts générés par des prestations efficaces, appropriées et économiques. Le rapport du DFI du 30 novembre 2020 signalait que la recherche de solutions dans ce domaine était encore en cours.

Diverses propositions à cet effet ont été avancées, notamment par les cantons : un éventuel renforcement de la surveillance<sup>12</sup> sur les assureurs, une certification<sup>13</sup> du processus de contrôle des factures, un droit pour les cantons de consulter<sup>14</sup> certaines factures, la poursuite de la facturation duale actuelle<sup>15</sup> dans le domaine stationnaire et son extension au domaine ambulatoire et la création d'un nouvel organe<sup>16</sup> pour un contrôle commun des factures par les cantons et tous les assureurs.

---

<sup>12</sup> Les cantons pourraient présenter au Conseil fédéral respectivement à l'OFSP des propositions en matière d'exigences posées au processus de contrôle des factures, ou de concept de contrôle pour ce processus. Ces exigences ou concept seraient ensuite examinés avec la participation des assureurs également et leur respect serait finalement contrôlé par l'OFSP dans le cadre de la surveillance qu'il exerce sur les assureurs. Les cantons auraient ainsi la possibilité de formuler concrètement les exigences qu'ils souhaitent imposer en matière de contrôle des factures, mais le Conseil fédéral respectivement l'OFSP resteraient compétents pour la décision relative aux exigences et au contrôle du respect de celles-ci, et les assureurs pourraient rester libres d'organiser leur contrôle des factures comme ils l'entendent, pour autant qu'ils respectent, comme aujourd'hui, les exigences minimales relatives à ce processus.

<sup>13</sup> Certification annuelle du processus de contrôle des factures par un des organes de révision désignés par les cantons. Contrairement aux audits, que l'OFSP n'effectue annuellement qu'auprès d'une partie des assureurs, cette solution offrirait la plus-value qu'un organisme indépendant vérifierait et certifierait chaque année auprès de tous les assureurs que leurs processus respectent les exigences définies. Il importerait cependant d'éviter les doublons entre la surveillance exercée par l'OFSP et la certification annuelle par l'organe de révision. Il faudrait également définir précisément le mandat de contrôle (normes minimales, procédure, étendue, rapports, etc.). Pour éviter que les assureurs doivent faire vérifier leur processus de contrôle par 26 organes différents désignés par les cantons, il pourrait également être prévu que les cantons désignent ensemble une sélection d'organes de révision. Une certification du processus de contrôle des factures ne suffit pas à la CDS. Pour elle, il faut garantir aux cantons un droit de contestation vis-à-vis des assureurs, ainsi que la possibilité de contrôles complémentaires des factures et d'analyses à des fins de planification et de pilotage. Les dépenses des cantons doivent être en tout temps compréhensibles. Santésuisse et Curafutura sont de l'avis qu'une certification du processus de contrôle des factures créerait de la bureaucratie inutilement et que l'innovation et la concurrence seraient entravées.

<sup>14</sup> Droit pour les cantons de consulter les factures envoyées aux assureurs. Il faudrait clarifier sous quelles conditions ce droit devrait s'appliquer (par exemple à partir d'un certain montant de la facture), de quelle manière, et quelles seraient les conséquences ou la procédure à suivre si les cantons contestent le montant d'une facture donnée.

<sup>15</sup> Poursuite de l'actuelle facturation duale dans le domaine stationnaire à l'hôpital (combinée avec d'autres variantes dans le domaine ambulatoire), ou extension à l'ambulatoire hospitalier, ou même à l'ensemble des prestations au sens de la LAMal. Avec une facturation duale, les cantons contrôleraient non seulement eux-mêmes le respect des critères d'économicité, d'adéquation et d'efficacité (critères EAE) et des mandats de prestations dans le domaine stationnaire, mais disposeraient en même temps des données pertinentes pour eux pour la budgétisation et le pilotage (voir aussi ch. 6.3). Cette solution ne serait possible qu'en combinaison avec le versement d'une contribution cantonale calculée sur la base des prestations brutes, comme c'est aujourd'hui le cas dans le domaine stationnaire à l'hôpital. Une combinaison avec le versement d'une contribution cantonale calculée sur la base des prestations nettes n'est pas possible. Une extension de la facturation duale au domaine ambulatoire entraînerait, en raison de l'importance du volume des factures dans ce domaine, un surcroît de charges administratives par rapport à aujourd'hui. Il faudrait définir si cette réglementation doit s'appliquer à toutes les prestations ou seulement à une partie d'entre elles, par exemple toujours uniquement au domaine stationnaire à l'hôpital. La CDS se dit favorable à ce que l'on examine ce modèle. Dans le domaine stationnaire, les différents assureurs ne sont nullement, selon elle, en mesure de contrôler le respect du mandat de prestations (entre autres la limitation prescrite du volume des prestations). Santésuisse et Curafutura rejettent une facturation duale car elle conduirait à une charge administrative supplémentaire disproportionnée, qui réduirait à néant le gain d'efficacité visé par EFAS : si le nombre annuel de factures pour le domaine stationnaire est d'environ 1,5 million, il est de quelque 126 millions pour le domaine ambulatoire.

<sup>16</sup> Création d'un nouvel organe de contrôle des factures au sein duquel tous les assureurs et les cantons seraient représentés sur une base paritaire. Cette organisation établirait de concert des critères de vérification permettant un contrôle de toutes les factures qui soit uniforme et susceptible de révision. Une telle organisation aurait cependant pour effet d'uniformiser dans une large mesure la nature et l'intensité du contrôle des factures chez les différents assureurs. Or ce contrôle est, avec l'organisation des modèles d'assurance, l'une des tâches essentielles des assureurs, qui sont en concurrence entre eux. C'est pourquoi l'OFSP estime que les

## **Solution possible**

L'OFSP reste d'avis que le contrôle des factures est une des tâches centrales de chaque assureur et qu'il doit être effectué en premier lieu par ces derniers. Mais il juge en même temps légitime que les cantons aient besoin d'une certaine garantie que la contribution exigée d'eux ne soit utilisée que pour financer des prestations qui remplissent les exigences légales. Les cantons démontrent de plus que certaines tâches de contrôle dans le domaine stationnaire ne peuvent pas du tout être effectuées à l'heure actuelle par les différents assureurs car ils ne disposent pas des informations nécessaires. En revanche, les cantons ont une vue d'ensemble du déroulement des prestations.

Une orientation vers une solution pourrait être que d'un côté, comme esquissé dans le rapport du DFI du 30 novembre 2020, la surveillance exercée par l'OFSP sur le contrôle des factures pourrait être renforcée si des lacunes sont identifiées. Le Conseil fédéral peut, comme il le fait déjà dans le cadre de sa surveillance sur les assureurs, définir des exigences minimales pour le processus du contrôle des factures. Ces exigences pourraient si besoin encore être renforcées par la consultation des cantons et des assureurs. En même temps, il faudrait veiller à ce que l'innovation et la concurrence ne soient pas entravées.

Parallèlement, un droit de contestation pour les cantons pour certaines factures individuelles pourrait être créé, par exemple pour des domaines partiels (p.ex. traitement stationnaire) ou pour les factures dépassant un certain montant. Ce droit de contestation serait à faire valoir dans un court délai afin de garantir une exécution efficace. Le contrôle des factures pour une grande partie des factures ambulatoires serait ainsi effectué uniquement par les assureurs ; les cantons auraient toutefois la possibilité, dans des cas particulièrement importants pour eux, de contrôler le respect des conditions pour une prise en charge des coûts et le cas échéant de refuser l'attribution de la contribution cantonale. Cela pourrait par exemple être le cas si le fournisseur de prestations ne dispose pas d'un mandat de prestations pour la prestation facturée, si un mandat de prestations limité quantitativement est déjà épuisé, si une prestation est en règle générale à effectuer en ambulatoire ou si le fournisseur de prestations facture le mauvais tarif (canton où se situe le fournisseur de prestations vs tarif de référence). Un mécanisme de résolution des conflits devrait être prévu pour les cas où l'assureur n'est pas d'accord avec la contestation du canton. Pour faire valoir un droit de contestation contre des factures individuelles, les cantons ont besoin d'une possibilité de consulter certaines factures, pour laquelle des exigences en matière de droit de protection des données seraient à respecter (cf. à ce propos ch. 6.3).

### **6.3 Besoins des cantons en matière de données**

En plus de la possibilité de contrôler les factures de manière complémentaire, de garantir le respect des mandats de prestations et de refuser la prise en charge des coûts dans des cas particuliers, un des principaux souhaits des cantons est aussi de disposer de données pour piloter les soins de santé et établir leur budget. La question se pose de savoir quelles possibilités existent ou resteraient à créer pour les cantons afin qu'ils obtiennent sans délai les données qui leur sont nécessaires à des fins de pilotage et de budgétisation.

---

réflexions en ce sens ne sont pas appropriées afin de trouver une solution satisfaisante pour un financement uniforme. Les deux organisations d'assureurs partagent cet avis.

La CDS, quant à elle, estime qu'une harmonisation des critères de contrôle entre les assureurs et une participation des cantons à ce processus ne devraient pas être considérées comme tabou.

Les fournisseurs de prestations sont tenus, aujourd'hui déjà, de communiquer gratuitement aux autorités fédérales compétentes les données qui sont nécessaires pour surveiller l'application des dispositions de la LAMal relatives au caractère économique et à la qualité des prestations (art. 59a LAMal). Ils doivent notamment fournir des indications concernant le genre d'activité exercée, l'infrastructure et l'équipement, ainsi que leur forme juridique, l'effectif et la structure de leur personnel, le nombre de places de formation et leur structure, le nombre de patients et la structure de leur effectif (sous une forme anonyme), le genre, l'ampleur et les coûts des prestations fournies, les charges, les produits et le résultat d'exploitation, ainsi que les indicateurs de qualité médicaux.

Les données sont collectées par l'OFS, qui les met à la disposition de l'OFSP et, entre autres, aussi des cantons (art. 59a, al. 3, LAMal). Les fournisseurs de prestations doivent aujourd'hui déjà communiquer des données concernant le genre, l'ampleur et les coûts des prestations fournies. Ces informations se rapprochent de celles que donne la somme des différentes factures. Il ne s'agit cependant pas des données des factures des assureurs, mais de données qui sont relevées sur l'ensemble de l'activité. De plus, la formulation de la disposition de l'article 59a, alinéa 1, lettre d, LAMal est ouverte. Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur la collecte, le traitement, la transmission et la publication des données, dans le respect du principe de proportionnalité (art. 59a, al. 4, LAMal). L'article 30b, alinéa 1, lettre b, de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal, RS 832.102) règle plus précisément la transmission des données aux cantons. Cela permet au Conseil fédéral de répondre aux besoins des cantons en ce qui concerne ces données pour les tâches qu'ils remplissent dans le cadre de la LAMal, et aussi d'adapter au besoin l'étendue des données à communiquer. Cette définition peut donc probablement inclure les données qui sont importantes pour le pilotage et la budgétisation, et celles-ci pourraient être mises à la disposition des cantons. La composante temporelle joue cependant aussi un rôle. Les cantons ont besoin que les données leur soient communiquées aussi vite que possible.

Les assureurs sont également tenus, en vertu de l'article 21 nLAMal<sup>17</sup>, de transmettre régulièrement à l'OFSP les données dont celui-ci a besoin pour accomplir les tâches que lui assigne la LAMal. Ces données doivent être transmises sous forme agrégée. Le Conseil fédéral peut prévoir que les données sont au surplus transmises par assuré si des données agrégées ne sont pas suffisantes pour accomplir les tâches en question et que les données par assuré ne peuvent pas être obtenues autrement. Ces tâches consistent, d'une part, à surveiller l'évolution des coûts par type de prestations et par fournisseur de prestations, et à élaborer les bases de décision pour les mesures visant à maîtriser l'évolution des coûts ; d'autre part, à effectuer une analyse des effets de la loi et de ses dispositions d'exécution, et à préparer les bases de décision en vue d'une révision de la loi et de ses dispositions d'exécution ; enfin, à évaluer la compensation des risques. L'OFSP met les données récoltées à la disposition des fournisseurs de données, des milieux de la recherche et de la science ainsi que du public.

### **Solution possible**

Selon le but concret des données souhaitées par les cantons, des données agrégées sont suffisantes ; des données individuelles (données des factures) sont éventuellement aussi nécessaires parfois, par exemple pour pouvoir contrôler le respect des mandats de prestations.

Une solution envisageable serait de permettre aux cantons de consulter certaines factures là où il est avéré que les données individuelles sont nécessaires, pour autant que cela soit nécessaire pour

---

<sup>17</sup> Loi fédérale du 19 mars 2021 sur la transmission de données des assureurs dans l'assurance obligatoire des soins, FF 2021 664. Le délai référendaire pour cette loi a expiré le 8 juillet 2021 sans avoir été utilisé. Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur.

les cantons pour contrôler par exemple les mandats de prestations dans le domaine stationnaire ou pour autant qu'un intérêt financier conséquent soit en jeu pour les cantons (factures ambulatoires très élevées, par exemple pour des opérations réalisées en ambulatoire). Les assureurs pourraient être obligés de permettre aux cantons de consulter certaines factures. Cela devrait être possible sans coûts excessifs grâce à la facturation sous forme électronique uniquement par les fournisseurs de prestations, prévue dans le cadre du deuxième volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts, et avec l'aide de plateformes d'échanges de données qui permettent aux acteurs choisis d'accéder aux données pour lesquelles l'accès leur est autorisé.

Une alternative serait d'obliger certaines catégories de fournisseurs de prestations à envoyer la facture électronique (toutes, ou celles dépassant un montant donné) non seulement aux assurés (tiers garant) ou aux assureurs (tiers payant), mais aussi aux cantons.

Il resterait à clarifier comment la communication de données aux cantons également pourrait être intégrée dans les normes à élaborer pour la transmission électronique des factures, et la protection des données être garantie. Par rapport à aujourd'hui, la question de savoir comment garantir que la gestion par les cantons de ces données satisfasse aux exigences en matière de protection des données se poserait avec plus d'acuité encore. Pour les assureurs, le Conseil fédéral a édicté des prescriptions concernant le domaine stationnaire en se fondant sur sa compétence en vertu de l'article 42, alinéa 3<sup>bis</sup>, LAMal en relation avec l'article 59a, alinéa 6, de l'OAMal. Les assureurs doivent ainsi gérer un service de réception des données pour les données des factures de type DRG. Des prescriptions spécifiques à l'adresse des cantons font encore défaut à ce jour.<sup>18</sup> Celles-ci devraient être examinées.

La CDS se dit ouverte à tirer au clair l'état des réglementations cantonales en matière de protection des données et à combler les lacunes éventuelles avant l'entrée en vigueur d'un financement uniforme. Il existe çà et là de telles dispositions au niveau cantonal, affirme la CDS. De plus, les cantons disposent aujourd'hui déjà selon elle de processus sûrs et bien rodés de contrôle des factures dans le domaine stationnaire.

Pour les autres besoins en données des cantons pour lesquels des données agrégées suffisent, par exemple pour le volume de prestations par secteur ou par fournisseur de prestations, les assureurs pourraient livrer des données agrégées. Avec les bases légales en vigueur, il est en principe déjà envisageable que les cantons aient accès aux données qui sont importantes pour eux aux fins d'application de la LAMal, que ce soient celles des fournisseurs de prestations ou des assureurs, surtout s'il ne s'agit pas de données individuelles par assuré. Resterait à établir et à optimiser la rapidité et la fréquence de la communication des données ainsi que la garantie de la protection des données. En cas de facturation duale dans le domaine stationnaire, la problématique n'existerait pas, du moins dans ce domaine.

---

<sup>18</sup> De plus, sous l'angle de la protection des données personnelles, il resterait aussi à clarifier si et comment les assurés pourront, dans le système du tiers garant, continuer d'obtenir, s'ils le souhaitent, que personne (ni l'assureur ni le canton) ne puisse consulter la facture relative à un traitement donné (à condition de renoncer à ce que les coûts de ce traitement soient pris en charge par l'AOS). Ce problème pourrait éventuellement être évité si l'obligation éventuelle de transmettre les données liées aux factures concernait les assureurs et non les fournisseurs de prestations.

## **6.4 Organisation des flux financiers**

La question de l'organisation technique des flux financiers peut être considérée indépendamment du contrôle des factures. Le rapport du DFI du 30 novembre 2020 proposait que le déroulement technique des flux financiers et le calcul des contributions cantonales et fédérale dans le cadre d'un financement uniforme soient du ressort de l'IC LAMal, tout en intégrant les cantons dans celle-ci. L'avantage de cette solution consiste dans le fait que cette institution existe déjà et qu'elle dispose de structures appropriées pour la gestion des flux financiers entre assureurs. En revanche, le contrôle des factures ainsi que l'examen de l'exactitude des indications données par chaque assureur concernant les coûts occasionnés pour lesquels ils exigent des contributions (cf. ch. 6.2) ne seraient pas du ressort de l'IC LAMal. Cependant, les assureurs ont continué d'exprimer leur scepticisme à l'idée d'une intégration générale des cantons dans l'IC LAMal, notamment parce que l'IC LAMal est aussi chargée d'autres tâches qui ne concernent que les assureurs. D'un autre côté, la CDS exige, pour des raisons de gouvernance et de transparence, une intégration des cantons dans les commissions qui se chargent de consolider les indications des différents assureurs, de calculer la contribution cantonale ainsi que de l'exiger et de la répartir entre les différents assureurs.

### **Solution possible**

Les cantons souhaitent, pour des raisons d'efficacité, une organisation des flux financiers non pas avec les différents assureurs, mais de manière regroupée par le biais de l'IC LAMal. L'intégration des cantons dans l'IC LAMal ne doit en revanche pas se faire par le biais d'une intégration des cantons dans le conseil de fondation. Une intégration des cantons peut également être atteinte par la formation d'une commission séparée pour l'organisation du financement uniforme au sein de l'IC LAMal. Les cantons participeraient à cette commission de manière équitable. En plus de l'obligation d'organiser les flux financiers par le biais de l'IC LAMal, la loi pourrait prévoir, dans un souci de clarté, que les cantons doivent être intégrés de manière équitable dans l'exécution et la surveillance de ce processus.



## **7 Potentiel d'économies et incitations pour les fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire**

### **7.1 Potentiel d'économies offert par un financement uniforme**

Le potentiel d'économies offert par un financement uniforme faisait déjà partie des thèmes traités dans le rapport du DFI du 30 novembre 2020. Celui-ci parvenait à la conclusion qu'il était difficile de quantifier exactement les économies annuelles qui pourraient être réalisées, mais que l'on pouvait s'attendre à ce que celles-ci soient considérables et se répètent chaque année. Un ordre de grandeur de plusieurs centaines de millions de francs ne serait pas irréaliste. Qu'il soit difficile de faire des estimations sérieuses sur la fourchette précise des économies probables, cela n'a pas changé. Le DFI a donc renoncé à chiffrer précisément une telle fourchette et a mentionné de façon transparente les incertitudes à ce sujet.

Même si une quantification exacte est difficile et que le présent rapport de l'OFSP s'abstient ainsi également d'en tenter une, le potentiel d'économies annuelles offert par un financement uniforme, du point de vue de l'OFSP, est absolument considérable. Un financement uniforme n'est pas qu'une simple déviation des flux financiers, mais élimine une incitation inopportune évidente, qui aboutit aujourd'hui à inciter les agents payeurs à concevoir les tarifs de telle sorte que les décisions de traitements des fournisseurs de prestations résultent d'une distorsion dans l'une ou l'autre direction. L'approbation des tarifs par les autorités de surveillance ne permet actuellement d'agir que de façon insuffisante contre ces incitations inopportunes. Même la publication de listes de prestations à fournir en règle générale de façon ambulatoire doit nécessairement se limiter à des cas particuliers, est relativement lourde et ne saurait remplacer une amélioration globale des incitations sur une large échelle.

Le régime de financement actuel a en outre pour effet que le transfert des prestations du domaine stationnaire vers le domaine ambulatoire, aussi incomplet soit-il, va de pair avec un transfert du financement par les impôts vers un financement par les primes. Cela aboutit à des hausses de primes disproportionnées par rapport à l'évolution globale des coûts.

Les soins coordonnés bénéficieraient énormément d'un financement uniforme. Avec le régime de financement actuel, la coordination entre des secteurs dont le mode de financement diffère n'en vaut souvent pas la peine du point de vue des payeurs de primes et donc des assureurs. Une amélioration et une coordination des traitements ambulatoires, même si elles entraîneraient des coûts importants, permettraient d'éviter des hospitalisations. Or, aujourd'hui, les hospitalisations coûtent relativement peu aux payeurs de primes. C'est pourquoi, dans bien des cas, les investissements faits dans la coordination des prestations ambulatoires ne sont pas payants et conduiraient à des primes plus élevées. Les modèles d'assurance correspondants ne sont aujourd'hui donc pas attractifs pour les assurés, raison pour laquelle les assureurs ne les développent et ne les proposent pas autant que ce serait le cas avec un financement uniforme. Une situation insatisfaisante similaire existe à l'interface entre les prestations de soins et les autres prestations au sens de la LAMal. Une optimisation de la prise en charge ambulatoire permettrait d'éviter ou de retarder des entrées en EMS. Mais comme l'AOS verse une contribution aux coûts des prestations de soins en EMS, alors que les prestations ambulatoires sont entièrement à la charge de l'AOS, les efforts en ce sens ne sont pas attractifs aux yeux des payeurs de primes, qui par conséquent les négligent.

Ce qui est déterminant, du point de vue de l'OFSP, c'est qu'une telle réforme renforce l'efficacité de l'ensemble du système de l'AOS, favorise les soins coordonnés mais aussi stabilise les parts respectives du financement du système de santé par les recettes fiscales et par les primes.

Afin de délimiter malgré tout quantitativement et de manière plus précise le potentiel d'économies, l'OFSP fait mener en ce moment une étude qui doit essayer de déterminer le potentiel d'économies

d'un financement uniforme. Ainsi, les transferts à court terme entre les contribuables et les payeurs de primes dans les différents cantons, qui sont attendus malgré la conception globalement neutre en matière de coûts de la réforme (pour la somme des payeurs de primes et des contribuables dans chaque canton ainsi que pour l'ensemble des payeurs de primes de tous les cantons d'un côté et les finances publiques de tous les cantons de l'autre) peuvent également être mis en relation avec le potentiel d'économies à moyen et long terme du financement uniforme, qui profite à tous les agents payeurs de la même manière. Les résultats sont attendus pour le printemps 2022.

## 7.2 Tarifs dans le domaine ambulatoire

Le 20 mai 2021, l'Administration a été chargée de présenter des propositions sur la manière dont le transfert des prestations du domaine stationnaire vers le domaine ambulatoire pourrait aussi, par des indemnisations couvrant les coûts dans les deux domaines, créer les bonnes incitations pour les fournisseurs de prestations tout en évitant que le financement des hôpitaux soit insuffisant.

Selon la motivation du mandat, le projet relatif au financement uniforme ne supprimerait pas les incitations inopportunes qui existent aujourd'hui pour les fournisseurs de prestations. Alors que, dans le domaine stationnaire, les hôpitaux obtiennent des indemnisations couvrant pratiquement les coûts grâce à des tarifs différenciés et avec la structure tarifaire SwissDRG, qui se fonde sur les coûts moyens effectifs, les tarifs du domaine ambulatoire seraient loin de couvrir les coûts que les hôpitaux supportent dans ce domaine. Lors du passage à un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires, il faudrait donc mettre en place des indemnisations couvrant les coûts pour les hôpitaux. Cela éliminerait du même coup les actuelles incitations économiques inopportunes qui amènent les fournisseurs de prestations à pratiquer les traitements sous forme stationnaire plutôt qu'ambulatoire. Un passage à des indemnisations couvrant les frais dans le domaine ambulatoire ne pourrait toutefois pas respecter le principe de neutralité des coûts en cas de changement de modèle tarifaire, inscrit à l'article 59c OAMal.

La LAMal définit les exigences que doivent satisfaire les tarifs ; mais leur négociation est en principe l'affaire des partenaires tarifaires. La LAMal ne prescrit nulle part que les tarifs doivent couvrir les coûts ; mais ils doivent être structurés de manière appropriée et suivre les règles applicables en économie d'entreprise (art. 43, al. 4, LAMal). Ils doivent aussi permettre des soins appropriés et d'un haut niveau de qualité, mais le plus avantageux possible (art. 43, al. 6, LAMal). Un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaire (art. 59c, al. 1, let. c, OAMal).<sup>19</sup> L'autorité d'approbation (le canton ou le Conseil fédéral, selon le type de convention

---

<sup>19</sup> L'article 59c, alinéa 1, lettre c, OAMal exige qu'un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires. Le principe de neutralité des coûts résulte ici directement du principe d'économicité, qui veut la garantie de soins appropriés et d'un haut niveau de qualité, qui soient le plus avantageux possible. Un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires si la qualité et la quantité des prestations fournies restent plus ou moins les mêmes que dans l'ancien modèle (voir aussi le commentaire sur les modifications de l'OAMal au 1<sup>er</sup> août 2007 et au 1<sup>er</sup> janvier 2008 concernant l'article 59c, alinéa 1, lettre c, OAMal). Cela vaut tant pour le domaine ambulatoire que pour le domaine stationnaire. Autrement dit, une nouvelle structure tarifaire qui couvre plus ou moins la même offre de prestations qu'auparavant ne doit pas aboutir à une hausse des coûts. Les baisses de coûts avérées (résultant par exemple de la réduction des temps d'intervention) doivent être répercutées dans le modèle tarifaire.

Si des augmentations de coûts qui peuvent être prouvées sont inévitables pour l'ensemble de l'AOS (que ce soit, par exemple, en raison d'une meilleure qualité du traitement ou d'une modification des coûts), le principe d'équité exige que ces augmentations soient économiquement supportables dans la perspective du système de l'assurance-maladie sociale dans son ensemble et qu'elles restent donc comprises dans un cadre très limité. À cet égard, le Conseil fédéral a toujours souligné, par exemple dans sa réponse à l'interpellation 15.3182 Weibel « Tarmed. Révision de la structure tarifaire », que la viabilité économique du système dans son

tarifaire) examine si le tarif est conforme à la loi et satisfait aux principes d'équité et d'économicité, et l'approuve si tel est le cas. Une marge de manœuvre considérable est laissée aux partenaires tarifaires pour l'organisation concrète du tarif convenu entre eux.

Un financement uniforme modifiera 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. Un financement uniforme aura donc un effet positif sur les incitations faites aux fournisseurs de prestations sans règles spécifiques en matière de tarif. C'est là une des raisons pour lesquelles un financement uniforme ne consiste pas simplement à rediriger les flux financiers entre les agents payeurs, mais modifie aussi le comportement des fournisseurs de prestations, parce qu'ils seront moins influencés dans leurs décisions de traitement par des distorsions tarifaires. Cependant, un financement uniforme ne peut naturellement pas écarter toutes les incitations inopportunes ; celles résultant de l'interaction avec le domaine des assurances complémentaires demeurent.

En instituant une organisation tarifaire compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures tarifaires dans le domaine stationnaire (art. 49, al. 2, LAMal), les partenaires tarifaires ont créé la base nécessaire pour vérifier régulièrement les tarifs appliqués dans ce domaine et les adapter s'ils ne répondent plus aux exigences légales, comme le veut l'article 59c, alinéa 2, OAMal. L'institution d'une organisation tarifaire similaire pour le domaine ambulatoire médical a été décidée par le Parlement dans le 1<sup>er</sup> volet de mesures visant à maîtriser les coûts. Une telle organisation tarifaire doit garantir pour ce domaine également l'application de structures tarifaires appropriées et adaptées régulièrement.

En résumé, un financement uniforme favorise la conclusion de tarifs appropriés entre fournisseurs de prestations et assureurs, et l'approbation de ceux-ci, grâce à l'élimination d'incitations inopportunes pour les agents payeurs. En combinaison avec l'institution proposée par le Conseil fédéral d'une organisation tarifaire pour le domaine ambulatoire médical également, il crée la base d'une rémunération des prestations qui soit appropriée et respecte le principe d'économicité, que celles-ci soient fournies sous forme ambulatoire ou stationnaire.

---

ensemble devait avoir le pas sur le caractère approprié du tarif sous l'angle de l'économie d'entreprise. Seul un tarif supportable pour l'ensemble du système peut être qualifié d'avantageux.

Les critères décisifs sont donc la structure appropriée du tarif, la conformité aux règles de l'économie d'entreprise ainsi que le principe selon lequel le tarif couvre au plus les coûts de la prestation justifiés de manière transparente et que ces coûts soient nécessaires à la fourniture efficiente des prestations (art. 59c, al. 1, let. a et b OAMal). Les autorités d'approbation vérifient que le tarif dans son ensemble satisfasse à ces exigences. Elles jouissent à cet égard, tout comme les partenaires tarifaires, d'une certaine marge de manœuvre.

## Annexe : Possibilités de pilotage des cantons

**Tableau 4 : Possibilités de pilotage des cantons**

| Domaine / thème  | Compétence cantonale actuelle ou prévue   | Bases légales  |
|--|---|--|
| Obligation d'assurance   | Les cantons veillent au respect de l'obligation d'assurance, informent à ce sujet et attribuent à un assureur les personnes non assurées  | Art. 6 et 6a LAMal   |
| Promotion de la santé  | Les cantons gèrent avec les assureurs une institution consacrée aux mesures de promotion de la santé  | Art. 19 LAMal  |
| Admission des fournisseurs de prestations                        | <p><b>Compétence cantonale principalement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Admission des fournisseurs de prestations ambulatoires</li> <li>- Admission des fournisseurs de prestations stationnaires</li> </ul> <p>Possibilité de réglementer la remise de médicaments par le médecin lui-même (propharmacie)</p> <p>Réglémentée en partie par le Conseil fédéral (conditions d'admission, critères de planification des hôpitaux, des établissements médico-sociaux et des maisons de naissance)</p> | <p>Admission des fournisseurs de prestations ambulatoires : art. 36 ss LAMal<sup>20</sup></p> <p><b>Planification hospitalière, des établissements médico-sociaux et des maisons de naissance :</b><br/><b>art. 39 LAMal</b></p> <p>Propharmacie : art. 40, al. 2, OAMal</p>                         |
| Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des coûts | <p>Autorisation des traitements pour raisons médicales (hors cas d'urgence) dans un hôpital ne figurant pas sur la liste du canton de résidence</p> <p>Indirectement par la fixation d'un tarif de référence pour les traitements dans un hôpital choisi par l'assuré ne figurant pas sur la liste du canton de résidence</p>   | <p>Art. 41 et 41a LAMal</p> <p>Autorisation d'un traitement hospitalier en-dehors de la liste du canton de résidence pour raisons médicales : art. 41, al. 3, LAMal</p> <p>Prescriptions pour la détermination des tarifs de référence prévues dans le 2<sup>e</sup> volet de maîtrise des coûts</p> |
| Tarifs et prix   | <p><b>Compétence cantonale : approbation ou fixation du tarif</b> par le canton si le tarif ne s'applique que sur son territoire (valeur du point, prix de base, forfaits, conventions tarifaires cantonales)</p> <p><i>Examen de la mise en œuvre par les partenaires tarifaires des mesures de pilotage visant à freiner la hausse des coûts inscrites dans les conventions cantonales</i></p>  | <p>Art. 43 à 53 LAMal</p> <p>Approbation des tarifs par les cantons : art. 46, al. 4, LAMal</p> <p>Fixation des tarifs par les cantons : art. 47 LAMal</p> <p><i>Contrôle des mesures de pilotage des partenaires tarifaires:</i><br/><i>art. 47c, al. 6. P-LAMal<sup>21</sup></i></p>               |

<sup>20</sup> Projet 18.047, en vigueur probablement à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022

<sup>21</sup> Message concernant le 1<sup>er</sup> volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts

| Domaine / thème  | Compétence cantonale actuelle ou prévue   | Bases légales  |
|--|---|--|
|  | <p><b>Élaboration de structures tarifaires nationales pour le domaine stationnaire par l'organisation,</b> avec les partenaires tarifaires (<i>proposée aussi pour le domaine ambulatoire et les soins</i>)</p> <p><b>Budget global pour les hôpitaux et les EMS</b></p> <p>Collaboration avec la Confédération pour les comparaisons entre établissements</p> <p>Canton partie aux conventions tarifaires pour les mesures de prévention</p> | <p>Participation à l'organisation tarifaire pour le domaine stationnaire : art. 49, al. 2, LAMal</p> <p><i>Participation à l'organisation tarifaire pour le domaine ambulatoire et pour les soins : art. 47a P-LAMal (proposition du rapport du DFI)</i></p> <p>Budget global pour les hôpitaux et les EMS : art. 51 LAMal</p> <p>Collaboration pour les comparaisons entre établissements : art. 49, al. 8, LAMal</p> <p>Canton partie aux conventions tarifaires : art. 46, al. 1<sup>bis</sup>, LAMal</p> |
| Mesures extraordinaires de maîtrise de l'évolution des coûts | Gel des tarifs et des prix par l'autorité d'approbation compétente, <b>limitation du nombre de médecins</b>   | Art. 54 à 55a LAMal<br>Gel des tarifs et des prix : art. 55 LAMal<br>Limitation du nombre de médecins : art. 55a LAMal <sup>22</sup>   |
| Contrôle du caractère économique et de la qualité            | Les cantons sont représentés au sein de la Commission fédérale pour la qualité (CFQ)  | Art. 56 à 59a LAMal<br>Représentation des cantons au sein de la CFQ : art. 58b LAMal <sup>23</sup>   |
| Participation aux coûts                                      | Les cantons peuvent prévoir, par des dispositions de droit public, des exceptions à l'interdiction de la prise en charge de la participation aux coûts  | Art. 64 LAMal<br>Exceptions à l'interdiction de la prise en charge de la participation aux coûts : art. 64, al. 8, LAMal   |
| Non-paiement des primes et des participations aux coûts      | Traitement des cas en collaboration avec les assureurs  | Art. 64a LAMal   |
| Réduction des primes   | Les cantons accordent une réduction de primes aux assurés de condition économique modeste   | Art. 65 à 66a LAMal  |
| Dispositions en matière de procédure et de voies de droit    | Les cantons désignent un tribunal arbitral pour les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations et fixent la procédure   | Art. 89 LAMal  |

<sup>22</sup> Projet 18.047, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2021

<sup>23</sup> Projet 15.083, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2021