

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

Rapport du Département fédéral de l'intérieur du 30 novembre 2020

Table des matières

Table des tableaux	5
Table des illustrations	6
1 Introduction	7
2 Intégration des soins de longue durée	8
2.1 Travail de base dans le cadre du postulat 19.3002.....	9
2.1.1 Transparence des coûts	9
2.1.2 Détermination des parts de financement	11
2.1.3 Tarification.....	16
2.2 Conséquences financières d'un financement uniforme, avec ou sans intégration des prestations de soins, pour les différents cantons.....	18
2.3 Flux financiers dans un financement uniforme, avec ou sans intégration des prestations de soins, du point de vue de la Confédération, des cantons, des assureurs et des assurés	21
2.4 Adaptations nécessaires au niveau de la loi	25
2.4.1 Intégration des prestations de soins.....	25
2.4.2 Contribution des assurés aux coûts des prestations de soins.....	26
2.4.3 Rémunération des prestations de soins	27
2.4.4 Soins aigus et de transition.....	28
2.4.5 Transparence des coûts	29
2.4.6 Compétence pour la contribution cantonale.....	30
2.4.7 Prise en charge des coûts en cas de séjour en EMS dans un autre canton	30
2.4.8 Période transitoire jusqu'à l'intégration des prestations de soins	31
2.4.9 Résumé des adaptations nécessaires et proposition du DFI.....	32

3	Mécanismes de pilotage pour les cantons	34
3.1	Situation initiale	34
3.2	Réglementation de l'admission des fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire.....	35
3.3	Autres outils de pilotage.....	36
3.3.1	Liberté de contracter et tarifs différenciés	36
3.3.2	Objectif de maîtrise des coûts	37
3.3.3	Motion 20.3914 de la CSSS-N « Gestion de l'admission des psychologues pratiquant la psychothérapie »	37
3.4	Conclusion et proposition du DFI.....	37
4	Calcul de la contribution cantonale : coûts bruts ou coûts nets ?	39
4.1	Les cantons financent une part des prestations nettes des assureurs, les assurés participent à l'intégralité des coûts (option 1)	39
4.2	Les cantons financent une part de l'intégralité des coûts, les assurés participent à l'intégralité des coûts (option 2a).....	43
4.3	Les cantons financent une part de l'intégralité des coûts, les assurés participent aux coûts après déduction de la part cantonale de financement (option 2b).....	45
4.4	Vue d'ensemble des trois options et proposition du DFI.....	48
4.5	Fixation du pourcentage de la contribution cantonale	49
4.5.1	Option 1 : répartition du financement inscrite dans la loi pour la première phase, mandat d'élaborer une répartition du financement pour la deuxième phase	50
4.5.2	Option 2 : inscription dans la loi des répartitions du financement pour les deux phases	51
4.5.3	Option 3 : inscription dans la loi des répartitions du financement pour les deux phases, y compris mandat de vérification	51
4.5.4	Proposition du DFI.....	52
5	Répartition de la contribution cantonale entre les assureurs	53
5.1	Répartition proportionnelle aux coûts générés ou aux coûts attendus (risques) ?	53
5.2	Proposition de formulation ouverte dans la loi avec possibilité de cofinancement des coûts élevés	54
5.3	Appréciation juridique de la proposition de formulation ouverte dans la loi avec possibilité de cofinancement des coûts élevés	56
5.4	Proposition du DFI.....	57
6	Organisation tarifaire	58
6.1	Intégration des cantons dans l'organisation tarifaire	58
6.2	Organisation tarifaire dans le domaine hospitalier (stationnaire)	58
6.3	Organisation tarifaire dans le domaine ambulatoire	58

6.4	Proposition du DFI : formulation de l’art. 47a P-LAMal (organisation tarifaire avec participation des cantons)	59
7	Déroulement technique du modèle de financement	60
7.1	Projet du Conseil national	60
7.2	Questions ouvertes sur le déroulement technique	61
7.2.1	Données requises.....	61
7.2.2	Paiements par acomptes	61
7.2.3	Organisme de paiement.....	62
7.3	Proposition du DFI.....	63
8	Contrôle des factures et du lieu de domicile	65
8.1	Situation actuelle.....	65
8.2	Contrôle des factures.....	66
8.3	Contrôle du lieu de domicile	70
8.4	Conclusion et proposition du DFI.....	71
9	La question des hôpitaux conventionnés	72
9.1	Problématique	72
9.2	Volume des coûts des hôpitaux conventionnés.....	73
9.3	Solutions possibles et proposition du DFI	74
10	Potentiel de maîtrise des coûts et conséquences financières	76
10.1	Contexte	76
10.2	Ambulatoire avant stationnaire	76
10.3	Modèles de soins coordonnés.....	77
10.4	Conclusion	78
11	Conséquences pour les soins coordonnés	79
11.1	Contexte	79
11.2	Conséquences de l’introduction du financement uniforme sur la coordination des soins	79
11.3	Conclusion	81
12	Conséquences possibles de la pandémie de Covid-19	82
13	Résumé et projet de réglementation	84
13.1	Résumé des propositions du DFI	84
13.2	Proposition : compléments au projet de loi du Conseil national.....	87
13.3	Commentaire des dispositions.....	92

14	Bibliographie	98
	Annexe : Calcul de la répartition du financement et tableaux des flux financiers	100
	Annexe 1 : Tableaux pour le calcul de la répartition du financement.....	100
	Annexe 2 : Flux financiers des prestations de la LAMal en 2016 et 2030 dans le statu quo..... et en cas de financement uniforme.....	118

Table des tableaux

Tableau 1 : Estimation des conséquences du passage à un financement uniforme, avec ou sans intégration des prestations de soins, pour les différents cantons	20
Tableau 2 : Estimation de l'évolution annuelle des dépenses 2016-2030, en francs	24
Tableau 3 : Vue d'ensemble des adaptations législatives requises	33
Tableau 4 : Rentabilité par échelon de franchise	41
Tableau 5 : Vue d'ensemble des trois options.....	48
Tableau 6 : Options possibles pour fixer la répartition du financement	50
Tableau 7 : Dépenses de l'AOS pour l'ensemble des prestations LAMal	100
Tableau 8 : Dépenses de l'AOS pour les prestations stationnaires LAMal	101
Tableau 9 : Dépenses de l'AOS pour les soins au sens de la LAMal	102
Tableau 10 : Dépenses de l'AOS pour les autres prestations au sens de la LAMal..... (prestations ambulatoires)	103
Tableau 11 : Parts de financement des cantons pour les prestations stationnaires LAMal....	104
Tableau 12 : Dépenses des cantons pour les prestations stationnaires LAMal	105
Tableau 13 : Dépenses hypothétiques de l'AOS et des cantons pour les prestations stationnaires LAMal	106
Tableau 14 : Répartition du financement de l'AOS et des cantons en cas de financement..... uniforme des prestations LAMal ambulatoires et stationnaires (soins exclus) .	107
Tableau 15 : Financement des prestations de soins au sens de la LAMal par l'AOS, les personnes dépendant de soins et les cantons (communes incluses)	109
Tableau 16 : Répartition du financement de l'AOS et des cantons en cas de financement..... uniforme des prestations LAMal ambulatoires et stationnaires (soins inclus, sur la base des prestations brutes)	110
Tableau 17 : Répartition du financement de l'AOS et des cantons en cas de financement..... uniforme des prestations LAMal ambulatoires et stationnaires	112
(soins inclus, sur la base des prestations nettes).....	112
Tableau 18 : Dépenses de l'AOS pour les prestations LAMal (soins exclus)	114
Tableau 19 : Dépenses en plus ou en moins pour les cantons en cas de financement uniforme, soins exclus	115
Tableau 20 : Dépenses de l'AOS pour les prestations LAMal (soins inclus)	116
Tableau 21 : Dépenses en plus ou en moins pour les cantons en cas de financement uniforme, soins inclus.....	117

Table des illustrations

Figure 1 : Concept d'implémentation du programme de gestion nationale des données..... (NaDB)	69
Figure 2 : Flux financiers lors d'un financement inchangé des prestations LAMal (statu quo, 2016).....	119
Figure 3 : Flux financiers lors d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires en sens de la LAMal (sans soins, 2016).....	119
Figure 4 : Flux financiers lors d'un financement uniforme de toutes les prestations en sens de la LAMal (avec soins, 2016).....	120
Figure 5 : Flux financiers lors d'un financement inchangé des prestations LAMal (statu quo, 2030).....	120
Figure 6 : Flux financiers lors d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires en sens de la LAMal (sans soins, 2030).....	121
Figure 7 : Flux financiers lors d'un financement uniforme de toutes les prestations en sens de la LAMal (avec soins, 2030).....	121
Figure 8 : Flux financiers lors d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires en sens de la LAMal (sans soins, potentiel d'économies hypothétique, 2030).....	122
Figure 9 : Flux financiers lors d'un financement uniforme de toutes les prestations en sens de la LAMal (avec soins, potentiel d'économies hypothétique, 2030)	122

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 11 février 2020, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a été chargé d'élaborer un rapport qui apporte des clarifications à différentes questions ouvertes relatives au financement uniforme des prestations.

Ces questions comprennent notamment l'intégration des soins de longue durée dans un financement uniforme et l'évolution des flux financiers dans les différentes options (ch. 2), les possibilités de pilotage dont disposent les cantons (ch. 3), le calcul de la contribution cantonale (ch. 4) et la répartition de cette contribution entre les assureurs (ch. 5), l'organisation tarifaire (ch. 6), le déroulement technique du modèle de financement (ch. 7) et le contrôle des factures et du lieu de domicile des assurés (ch. 8), la question des hôpitaux conventionnés (ch. 9), le potentiel d'une maîtrise des coûts (ch. 10) et les soins coordonnés (ch. 11). Le 25 mai 2020, la CSSS-E a de surcroît chargé l'administration de discuter des conséquences possibles de la pandémie de Covid-19 sur le financement uniforme des prestations (ch. 12).

Le mandat de la CSSS-E demande aussi d'associer les cantons à la réflexion de manière appropriée. À cet effet, et pour exploiter l'expertise disponible, une liste de questions sur différents sujets a été soumise le 22 avril 2020 à la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) ainsi qu'aux deux organisations faîtières d'assureurs, santésuisse et curafutura. Il leur était notamment demandé d'esquisser et d'évaluer des solutions selon eux envisageables pour les points suivants : les possibilités de pilotage accordées aux cantons dans le domaine ambulatoire, l'inclusion des cantons dans une organisation tarifaire pour l'ambulatoire, la mise en œuvre technique des flux de données et des flux financiers, ainsi que la méthode à suivre pour le contrôle des factures. Le 8 juin 2020, les réponses obtenues des organisations sollicitées ont été remises pour information aux autres organisations, et les différentes conceptions ont ensuite fait l'objet d'une discussion le 3 juillet 2020, lors d'une rencontre de travail commune. La partie du présent rapport sur l'intégration des soins de longue durée (ch. 2) s'appuie pour l'essentiel sur les résultats d'une étude externe de Polynomics et de la Haute école de Lucerne (HSLU) (Polynomics / HSLU 2020), rédigée dans le contexte du rapport du Conseil fédéral en réponse aux postulats 16.3352 et 19.3002, et à l'élaboration de laquelle la CDS et les fédérations d'assureurs et de fournisseurs de prestations du domaine des soins ont été associées dans le cadre d'un groupe d'accompagnement. En raison de la forte charge de travail qui pèse en particulier sur les cantons à cause de la pandémie de Covid-19, la CSSS-E a décidé, lors de sa séance du 25 mai 2020, de reporter le délai de remise du présent rapport du 1^{er} octobre au 30 novembre 2020, afin de garantir la participation des cantons, en dépit des circonstances.

2 Intégration des soins de longue durée

Adopté le 26 septembre 2019 par le Conseil national, le projet en faveur d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires exclut de son champ d'application les soins en cas de maladie visés à l'art. 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) qui sont dispensés sous forme ambulatoire ou en établissement médico-social (EMS) (ci-après : prestations de soins au sens de la LAMal). Il prévoit que, pour ces prestations, l'assurance obligatoire des soins (AOS) continuera de verser des contributions, complétées par une contribution limitée des assurés, et le financement résiduel incombera toujours aux cantons.

Toutefois, les cantons demandent l'intégration des prestations de soins dans un financement uniforme. Ils soulignent qu'avec le système actuel, les charges qu'ils assument dans le domaine des prestations de soins augmentent plus fortement que celles que supportent l'AOS et les patients. Pour que les parts de financement des cantons et de l'AOS restent constantes pour toutes les prestations selon la LAMal, il faudrait un financement uniforme de toutes les prestations. En outre, les avantages escomptés d'un tel financement seraient maximisés si les incitations inopportunes étaient éliminées à toutes les interfaces où, actuellement, les formes de financement diffèrent. Si l'uniformisation du financement portait uniquement sur les prestations ambulatoires et stationnaires, des incitations inopportunes subsisteraient entre les prestations de soins dispensées dans le domaine ambulatoire et en EMS, d'une part, et les autres prestations selon la LAMal, d'autre part, incitations similaires à celles qui existent à l'interface des domaines ambulatoire et stationnaire, et qui peuvent nuire aux efforts de réduction des coûts. Par exemple, des mesures de soins pourraient éviter des séjours à l'hôpital, et vice versa. Cependant, à cause de la différence de régime de financement, les économies réalisées dans un domaine de prestations risquent de ne pas bénéficier aux agents payeurs (cantons ou AOS) qui auront supporté les coûts nécessités pour cela dans un autre domaine. Cela a des conséquences sur la tarification, et partant aussi sur le comportement des fournisseurs de prestations et sur les réductions de primes prévues par les formes particulières d'assurance, telles que les soins coordonnés. Un financement uniforme permettrait à tous les acteurs d'avoir le même intérêt à réaliser des économies. D'autres acteurs, à savoir les organisations de fournisseurs de prestations dans le domaine des soins, ont aussi relevé lors de la consultation sur l'avant-projet de modification de la LAMal en rapport avec le financement uniforme des prestations dans les domaines ambulatoire et stationnaire, réalisée entre mai et septembre 2018, qu'elles seraient favorables, dans un deuxième temps, à l'intégration des prestations de soins dans le financement uniforme.

C'est pourquoi, dans son avis du 14 août 2019 sur le projet du Conseil national du 5 avril 2019, ainsi que dans ceux portant sur le postulat 19.3002 de la CSSS-N « Soins et financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires » et sur la motion 19.3970 de la CSSS-N « Prise en considération des soins de longue durée dans un financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières », le Conseil fédéral s'est également prononcé en faveur d'une intégration des prestations de soins ambulatoires et en EMS dans le financement uniforme, pour autant que les conditions nécessaires soient réalisées, en particulier la transparence des coûts. Le postulat 19.3002 de la CSSS-N charge le Conseil fédéral de préciser si et comment ces conditions peuvent être remplies. Le rapport y relatif a été adopté par le Conseil fédéral le 25 novembre 2020 et recommande également une intégration des prestations de soins dans un financement uniforme. Les bases nécessaires pourraient être créées dans un délai transitoire d'un peu plus de cinq ans. Par contre, la motion 19.3970 de la CSSS-N a été rejetée par le Conseil national le 10 décembre 2019.

Les pages qui suivent présentent en premier lieu les travaux de base effectués dans le cadre du postulat 19.3002 (ch. 2.1), avant d'examiner les conséquences financières pour les différents cantons (ch. 2.2) et les flux financiers attendus pour les cantons, la Confédération, les assureurs

et les assurés en cas d'intégration des prestations de soins dans un financement uniforme, comparé à un financement uniforme excluant les prestations de soins et au maintien du statu quo (ch. 2.3). Le ch. 2.4 présente les adaptations légales envisageables dans l'hypothèse de l'intégration des prestations de soins dans un financement uniforme.

2.1 Travail de base dans le cadre du postulat 19.3002

Afin que les prestations de soins puissent être entièrement ou partiellement intégrées dans un financement uniforme, les bases nécessaires doivent être présentes, et notamment une transparence sur l'ensemble des coûts pertinents des prestations de soins au sens de la LAMal. Pour y parvenir, il est indispensable d'améliorer la qualité de la comptabilité analytique et des données sur les coûts, en particulier dans le domaine ambulatoire, afin de pouvoir déterminer de manière plus fiable le coût total des prestations de soins au sens de la LAMal, et par conséquent les parts de financement. En outre, il faut trouver une nouvelle solution pour la tarification des prestations de soins, puisque les cantons ne seront plus responsables du financement résiduel.

Dans le cadre du traitement des postulats de la CSSS-N 16.3352 « Financement à parts égales de l'augmentation des coûts des prestations de soins par tous les agents payeurs » et 19.3002 « Soins et financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires », l'OFSP a attribué un mandat externe pour clarifier les questions ouvertes. La société de conseil Polynomics AG, en collaboration avec la Haute école spécialisée de Lucerne (HSLU), a mené une étude de concept en vue de l'intégration des soins dans un financement uniforme (Polynomics / HSLU 2020). La préparation du rapport a été accompagnée par les acteurs pertinents du financement des soins (fédérations de fournisseurs de prestations et d'assureurs, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé [CDS], Union des villes suisses et Association des communes suisses). Le rapport montre quelles bases sont nécessaires pour pouvoir :

- établir la transparence des coûts dans les domaines ambulatoire et stationnaire des soins,
- déterminer les parts de financement des agents payeurs (AOS, cantons / communes, assurés), et
- rémunérer les prestations de soins de manière uniforme à l'échelle nationale.

2.1.1 Transparence des coûts

La première étape vers la création de la transparence des coûts est une délimitation claire entre les prestations de soins au sens de la LAMal et les prestations pour lesquelles il n'est pas prévu de rémunération par l'AOS. Il s'agit notamment des prestations d'assistance, d'aide au ménage ou d'hôtellerie, ainsi que des prestations d'intérêt général. Les fournisseurs de prestations doivent être en mesure de présenter les coûts correspondants de manière transparente. Les problèmes actuels de délimitation ne se situent pas au niveau de la définition et de la liste des prestations. Selon l'estimation de Polynomics / HSLU (2020 : 19 ss), il est possible en pratique, avec les bases existantes, de délimiter les prestations de soins au sens de la LAMal des prestations d'assistance, d'aide au ménage ou d'hôtellerie. Les difficultés se situent plutôt au niveau de la transparence des coûts et de la comptabilité analytique, où la qualité insuffisante des données conduit à ce que la transparence des coûts ne soit totale ni dans le domaine des soins ambulatoires, ni dans celui des soins en EMS.

Dans la comptabilité analytique du domaine ambulatoire, les coûts qui ne sont qu'indirectement liés à la fourniture de soins (charges de matériel, prestations structurelles ou contextuelles, « frais généraux ») ne sont pas uniformément délimités et imputés. Selon la spécialisation, les

coûts de la fourniture des prestations peuvent varier considérablement. Par conséquent, la transparence des coûts n'exige pas seulement une saisie uniforme des données et une harmonisation des comptabilités analytiques, mais les facteurs d'influence à l'origine des différences de coûts justifiées doivent aussi être identifiés afin que les différences qui se justifient puissent être distinguées des inefficiences dans le cadre des comparaisons d'établissements (cf. Polynomics / HSLU 2020 : 25 ss).

Les organisations de soins et d'aide à domicile (art. 51 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie, OAMal ; RS 832.102) et les infirmières et infirmiers indépendants (art. 49 OAMal) ne rentrent pas dans le champ d'application de l'ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP ; RS 832.104). Actuellement, il appartient aux cantons et aux communes de prescrire la base servant au calcul de la contribution des pouvoirs publics au financement résiduel des prestations. C'est pourquoi, selon Polynomics / HSLU (2020), il est nécessaire de disposer non seulement de directives uniformes dans toute la Suisse pour le calcul des coûts et le classement des prestations, mais aussi d'une validation des différentes clés de répartition et d'allocation utilisées pour l'attribution des charges directes de personnel, des prestations indirectes et des coûts d'exploitation et d'infrastructure à l'unité d'imputation des soins. Une saisie uniforme des données primaires importantes serait également nécessaire. Les modèles de comptabilité analytique utilisés aujourd'hui reposent sur des données trop agrégées et sur des répartitions insuffisamment différenciées, de sorte que la ventilation des coûts non imputables entre unités finales d'imputation est trop imprécise (cf. Polynomics / HSLU 2020 : 9).

Depuis le 1^{er} janvier 2003, EMS et hôpitaux doivent, s'agissant de leur service de soins de longue durée, tenir une comptabilité analytique et une statistique des prestations conformément à l'OPC, et procéder à une saisie du temps consacré aux soins pour exclure les coûts de l'assistance et de l'hôtellerie, et calculer les coûts des prestations de soins. Ils doivent également créer la transparence en ce qui concerne les coûts des prestations d'intérêt général et les coûts liés à l'obligation de prise en charge afin que les cantons et les communes puissent déterminer le montant du financement résiduel. Selon Polynomics / HSLU (2020), les manuels sur la présentation des comptes et l'utilisation des immobilisations de Curaviva (2018/2019) et la solution sectorielle de H+ Comptabilité et contrôle de gestion (2018) ont créé de bonnes bases pour l'uniformisation tant de la saisie des données par les établissements que de la comptabilité analytique. Toutefois, la répartition des charges de personnel pour les prestations de soins au sens de la LAMal est, dans l'ensemble, d'une précision variable et reste soumise aux prescriptions et au contrôle des cantons ou des communes qui pourvoient au financement résiduel. Il en résulte que la comptabilité analytique n'est en partie pas comparable d'un canton à l'autre (voir Polynomics / HSLU 2020 : 37).

Selon Polynomics / HSLU (2020), la clé pour établir la transparence des coûts réside dans une amélioration de la qualité des données et des procédures de calcul des coûts et de classement des prestations. À cette fin, des mesures immédiates sont nécessaires (voir Polynomics / HSLU 2020 : 71 s. en particulier) :

- dans le domaine des soins ambulatoires, édicter des dispositions sur le calcul uniforme des coûts et le classement des prestations ;
- réexaminer et adapter, le cas échéant, les modèles de comptabilité analytique existants pour pouvoir garantir un meilleur niveau de détail des données et définir des clés de répartition et d'allocation validées ;

- établir une vue d’ensemble des dispositions et directives cantonales (et si nécessaire communales) ayant des répercussions sur la présentation des comptes pour pouvoir identifier les meilleures dispositions possibles et disposer d’une base pour une saisie uniforme des contributions cantonales et communales (notamment au financement résiduel) et une éventuelle harmonisation supplémentaire ;
- mettre en place un système de références (*benchmark*) à l’échelle supracantonale, notamment pour pouvoir représenter l’actuel financement résiduel de manière fiable et comparable et identifier les différences de coûts justifiées entre fournisseurs de prestations, dans le but de pouvoir procéder à des comparaisons pertinentes entre les établissements ; et
- encourager le recours à des indicateurs comme instruments de gestion pour augmenter la qualité des données et améliorer l’efficacité en termes de coûts tout en contribuant au développement de la qualité.

Il serait judicieux que les mesures immédiatement nécessaires soient prises en premier lieu par les partenaires tarifaires et les cantons ; la Confédération pourrait soutenir les travaux si nécessaire. Suivant les dispositions édictées par le législateur, la Confédération pourrait être tenue d’édicter des dispositions d’ordonnance pouvant faciliter une comptabilité analytique harmonisée des fournisseurs de prestations ainsi qu’une saisie statistique uniforme des coûts des prestations de soins au sens de la LAMal et des contributions des pouvoirs publics au financement de celles-ci.

Selon Polynomics / HSLU (2020 : 72), la période de mise en œuvre de ces mesures immédiatement nécessaires se situe entre quatre et cinq ans à compter de l’adoption d’une réglementation correspondante. L’amélioration de la transparence des coûts est un processus complexe, car elle requiert une série de mesures à différents niveaux et le concours de tous les acteurs concernés. Des éléments importants sont déjà en place dans divers domaines, ce qui pourrait permettre de rassembler les forces et les initiatives. La période de mise en œuvre dépend fortement des exigences posées aux fournisseurs de prestations et aux indicateurs de la transparence des coûts, de la coordination et du degré de coopération des acteurs et de la nature et de l’étendue du financement des étapes nécessaires.

Des mesures contraignantes telles qu’un développement des systèmes d’indicateurs et la prise en compte d’indicateurs de qualité et des différences dans les structures de prise en charge pourraient être appliquées plus tard, après une éventuelle intégration des prestations de soins dans un financement uniforme. Il faudrait plutôt compter dix ans à partir de la décision d’une réglementation correspondante, surtout au regard de la dimension qualitative (cf. Polynomics / HSLU 2020 : 72).

2.1.2 Détermination des parts de financement

En raison des lacunes décrites en matière de transparence des coûts, il n’est pas possible, avec les informations disponibles aujourd’hui, de déterminer les parts de financement exactes des agents payeurs, en particulier des cantons. Premièrement, dans la comptabilité analytique, certains fournisseurs de prestations n’affectent pas clairement à l’unité d’imputation pour les produits des prestations de soins au sens de la LAMal le financement résiduel respectivement les contributions des pouvoirs publics. D’autre part, les différentes réglementations cantonales et les nombreux types de contributions cantonales (supplémentaires ou destinées à réduire des déficits) font que les données de la comptabilité analytique, dans les statistiques de l’Office fédéral de la statistique (OFS, statistique des institutions médico-sociales [SOMED] et statis-

tique de l'aide et des soins à domicile), ne peuvent être ni saisies de manière uniforme ni délimitées de sorte qu'il serait possible de déterminer avec précision la part des contributions au financement des prestations de soins au sens de la LAMal.

Dans le cadre de leur responsabilité pour le financement résiduel, les cantons disposent d'une marge de manœuvre considérable pour déterminer son montant. En outre, les structures de soins et de coûts diffèrent d'un canton à l'autre. Il est nécessaire de prendre une décision normative sur la mesure dans laquelle la situation réelle, avec les contributions actuelles au financement résiduel ou les coûts des prestations de soins reconnus à l'échelle cantonale ou communale, est admise comme une référence de manière analogue au financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires sans les soins. À noter qu'au vu des marges de manœuvre admises par la loi dans la conception du financement résiduel, le pilotage et la planification des soins, c'est un défi pratiquement insoluble, d'après Polynomics / HSLU (2020), de faire ressortir une référence cible idéale et justifiée en théorie à partir des données disponibles.

Une approche pragmatique serait probablement au premier plan, par analogie avec l'approche adoptée pour les prestations ambulatoires et stationnaires, dans laquelle la part de financement minimale et contraignante incombant à tous les cantons serait déterminée sur la base des structures de soins, de coûts et de financement actuelles, qui diffèrent d'un canton à l'autre. Selon Polynomics / HSLU (2020 : 49), pour pouvoir déduire de manière fiable les parts de financement directement des statistiques sur les fournisseurs de prestations de l'OFS, trois éléments seraient indispensables : premièrement, une saisie uniforme et clairement définie du financement résiduel des prestations de soins au sens de la LAMal dans la source de revenus « soins » et l'imputation de celui-ci à l'unité d'imputation « soins » ; deuxièmement, une comptabilité analytique harmonisée et améliorée chez les fournisseurs de prestations, combinée avec la mise en place des structures de références (*benchmark*) pertinentes ; et troisièmement, une amélioration de la qualité des données et un système de validation des données qui alimentent la statistique SOMED et celle de l'aide et des soins à domicile.

Dans ce contexte, il existe principalement deux variantes pour déterminer les parts de financement. La plus appropriée résultera des exigences du législateur quant à la précision de l'estimation des parts de financement, et du temps à disposition.

Dans la première variante, les parts de financement sont évaluées sommairement à l'aide des données disponibles aujourd'hui. Le calcul *ex ante* des parts de financement proportionnelles des trois régimes de financement (AOS, contribution des assurés et pouvoirs publics (cantons / communes)) pourrait, si tel est le souhait, être réajusté avec les données financières réelles à la fin de la phase transitoire de l'introduction du financement uniforme. Une évaluation approximative des parts de financement et un réajustement devraient prendre à peu près une année chacun.

Dans la seconde variante, les parts de financement ne sont définies qu'une fois que la transparence des coûts a atteint un certain niveau. Les étapes de travail impérativement nécessaires dans cette variante sont, premièrement, la mise en place d'un système de références (*benchmark*) à l'échelle supracantonale afin de pouvoir identifier les différences dans les coûts reconnus et les recettes provenant des trois régimes de financement des prestations de soins selon la LAMal. Deuxièmement, il faudrait une vue d'ensemble des obligations de rendre des comptes des fournisseurs de prestations, afin de disposer d'une base pour une harmonisation des comptabilités analytiques. La période de mise en œuvre de cette variante correspond à la durée prévue pour les mesures immédiatement nécessaires dans le but de concrétiser la transparence des coûts, soit quatre à cinq ans (à compter de la décision d'une réglementation correspondante), durée à laquelle il faudra ajouter le nombre d'années souhaité sur la base desquelles les parts de financement devraient être calculées. La répartition du financement décidée par le

Conseil national se basait ainsi sur une moyenne sur quatre ans, afin que les effets aléatoires d'une année ne pèsent pas trop lourd.

Sur mandat de la CDS, le bureau de conseil Infrac a estimé la part de financement des cantons et de leurs communes (Infrac 2019) pour la première variante. Comme cette part de financement ne peut pas être déduite directement des statistiques actuelles des fournisseurs de prestations, ainsi que le rapport l'a montré ci-dessus, Infrac a effectué un relevé direct auprès des cantons et plausibilisé les chiffres – en partie selon un processus itératif – avant de les intégrer à des extrapolations et des estimations. D'après Polynomics / HSLU (2020), Infrac (2019) a exploité l'éventail actuel des possibilités et délimité, de manière fiable et pragmatique, les parts de financement actuelles des cantons, en les validant avec les dernières statistiques et des relevés supplémentaires. Dans certains cantons, la situation actuelle des données permettrait par ailleurs de vérifier la possibilité de solliciter des plateformes de références (*benchmark*) à l'échelle régionale ou cantonale (comme Benchmark Zentralschweiz ou les collectes de données des associations cantonales d'aide et de soins à domicile et de Curaviva) pour plausibiliser les données cantonales issues du relevé direct et les compléter, ou pour déduire les valeurs spécifiques aux établissements ou les valeurs moyennes cantonales des contributions au financement résiduel, dans la perspective d'une extrapolation au niveau des revenus.

En raison également de la disponibilité des données, l'étude d'Infrac (2019) ne prend toutefois en considération aucune question normative visant à établir dans quelle mesure les contributions actuelles des cantons constituent un financement résiduel généreux ou restrictif (cf. Felder / Straumann 2019), ni l'ampleur du subventionnement croisé des prestations de soins selon la LAMal qui est opéré dans certains établissements ou cantons par le biais des prestations d'assistance, d'hôtellerie ou d'aide au ménage. La non-indication d'un financement croisé des prestations de soins selon la LAMal par le biais des revenus pour les prestations d'assistance, d'hôtellerie ou d'aide au ménage a pour conséquence que les coûts et le financement résiduel nécessaire des prestations de soins selon la LAMal sont sous-estimés. La part de financement du canton serait ainsi trop basse. De plus, l'étude d'Infrac (2019) n'a pas non plus pu isoler les coûts et les parts de financement pour les prestations d'intérêt général (formation, conseil complémentaire et coordination) ni fournir d'estimations concernant l'influence des subventions actuelles aux investissements, la cession avantageuse de terres ou de bâtiments ou d'autres charges supplémentaires. La possibilité de répondre à ces questions est fortement liée à la condition préalable de disposer de modèles de financement uniformes, à une plus forte harmonisation et à la validation des comptabilités analytiques d'exploitation, à la mise en place de plateformes de références (*benchmark*) et, enfin, à une meilleure qualité des données dans les statistiques des fournisseurs de prestations.

Dans un premier temps, Infrac (2019 : 57) a estimé le montant des coûts totaux actuels des prestations de soins LAMal (dépenses de l'AOS, plus participation des patients, plus financement résiduel par les cantons et les communes, plus d'autres contributions indirectes des cantons). Les coûts totaux des prestations de soins LAMal se sont élevés en 2016 à un montant entre 5,5 et 5,7 milliards de francs. Les cantons et les communes en ont supporté 2,2 à 2,5 milliards, l'AOS 2,8 milliards. D'après cette estimation, la part de financement des cantons pour les prestations de soins selon la LAMal était de 38 à 40 % en 2016, et celle de l'AOS, de 48 à 50 %. La participation des patients représentait donc 11 à 12 %.¹

¹ Pour plus de détail sur ce calcul, voir le Tableau 15 en annexe.

Ces estimations reflètent un certain degré d'incertitude dans le domaine des soins. Cependant, l'estimation du cofinancement des prestations stationnaires, autrement dit les prestations fournies lors d'un séjour hospitalier, n'est pas non plus exempte d'incertitude. Selon la méthode et la statistique utilisées (coûts et financement du système de santé, établie par l'OFS, ou statistique de l'AOS établie par l'OFSP combinée avec les données de la CDS sur la répartition du financement dans les différents cantons), on obtient différentes valeurs pour le cofinancement octroyé par les cantons au domaine stationnaire.

Le coût total des dépenses pour les prestations stationnaires au sens de la LAMal est calculé ici sur la base des données relatives aux dépenses de l'AOS selon la statistique officielle de l'OFSP (statistique de l'AOS, voir Tableau 8 en annexe). Les dépenses des cantons pour les prestations stationnaires au sens de la LAMal sont calculées sur la base des dépenses de l'AOS pour les prestations stationnaires combinées avec les indications des cantons relatives à leur part de financement pour les prestations stationnaires (CDS 2018)² (voir Tableau 12 en annexe). Les contributions des cantons et des assureurs sont ensuite corrigées de sorte que, dans tous les cantons, une part de financement de 55 % exactement soit atteinte pour toutes les années prises en compte dans le calcul (voir Tableau 13 en annexe).

Il est également possible d'estimer la part payée par les cantons pour le domaine stationnaire en recourant aux statistiques sur les coûts et le financement du système de santé. Les contributions des cantons y sont collectées directement. Cependant, la délimitation entre le cofinancement des cantons pour les prestations selon la LAMal et d'autres paiements des cantons, par exemple pour les prestations d'intérêt général, est difficile. Calculés sur cette base, les montants versés par les cantons pour le domaine stationnaire sont nettement moins élevés que si l'on se fonde sur les statistiques de l'AOS et les données de la CDS.³ Ces différences s'expliquent par le fait que, dans la statistique sur les coûts et le financement du système de santé, il est difficile de délimiter les paiements dus aux prestations selon la LAMal des autres montants versés par les cantons (pour couvrir les prestations d'intérêt général, par exemple), ou encore par le fait

² À partir de 2017, la part de financement est de 55 % dans tous les cantons, excepté le canton de Bâle-Ville, voir Tableau 11 en annexe.

³ Selon l'évaluation basée sur la statistique des coûts et du financement du système de santé, les cantons ont financé les prestations LAMal dans le secteur stationnaire (hors soins hospitaliers de longue durée) à hauteur de 6,947 milliards de francs en 2016. Par rapport aux prestations stationnaires prises en charge par les assureurs (hors soins hospitaliers de longue durée), qui s'élèvent à 6,735 milliards de francs, cela représente un pourcentage de financement de 50,8 %. Le montant du cofinancement des cantons est calculé, en se basant sur le pourcentage minimal de 55 % requis au terme de la phase d'introduction de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. D'après cette méthode, la part de cofinancement des cantons est de 7,525 milliards de francs, soit 578 millions de francs de plus qu'en 2016. A l'inverse, la part de financement des assureurs est réduite d'autant.

Selon la statistique de l'AOS (Tableau 2.26, Vue d'ensemble par type de prestations), en 2016, les assureurs ont pris en charge les prestations dans le domaine stationnaire à hauteur d'environ 6,819 milliards de francs (voir Tableau 8 en annexe), soit environ 84 millions de francs de plus que selon la statistique Coûts et financement du système de santé. Si on combine ces chiffres avec les informations fournies par la CDS sur les pourcentages de financement fixés par les différents cantons (CDS 2018, voir aussi Tableau 11 en annexe), on peut calculer le cofinancement de chaque canton, car les prestations des assureurs par canton sont connues (Tableau 2.26 de la statistique de l'AOS). Ainsi, le pourcentage de financement de tous les cantons est en moyenne de 54,1 %, ce qui représente un montant de 8,038 milliards de francs, soit 1,091 milliard de plus que le montant calculé sur la base de la statistique Coûts et financement du système de santé. Le montant du cofinancement des cantons est calculé en se basant sur la part minimale de 55 % fixée dans la loi. D'après cette méthode, la part de financement des cantons est de 8,171 milliards de francs, soit 133 millions de francs de plus qu'en 2016. A l'inverse, la part de financement des assureurs est réduite d'autant (voir en annexe le Tableau 13 pour le calcul détaillé).

que la distinction entre soins aigus et soins de longue durée en milieu hospitalier n'est pas nette, comme l'imputation, dans le budget global, des paiements effectués pour les prestations selon la LAMal et pour les autres prestations des hôpitaux.

La part du financement des prestations selon la LAMal qui incombe aux cantons peut être déterminée plus précisément si l'on réduit les incertitudes de ce calcul en recourant aux statistiques de l'AOS et en les combinant avec les données de la CDS. C'est pourquoi le présent rapport se fonde sur les chiffres résultant de cette méthode. Au demeurant, les chiffres nettement plus bas obtenus sur la base de la statistique sur les coûts et le financement du système de santé ne sont pas exempts d'incertitude, y compris en ce qui concerne le domaine stationnaire.

En combinant les résultats de l'étude Infras (2019) sur les prestations de soins de 2016 avec les chiffres obtenus pour les montants payés la même année par les cantons pour le domaine stationnaire, la part de financement des cantons et des communes pour l'ensemble des prestations selon la LAMal représente 27,5 à 27,9 % des prestations nettes des assureurs (voir Tableau 17 en annexe).⁴ La marge d'estimation d'Infras (2019) concernant le financement résiduel des prestations de soins provoque ainsi une marge d'incertitude de 0,4 point de pourcentage. En revanche, si l'on recourt à la statistique sur les coûts et le financement du système de santé, la part de financement des cantons pour le domaine stationnaire est inférieure d'environ un point de pourcentage.⁵ Par rapport au volume des coûts des prestations de soins, plus faible en chiffre absolu, la marge d'incertitude apparaît certes plus importante dans le domaine des soins que dans le domaine stationnaire. Mais puisque dans ce dernier, un volume plus important est concerné, la marge d'incertitude qui entoure le pourcentage définissant la part de financement des cantons dans le domaine stationnaire produit des effets comparables, voire plus importants que dans le domaine des soins.

Puisque Infras (2019) a estimé les pourcentages de financement pour le domaine des prestations de soins uniquement pour l'exercice 2016, la part de financement combinée des cantons et des communes destinée à couvrir toutes les prestations selon la LAMal ne peut pour l'instant être calculée selon la méthode combinée que pour cette année-là. Le Conseil national a décidé que le pourcentage définissant les parts de financement serait déterminé sur la base des quatre derniers exercices disponibles. À considérer la statistique des coûts et du financement du système de santé et la statistique de l'AOS, il faudrait actuellement se fonder sur les années 2015 à 2018. Pour les prestations ambulatoires et stationnaires (prestations de soins exclues), la part de financement des cantons sur cette période se situe entre 25,8 et 24,0 % des prestations nettes (voir

⁴ Si la contribution cantonale était basée sur les prestations brutes des assureurs, la part de financement des cantons et des communes pour l'ensemble des prestations selon la LAMal représenterait un pourcentage situé entre 24,7 et 25,1 % des prestations brutes (voir Tableau 16). Comme tous les cantons n'avaient pas encore atteint le seuil de 55 % au cours de la période observée, la contribution financière des cantons a été calculée de sorte qu'elle représente ce pourcentage de 55 %, et la contribution des assureurs est réduite d'autant. S'il résulte de ce calcul hypothétique une diminution de la charge de l'AOS pour le secteur stationnaire, il s'ensuivra simultanément une légère diminution de la participation des assurés aux coûts de ce même secteur. Pour connaître l'évolution des prestations nettes des assureurs, il faut donc faire une hypothèse sur la manière dont la diminution hypothétique du montant à la charge de l'AOS se répercutera sur la participation des assurés aux coûts et sur les prestations nettes. L'analyse a montré que toutes les hypothèses plausibles font varier la part de financement de moins de 0,1 point de pourcentage. Par souci de simplicité, on part de l'idée que la réduction de la charge pesant sur l'AOS qui résulte de ladite extrapolation se répercute entièrement sur les prestations nettes et que la participation des assurés aux coûts reste constante (voir Tableau 17).

⁵ Pour l'année 2016, la part de financement des cantons pour l'ensemble des prestations selon la LAMal se situerait entre 26,4 et 26,9 % des prestations nettes et entre 23,6 et 24,0 % des prestations brutes, si l'on combine la statistique Coûts et financement des soins de santé avec les résultats d'Infras (2019) pour le financement résiduel des prestations de soins par les cantons.

Tableau 13 en annexe). De manière générale, la part de financement des cantons pour ces prestations (prestations de soins exclues) diminue en moyenne d'environ 0,5 point de pourcentage par an, avec des fluctuations d'une année à l'autre. Dans le domaine des prestations de soins, la part de financement des cantons pourrait toutefois augmenter légèrement au fil des années, mais on ignore dans quelles proportions. Si l'option retenue était de calculer cette part sur plusieurs années, l'étude Infrac (2019) pourrait être reproduite pour d'autres années.

La suppression éventuelle de la participation des patients spécifique aux prestations de soins (contributions des assurés), qui s'ajoute à la participation aux coûts ordinaire, n'aurait des impacts sur la clé de répartition du financement fixée que si la contribution des assurés qui tomberait était reprise intégralement ou en grande partie par l'AOS ou par les cantons. Si la contribution des assurés qui n'existerait plus devait être prise en charge à parts égales par l'AOS et les cantons, cela n'aurait aucun effet sur la clé de répartition. Par contre, une augmentation de la franchise ou de la quote-part pourrait être envisagée en vue de compenser la charge supplémentaire pour l'AOS qui résulterait d'un éventuel abandon de la contribution des assurés (voir ch. 2.4.2).

La clé de répartition pourrait être réajustée, si cela est souhaité, à une date ultérieure s'il s'avère par exemple que la modification apportée au financement n'a pas été neutre en termes de coûts. Il appartiendrait alors au législateur de décider si cette clé de répartition doit être déterminée sur la base des données aujourd'hui disponibles, éventuellement actualisées, ou s'il faut attendre une amélioration de la transparence des coûts avant de prendre une décision de ce genre (période estimée de cinq ans, augmentée des années supplémentaires si les données de plusieurs années doivent être incluses dans le calcul).

2.1.3 Tarification

En cas d'intégration des prestations de soins dans un financement uniforme, la responsabilité qui incombe actuellement aux cantons pour le financement résiduel tomberait également, comme les contributions versées par l'AOS selon les besoins en soins. Il faudrait par conséquent trouver une nouvelle solution pour la tarification. En principe, la détermination des tarifs est du ressort des partenaires tarifaires et, le cas échéant, des cantons. Il appartiendrait donc à ces acteurs de définir, dans les limites des possibilités offertes par la LAMal, un tarif approprié et de convenir d'une méthode pour y parvenir. Le Conseil fédéral serait ensuite chargé d'examiner et d'approuver une convention tarifaire à l'échelle du pays sur laquelle les partenaires tarifaires se seraient mis d'accord. Les partenaires tarifaires et, le cas échéant, les cantons, sont influencés dans leur action par les conditions-cadres fixées par le législateur, en particulier sur trois points : les types de tarif autorisés ou prescrits par la loi, le délai imparti pour la modification du système de financement par le législateur et, si le législateur en retient l'idée, la création d'une organisation tarifaire nationale.

La LAMal donne aux partenaires tarifaires la possibilité de convenir de trois types de tarif : tarif au temps consacré, tarif à la prestation et tarif forfaitaire. Chacun présente des avantages et des inconvénients. Il convient notamment de trouver un équilibre entre les incitations à une fourniture efficiente des prestations (c'est en particulier le cas avec les tarifs forfaitaires) et les incitations à une adéquation des soins aux besoins des patients (moyennant une structure tarifaire suffisamment différenciée, par exemple). Idéalement, leur conception est déterminée par la structure des coûts. Plus les coûts sont statistiquement dispersés (par exemple sur différents patients ou prestations), plus une rémunération différenciée est appropriée. Moins ils sont dispersés, autrement dit plus les coûts sont homogènes au sein d'un groupe, plus une rémunération forfaitaire est envisageable. Si, comme pour les autres prestations selon la LAMal, l'on souhaite

que la définition du tarif adéquat relève en premier lieu de la responsabilité des partenaires tarifaires, la loi pourrait ne prescrire aucun type de tarif spécifique pour les prestations de soins. Une autre option serait que le législateur précise les types de tarif admis, en excluant par exemple tout tarif à la prestation. La structure actuelle des contributions de l'AOS pour les prestations de soins présente des similitudes avec un tarif forfaitaire et un tarif au temps consacré, mais pas avec un tarif à la prestation. Par conséquent, il ne semble pas qu'un tel tarif s'impose pour la tarification des prestations de soins, d'autant que la saisie de certaines de ces prestations est très probablement fastidieuse et coûteuse, et qu'un tarif à la prestation se prête moins à contenir l'accroissement des volumes.

Des dispositions légales transitoires devraient fixer un délai pour l'entrée en vigueur de la solution de financement qui sera retenue et pour la fixation d'un tarif. En fonction du délai imparti, les possibilités s'offrant aux partenaires tarifaires pour trouver une tarification seront différentes. L'étude commandée par l'OFSP (Polynomics / HSLU 2020) a aussi examiné quelles possibilités de structure des tarifs s'offraient dans quel laps de temps.

En cinq ans, soit le délai minimal requis pour parvenir à une meilleure transparence des coûts (cf. ch. 2.1.1), les partenaires tarifaires pourraient développer la structure des contributions actuelles de l'AOS. Cette structure n'a pas été conçue comme une structure tarifaire déterminant la rémunération des fournisseurs de prestations, mais dans le but d'interagir avec les différences qui peuvent apparaître dans le financement résiduel assumé par les cantons. Selon Polynomics / HSLU (2020), divers cantons ont, par exemple, spécifié des niveaux supplémentaires des besoins de soins en EMS, ou prévu le versement de suppléments pour certaines prestations (soins palliatifs ou gérontopsychiatrie / démence, par exemple). Dans le domaine ambulatoire également, certains cantons et communes versent, en plus du remboursement des coûts standards, des suppléments pour certaines prestations (soins pédiatriques à domicile, soins psychiatriques ou des suppléments de nuit et de week-end, par exemple). Si ces différences de coûts, justifiées, n'étaient pas représentées dans le tarif, on ne peut exclure qu'il en résulte des incitations, indésirables, à ne pas fournir toutes les prestations nécessaires, à réduire la qualité des prestations ou à refuser des patients. Les partenaires tarifaires devraient donc, autant que le délai imparti le permet, apporter certaines adaptations à la structure actuelle des contributions, par exemple en évaluant de manière approfondie les réglementations cantonales en vigueur et en examinant si la solution mise en œuvre dans un canton peut être reprise à l'échelle du pays. Il conviendrait peut-être aussi d'examiner si des instruments connus du domaine hospitalier, tels que la planification et l'obligation d'admission, pourraient servir à éviter qu'un système de référence (*benchmark*) inapproprié et des tarifs insuffisamment différenciés ne conduisent à une sélection des patients.

Selon Polynomics / HSLU (2020), sur une dizaine d'années, les partenaires tarifaires pourraient prévoir, données à l'appui, le développement exploratoire d'une structure tarifaire en vue d'établir le meilleur rapport possible – ou du moins d'améliorer le rapport – entre les incitations à l'efficacité et les incitations à l'adéquation des soins aux besoins des patients. Toutefois, un succès n'est pas garanti et le besoin en données est important, même si plusieurs d'entre elles, relatives aux patients, sont déjà disponibles. Il faudrait aussi disposer d'informations sur les coûts par patient dépendant de soins, comme c'est déjà le cas dans le domaine ambulatoire des soins. En revanche, il serait nécessaire de saisir le temps consacré aux soins dans les EMS. Il faudrait en outre des données relatives au diagnostic des patients et d'autres relatives aux structures. De telles données sont en partie déjà disponibles, et l'on pourrait mener une analyse sur la base d'un échantillon représentatif. À supposer que le législateur préfère exiger une intégration plus rapide des prestations de soins dans un financement uniforme, il est également envi-

sageable que les partenaires tarifaires tranchent en faveur d'une combinaison des deux variantes, ce qui entraînerait toutefois aussi une évolution du tarif en deux temps, mais à relativement brève échéance.

Le législateur pourrait réglementer la manière dont les partenaires tarifaires et, le cas échéant, les cantons, doivent établir un tarif. Dans le domaine stationnaire, la loi prescrit aux partenaires tarifaires d'instituer, conjointement avec les cantons, une organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures tarifaires. Si une telle organisation fait défaut, le Conseil fédéral l'institue de manière contraignante pour les partenaires tarifaires. Le législateur pourrait prévoir l'institution d'une telle organisation également pour la tarification des prestations de soins. De manière générale, il serait avantageux de fixer un cadre pour les négociations tarifaires et le développement à venir de la structure tarifaire (Polynomics / HSLU 2020).

2.2 Conséquences financières d'un financement uniforme, avec ou sans intégration des prestations de soins, pour les différents cantons

Dans le cadre de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, la part minimale cantonale de financement des prestations stationnaires a été unifiée à 55 %. Cependant, l'importance du domaine stationnaire par rapport aux prestations ambulatoires au sens de la LAMal diffère d'un canton à l'autre. Si l'on fixe une part minimale cantonale de financement de toutes les prestations ambulatoires et stationnaires uniforme dans tout le pays qui devrait garantir un passage neutre en termes de coûts pour l'ensemble des cantons, certains cantons subiront des charges supplémentaires lors de ce passage tandis que d'autres seront déchargés, les deux effets s'équilibrant pour la somme de tous les cantons. Les cantons dans lesquels le domaine stationnaire est aujourd'hui relativement moins important et le domaine ambulatoire l'est davantage subiront une charge plus lourde, puisqu'ils devront relever leur part de financement pour atteindre le niveau minimal. À l'inverse, les cantons où le volume du domaine stationnaire est important et où celui du domaine ambulatoire l'est moins seront déchargés, s'ils souhaitent limiter leur part de financement au niveau minimal. Pour atténuer la charge supplémentaire attendue dans certains cantons, le Conseil national a prévu dans son projet, durant une période transitoire de trois ans, une hausse de la part de financement de 1,5 point de pourcentage par an jusqu'à ce que le minimum exigé soit atteint. Si le relèvement annuel de la part de financement était d'un point de pourcentage seulement, comme le demandent quelques cantons, la période transitoire durerait quatre ans.

En cas d'intégration des prestations de soins dans le financement uniforme, il y aura des décalages analogues, la part des prestations de soins dans le volume total des prestations au sens de la LAMal différant d'un canton à l'autre. Par rapport à la part de financement de l'ensemble des prestations, les différences sont toutefois moindres dans ce domaine, du fait aussi que le volume concerné est plus faible. Le tableau qui suit présente une estimation des conséquences financières pour les différents cantons, avec ou sans intégration des soins dans un financement uniforme. Une charge supplémentaire pour un canton implique toujours une diminution équivalente de la somme des primes, et inversement. Cette estimation se base sur les indications fournies par la CDS concernant la répartition du financement des cantons pour les prestations stationnaires ainsi que sur les estimations d'Infras (2019) concernant le financement résiduel des prestations de soins par les différents cantons, combinées avec la statistique de l'AOS sur

les prestations brutes de l'AOS par type de prestations et par canton,⁶ toujours pour 2016. Comme l'estimation du financement résiduel, en particulier, est donnée sous forme de fourchette parfois très large, il ne s'agit que de valeurs approximatives, qui peuvent fluctuer fortement. Pour le financement résiduel des cantons, la moyenne entre la valeur inférieure et la valeur supérieure de l'estimation d'Infras (2019) a toujours été utilisée. Les effets devraient être similaires pour les prestations nettes, car la structure de la participation aux coûts des assurés ne devrait pas différer systématiquement d'un canton à l'autre. Les chiffres relatifs aux prestations nettes ne se trouvent toutefois pas directement dans la statistique de l'AOS.

Des différences entre les cantons ont lieu en raison de structures d'approvisionnement en soins différentes, qui sont dues en premier lieu aux domaines ambulatoire et stationnaire et moins au financement résiduel des prestations de soins, puisque les domaines ambulatoire et stationnaire représentent un plus grand volume. Les charges supplémentaires ou allègements possibles sont naturellement plus élevées dans les grands cantons. Avec un financement uniforme sans intégration des prestations de soins, le canton de Berne, par exemple, serait déchargé chaque année d'environ 49 millions de francs et, avec intégration des prestations de soins, jusqu'à 62 millions de francs. Dans un financement uniforme sans prestations de soins, le canton le plus touché serait Genève (92 millions de francs de charges supplémentaires par année) ; avec intégration des prestations de soins, ce serait Vaud (charges supplémentaires de 114 millions de francs par an). Dans le canton de Berne, les primes de l'AOS augmenteraient en conséquence, et elles diminueraient dans les cantons de Genève et de Vaud.

Si l'on décide que, dans un premier temps, les prestations de soins ne doivent pas encore être intégrées dans le financement uniforme, il serait possible, comme le souhaitent quelques cantons, de limiter l'adaptation à un point de pourcentage par année et d'étendre ainsi à quatre ans la durée du délai transitoire jusqu'à obtention de la part minimale de financement. Si les prestations de soins sont intégrées dans le financement uniforme au bout de sept ans au total (soit quatre ans après l'entrée en vigueur du financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires, soins exclus), tous les cantons auraient atteint à ce moment-là la part de financement minimale exigée pour les prestations ambulatoires et stationnaires. Un délai transitoire ne serait en revanche pas nécessaire pour l'intégration des prestations de soins, les différences intercantionales étant moindres dans ce domaine. Quand tous les cantons auront atteint une part de financement minimale uniforme dans le domaine des prestations ambulatoires et stationnaires (soins exclus), les écarts dans le domaine des prestations de soins feront environ un point de pourcentage ou moins dans la plupart d'entre eux. Seuls trois cantons⁷ devraient probablement adapter dans un deuxième temps leur part de financement de plus d'un point de pourcentage.

⁶ Statistique de l'AOS, tableau, 2.26 (prestations brutes par type de prestations et par canton)

⁷ Schwytz, Genève et Jura : adaptation requise de respectivement 1,4, 2,08 et 1,22 points de pourcentage (calcul fondé sur les données relatives aux coûts de 2016). Le canton de Schwytz pourrait en outre éviter un changement trop brusque en choisissant de se décharger moins rapidement dans la période transitoire que ce que permet la loi. La participation du canton de Genève aux prestations ambulatoires et stationnaires est relativement faible, mais relativement forte pour ce qui est des prestations de soins. Au cours de la période transitoire, ce canton devra augmenter progressivement sa part de financement aux prestations ambulatoires et stationnaires, mais pourra choisir de se décharger de nouveau après l'intégration des prestations de soins. En ce sens, il s'agit d'une hausse isolée de la charge du canton, et d'une baisse correspondante et temporaire des primes, pendant seulement une année à la fin de la période transitoire. Le canton de Genève pourrait lui aussi éviter un changement trop brusque en choisissant, après l'intégration des prestations de soins, de se décharger moins rapidement que ce que permet la loi.

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

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

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

2.3 Flux financiers dans un financement uniforme, avec ou sans intégration des prestations de soins, du point de vue de la Confédération, des cantons, des assureurs et des assurés

La future charge de financement attendue pour les cantons et l'AOS variera selon le scénario que le législateur choisira parmi les trois possibles. Le premier est celui du statu quo : maintien d'un financement différent pour les prestations ambulatoires et les prestations stationnaires, ainsi que des contributions de l'AOS avec responsabilité simultanée des cantons pour le financement résiduel des prestations de soins. Le deuxième consisterait en un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires, mais avec maintien du régime actuel de financement des prestations de soins, et le troisième, en un financement uniforme de toutes les prestations au sens de la LAMal.

Dans l'annexe 2, les flux financiers des trois scénarios pour les années 2016 et 2030 sont représentés dans des graphiques détaillés. Ils sont basés sur l'hypothèse qu'un changement de financement s'est passé en 2016. L'année 2016 a été choisie car c'est la seule année pour laquelle des données sur la répartition du financement entre l'AOS d'un côté et les cantons et les communes de l'autre sont disponibles. A partir de ce changement en 2016, les effets sur les flux financiers sont calculés jusqu'en 2030. De plus, des hypothèses concernant l'évolution des coûts attendue jusqu'en 2030 sont faites pour les différents domaines (ambulatoire, stationnaire, prestations de soins). En cas de changement de financement à une date ultérieure, les effets sur les flux financiers sont principalement les mêmes, les différences, jusqu'en 2030, entre les scénarios sont cependant plus faibles puisqu'à partir de 2016, le statu quo aura été maintenu encore quelques années.

En cas de maintien du statu quo, les charges de l'AOS et donc celles des payeurs de primes ainsi que de la Confédération via la réduction des primes augmenteraient en raison de la poursuite du transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, pendant que celles des cantons pourraient diminuer en proportion, dans la mesure où ils n'augmentent pas la réduction des primes du même montant. A l'inverse, dans le domaine des prestations de soins, les charges de l'AOS et donc des payeurs de primes augmenteraient également, mais un peu moins que celles des cantons. En cas de maintien du régime actuel de financement des soins sans adaptation des contributions de l'AOS, les cantons supporteraient seuls les hausses de prix dans ce domaine, la participation de l'AOS n'étant concernée que par les augmentations de volume. Dans ce domaine, l'AOS et donc les payeurs de primes seraient donc légèrement déchargés en proportion. Les projections de l'Administration fédérale des finances (AFF) jusqu'en 2045 montrent cependant qu'en cas de maintien du statu quo, l'AOS continuerait de supporter la charge la plus importante de la croissance des dépenses si l'on considère non uniquement les dépenses pour le domaine des soins, mais le système de santé dans son ensemble.⁸

Si un financement uniforme était mis en place uniquement pour les prestations ambulatoires et les prestations stationnaires, c'est-à-dire sans intégration des prestations de soins, pour lesquelles le régime actuel serait maintenu, à savoir contributions de l'AOS et responsabilité des cantons pour le financement résiduel, les coûts augmenteraient moins pour l'AOS et ainsi pour les payeurs de primes qu'avec le maintien du statu quo, et la charge des cantons augmenterait

⁸ Selon les projections de l'AFF, les dépenses totales de l'AOS en 2045 seraient de près de 41 milliards de francs (18,6 milliards de plus qu'en 2011), dont 5,8 milliards pour le domaine des soins de longue durée. Les dépenses de santé des cantons et des communes seraient d'environ 34,6 milliards de francs (là aussi, 18,6 milliards de plus qu'en 2011), dont 11,3 milliards pour le domaine des soins de longue durée (cf. Conseil fédéral 2016 : 114).

plus fortement (cf. *Infras* 2019).⁹ Le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire resterait dorénavant sans effet sur les parts de financement des cantons et de l'AOS, puisque les prestations des deux domaines seraient financées de manière uniforme. Par contre, les cantons continueraient de prendre en charge une part croissante des coûts des prestations de soins en raison de leur responsabilité pour le financement résiduel, puisque l'AOS, si ses contributions restent constantes, continuerait de participer à la prise en charge de l'augmentation du volume des prestations, mais non à celle des éventuelles hausses de prix. Si l'on considère uniquement l'AOS et les payeurs de primes ainsi que la Confédération, cette deuxième variante serait la plus avantageuse, alors qu'elle serait la plus désavantageuse pour les cantons, pour autant que le Conseil fédéral s'abstienne durablement d'adapter les contributions de l'AOS. De plus, le montant de la réduction de primes par le canton n'est aujourd'hui pas exactement défini, ce qui implique qu'il n'est pas clair comment la charge des cantons se développerait avec l'intégration de la réduction de primes. Un financement uniforme sans les prestations de soins constitue la variante (sur les trois possibles) qui implique la charge la plus importante pour les cantons et la décharge la plus importante pour l'AOS et ainsi pour les payeurs de primes. Il ne serait donc pas exclu, avec la réglementation actuelle des cantons relative à la réduction de primes, qu'ils chercheront à compenser une charge supplémentaire induite par le cofinancement des prestations ambulatoires par une réduction des primes plus faible.

En cas de financement uniforme de toutes les prestations au sens de la LAMal, ce n'est pas seulement dans les domaines ambulatoire et stationnaire que les parts de financement respectives des cantons et de l'AOS seraient stabilisées, mais pour toutes les prestations. Ainsi, non seulement l'augmentation du volume des prestations de soins mais aussi les hausses de prix seraient supportées par l'AOS. En termes de prestations de soins uniquement, l'augmentation des coûts de l'AOS serait donc un peu plus élevée que dans le statu quo. La situation n'est pas la même si on considère toutes les prestations selon la LAMal. D'une part, les projections de l'AFF (voir à ce sujet Conseil fédéral 2016) suggèrent que, compte tenu du vieillissement de la population, les coûts des prestations de soins augmenteront ces prochaines années à un rythme supérieur à la moyenne en pourcentage par rapport aux autres prestations de la LAMal. D'autre part, grâce à un financement uniforme de toutes les prestations, l'AOS n'aurait plus à supporter seule le transfert des prestations stationnaires vers les prestations ambulatoires. Si le statu quo devait être maintenu, la charge supplémentaire absolue pour l'AOS due au transfert des prestations stationnaires vers le domaine ambulatoire, qui est plus importante en termes de volume, serait donc vraisemblablement plus importante que la charge supplémentaire pour l'AOS due au financement uniforme des prestations de soins. Par rapport au système actuel, l'AOS et ainsi les payeurs de primes ainsi que la Confédération via la réduction des primes seraient vraisemblablement légèrement déchargés par un financement uniforme, même si les prestations de soins étaient incluses (cf. *Infras* 2019 sur la base des projections de l'AFF et de l'Observatoire suisse de la santé [Obsan]). A l'inverse, les cantons seraient plus fortement chargés dans un financement uniforme de toutes les prestations qu'en cas de statu quo, mais clairement moins que dans un financement uniforme des seules prestations ambulatoires et stationnaires. Il est encore une fois pas clair comment la charge des cantons se développerait avec l'intégration de

⁹ Selon les estimations d'*Infras* (2019 : 51 ss), l'AOS, avec un financement uniforme des prestations au sens de la LAMal (prestations de soins exclus), assumerait en 2030 des dépenses supplémentaires d'un montant de 11,3 milliards de francs (+ 40 % par rapport aux dépenses de 2016) ; avec le statu quo, la charge supplémentaire serait de 12,7 milliards de francs (+ 45 % par rapport à 2016). Les cantons, dans un financement uniforme sans les soins, assumeraient des charges supplémentaires de 4,7 milliards de francs (+ 49 % par rapport à 2016) pour les prestations selon la LAMal et de 3,3 milliards en cas de statu quo (+ 34 %).

la réduction des primes par les cantons, puisque son montant n'est aujourd'hui pas exactement défini, contrairement à la réduction des primes accordée par la Confédération.

Les cantons pourraient essayer dans toutes les variantes discutées, c'est-à-dire aussi en cas de maintien du statu quo qui serait le plus avantageux financièrement pour eux, de compenser partiellement une charge croissante due au cofinancement des prestations par une réduction des réductions de primes. Cependant, l'obligation légale des cantons de garantir aux assurés de conditions économiques modestes des réductions de primes a été précisée par un arrêt du Tribunal fédéral¹⁰. Ainsi, les dispositions d'exécution de la réduction des primes des cantons ne doivent pas être contraires au sens et à l'esprit du droit fédéral et son objectif ne doit pas être compromis. L'intention du législateur était de décharger à travers la réduction de primes également les familles à revenu moyen respectivement la classe moyenne. De plus, dans le contre-projet indirect du Conseil fédéral à l'initiative populaire « Maximum 10 % du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes) », dont la consultation a été ouverte le 21 octobre 2020, il est prévu que les cantons doivent également distribuer une part fixe (selon la situation de 4 à 7,5%) des coûts bruts à titre de réduction des primes, comme la Confédération le fait aujourd'hui déjà. Des prescriptions plus précises pour les cantons, comme elles sont prévues par ce contre-projet indirect, apporteraient plus de clarté sur la réaction des cantons par rapport à une augmentation de la charge des primes.

La contribution de la Confédération à la réduction des primes est en revanche fixée à 7,5 % des coûts bruts et ne devrait pas être modifiée par un passage à un financement uniforme. Elle doit continuer à être calculée comme cela est fixé dans l'ordonnance sur les subsides fédéraux destinés à la réduction des primes dans l'assurance-maladie (ORPM ; RS 832.112.4). Les coûts bruts au sens de l'article 66 LAMal sont déterminés sur la base de la somme de la prime à recevoir et de la participation aux coûts. Puisque l'introduction d'un financement uniforme doit être neutre en termes de primes, le montant de la réduction des primes par la Confédération ne doit pas être modifié lors du passage. Dans les années suivantes, la réduction des primes par la Confédération évoluera proportionnellement à l'augmentation des coûts bruts dans les différentes variantes. Les contributions des cantons et de la Confédération selon l'article 60 ne sont donc pas déterminantes pour la détermination des coûts bruts. Les montants de ces contributions des cantons et de la Confédération correspondent à ceux des coûts qui sont supportés aujourd'hui par les cantons et les communes dans le cadre du cofinancement des prestations stationnaires et pour le financement résiduel des prestations de soins. Si ces montants étaient dorénavant inclus dans les coûts bruts de l'AOS, ils augmenteraient fortement avec la réforme, et ainsi également la réduction des primes de la Confédération. Le montant de la réduction des primes de la Confédération ne doit cependant pas être directement modifiée par l'introduction d'un financement uniforme.

Sur la base des coûts estimés des soins au sens de la LAMal pour 2016, Infrac (2019 : 51 ss) a calculé, sur mandat de la CDS, différents scénarios d'évolution des coûts jusqu'en 2030 en cas d'intégration des prestations de soins dans un financement uniforme. Sur les trois domaines de prestations pertinents, Infrac (2019) estime que c'est dans celui des soins que la croissance sera la plus forte, suivi par celui des prestations ambulatoires, et dans le domaine des prestations stationnaires qu'il faut s'attendre à la croissance la plus modérée. Concrètement, Infrac (2019) suppose que, jusqu'en 2030, la croissance annuelle devrait être de 2,9 à 3,2 % pour le domaine ambulatoire, de 1,0 à 1,5 % pour le domaine stationnaire et de 2,8 à 4,5 % pour le domaine des prestations de soins. Ces estimations se basent principalement sur les projections de l'AFF et

¹⁰ Cf. Arrêt du Tribunal fédéral du 22 janvier 2019 (8C_228/2018)

de l'Obsan.¹¹ Étant donné que, depuis les estimations de l'AFF, la croissance des coûts dans le domaine stationnaire (soins exclus) a ralenti et que ces estimations ne tenaient pas compte du transfert du stationnaire vers l'ambulatoire qui s'esquissait déjà, Infras (2019) a toutefois corrigé à la baisse le taux de croissance pour le domaine stationnaire. Les incertitudes inhérentes aux prévisions en matière de coûts invitent néanmoins à interpréter ces estimations avec prudence, surtout pour ce qui est du niveau des changements attendus.

En raison de la différence des dynamiques d'évolution des coûts dans les domaines des soins, des prestations ambulatoires et des prestations stationnaires, Infras (2019) estime que les conséquences financières pour les cantons et les communes seraient les moins marquées avec le maintien du statu quo (augmentation des coûts de 34 %) et les plus fortes avec un financement uniforme sans les prestations de soins selon la LAMal (augmentation de 49 %). Avec l'intégration des prestations de soins au sens de la LAMal dans un financement uniforme, l'augmentation estimée des coûts à la charge des pouvoirs publics se situerait entre les deux (4,1 milliards de francs, soit 42 %). Pour l'AOS, à l'inverse, c'est avec un financement uniforme excluant les prestations de soins selon la LAMal que l'augmentation des coûts serait la moins forte (40 %, contre 45 % avec le statu quo), alors que, comme pour les cantons et les communes, elle serait de 42 % (+ 11,9 milliards de francs) avec un financement uniforme intégrant les prestations de soins selon la LAMal.

Tableau 2 : Estimation de l'évolution annuelle des dépenses 2016-2030, en francs

Variante	Cantons / communes	AOS
Maintien du statu quo	+ 3,3 mrd. (+ 34 %)	+ 12,7 mrd. (+ 45 %)
Financement uniforme, soins exclus	+ 4,7 mrd. (+ 49 %)	+ 11,3 mrd. (+ 40 %)
Financement uniforme, soins inclus	+ 4,1 mrd. (+ 42 %)	+ 11,9 mrd. (+ 42 %)

Tableau de l'OFSP basé sur Infras (2019)

Une analyse de sensibilité des résultats d'Infras (2019) effectuée par l'OFSP montre qu'avec une croissance plus forte dans le secteur hospitalier stationnaire (de + 2,46 % par an au lieu de + 1,25 % par an comme le suppose Infras (2019)) ou dans les prestations de soins selon la LAMal (de + 4,65 % par an au lieu de + 3,68 % par an comme le suppose Infras (2019)), la charge pour l'AOS pourrait être identique ou supérieure avec un financement uniforme incluant les soins que si le statu quo devait se poursuivre. Alors que les projections de l'AFF pour l'évolution des coûts dans le domaine des soins sont comprises pour l'essentiel dans la fourchette pour laquelle un financement uniforme de toutes les prestations au sens de la LAMal serait plus avantageux pour l'AOS que le statu quo, elles dépassent légèrement cette fourchette pour ce qui est de l'évolution des coûts dans le domaine stationnaire. Toutefois, comme le relève Infras (2019), ces projections ne tiennent pas compte du transfert attendu du stationnaire vers l'ambu-

¹¹ Ces prévisions tiennent compte de l'évolution démographique, des scénarios de morbidité, des effets de revenu dus à la croissance économique attendue ainsi que du renchérissement attendu. Pour le domaine des soins, elles prennent également en considération les effets dus au transfert du domaine stationnaire vers le domaine ambulatoire.

latoire. Au cours de la période de 2014 à 2018, l'évolution des coûts dans le domaine stationnaire était déjà inférieure aux hypothèses d'Infras (2019) et, de ce fait, nettement inférieure au seuil¹² à partir duquel un financement uniforme, soins inclus, serait plus coûteux pour l'AOS que le statu quo.

Dans l'ensemble, la conclusion tirée par Infras (2019), selon laquelle un financement uniforme serait financièrement plus avantageux pour l'AOS que le statu quo, même avec intégration des soins, semble ne pas être invraisemblable, d'autant plus si l'on tient compte du potentiel d'économies découlant d'un financement uniforme (cf. ch. 10). Si l'évolution de la charge de financement pour les cantons et l'AOS s'écartait des préférences politiques, le législateur pourrait toujours l'ajuster après coup en adaptant la répartition du financement.

2.4 Adaptations nécessaires au niveau de la loi

En cas d'intégration des soins de longue durée dans le financement uniforme, cette question se pose sous l'angle juridique : quelles adaptations de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) s'imposeraient et quelles en seraient les conséquences ?

Fondamentalement, le présent rapport part du principe qu'il faudrait modifier le moins possible le système actuel. Il n'esquisse par conséquent que les modifications qui seraient nécessaires, par rapport au projet adopté par le Conseil national, pour une prise en charge des coûts des prestations de soins par l'AOS. Sur quelques points, des variantes sont proposées.

2.4.1 Intégration des prestations de soins

Deux variantes sont imaginables pour une intégration des prestations de soins – partielle ou complète – dans un financement uniforme. Dans celle qui est privilégiée ici, toutes les prestations de soins de l'art. 25a LAMal actuel, pour lesquelles l'AOS verse aujourd'hui une contribution et pour lesquelles les cantons sont responsables du financement résiduel seraient intégrées dans un financement uniforme. Seraient donc concernés aussi bien les examens et traitements que les soins de base (art. 7, al. 2, let. b et c respectivement, de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31), ainsi que les mesures d'évaluation, de conseil et de coordination (art. 7, al. 2, let. a, OPAS). Ces prestations, comme toutes celles selon la LAMal, seraient intégralement prises en charge par l'AOS, les cantons participant proportionnellement à leur financement par le biais d'une contribution cantonale. Demeurerait réservée une contribution supplémentaire spécifique des assurés aux coûts des prestations de soins (cf. ch. 2.4.2).

L'on pourrait aussi imaginer des réglementations différentes pour les soins de base et pour les soins de traitements. Seules seraient alors intégrées dans le financement uniforme les prestations de soins de traitement et les mesures d'évaluation, de conseil et de coordination, l'AOS fournissant une contribution aux coûts des soins de base. Dans son message du 16 février 2005 relatif à la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins (05.025), le Conseil fédéral proposait déjà que l'AOS prenne intégralement en charge les coûts des mesures médi-

¹² De 2014 à 2018, le volume de prestations combiné de l'AOS et des cantons et communes pour les prestations stationnaires selon la statistique de l'AOS (tableau 2.26), combiné avec les indications de la CDS relatives aux pourcentages de financement des cantons et avec les calculs de l'OFSP, a augmenté de 1,03 % par année, soit nettement moins que le seuil de 2,46 % et moins aussi que l'hypothèse de 1,25 % retenue par Infras (2019).

cales qui poursuivent un but thérapeutique ou palliatif pour traiter une maladie (soins de traitement), mais ne verse qu'une contribution aux coûts des soins de base, qui visent à satisfaire les besoins humains fondamentaux.¹³ Dans cette variante, les coûts des soins de base qui ne sont pas couverts par la contribution de l'AOS seraient à la charge de l'assuré, comme le prévoyait en 2005 le message du Conseil fédéral. Par rapport à la situation actuelle, les cantons seraient déchargés de leur responsabilité de régler le financement résiduel des prestations de soins de base. La réglementation différente pour les prestations de soins de base pourrait être inscrite à l'art. 25, al. 2, LAMal dans une nouvelle let. a^{bis}, comme proposé dans le message de 2005.¹⁴

2.4.2 Contribution des assurés aux coûts des prestations de soins

Une deuxième question se pose dans la perspective d'une intégration des prestations de soins dans un financement uniforme : les patients devraient-ils aussi participer, à l'avenir, aux coûts des prestations de soins en plus de la participation ordinaire aux coûts ? L'art. 64 LAMal prévoit que les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient, cette participation comprenant une franchise et une quote-part. Mais une contribution supplémentaire spécifique aux prestations de soins peut être perçue, au-delà de la participation aux coûts ordinaire. Autrement dit, même si le montant de la franchise et celui de la quote-part sont déjà complètement atteints, que ce soit par la participation aux coûts au sens de l'art. 64 LAMal pour la contribution de l'AOS aux prestations de soins ou pour d'autres prestations selon la LAMal auxquelles l'assuré a recouru, une contribution supplémentaire aux coûts des prestations de soins peut aujourd'hui être exigée de lui, d'un montant de 20 % au plus de la contribution maximale de l'AOS aux soins qui a été fixée par le Conseil fédéral. Le terme de « contribution aux coûts des prestations de soins », à différencier du terme « participation aux coûts », est donc utilisé ici pour désigner les coûts qui sont répercutés sur l'assuré spécifiquement pour les prestations de soins, participation perçue en plus de la « participation aux coûts » ordinaire.

On adopte ici l'hypothèse que les assurés, l'AOS et les cantons continueraient d'assumer les mêmes parts respectives de financement qu'aujourd'hui ; l'éventuelle réforme serait donc neutre en termes de coûts pour toutes les parties. Différentes variantes sont imaginables pour la mise en œuvre.

La principale consiste à continuer de prévoir une contribution spécifique, supplémentaire, des assurés aux coûts des prestations de soins. Les patients résidant en EMS, ceux des organisations de soins et d'aide à domicile ainsi que les patients des infirmières et infirmiers indépendants

¹³ Les soins de base doivent être compris comme les prestations de nature non médicale qui ne font plus partie du traitement médical, mais visent à compenser les conséquences de l'impotence pour les personnes dépendantes de soins. Dans le modèle proposé en 2005 par le Conseil fédéral, l'AOS aurait orienté plus résolument ses prestations dans le domaine des soins vers les prestations médicales nécessitées par la maladie. Par la suite, le Parlement a cependant rejeté une telle solution et adopté la réglementation aujourd'hui en vigueur, qui prévoit des contributions de l'AOS aussi bien pour les soins de base que pour les soins de traitements.

¹⁴ Dans cette seconde variante (L2), il conviendrait de clarifier d'une part, quels effets se produiraient sur d'autres instruments de politique sociale (prestations complémentaires, allocation pour impotent, etc.) car, avec les prestations de soins de base, la charge à supporter par l'assuré pourrait augmenter par rapport à aujourd'hui ; et, d'autre part, la manière dont le changement de système pourrait s'opérer de façon neutre en termes de coûts pour l'AOS, les cantons et les assurés. On pourrait imaginer de réduire la contribution des assurés aux prestations de soins de traitement afin de compenser la suppression de la responsabilité des cantons pour le financement résiduel des prestations de soins de base (cf. ch. 2.4.2). Pour cela, il faudrait savoir à chaque fois, de façon séparée pour les prestations de soins de base et de soins de traitement, quelles parts respectives des coûts sont financées actuellement par l'AOS, par les cantons et par la contribution des assurés aux coûts des prestations de soins.

participeraient dans la même mesure qu’aujourd’hui au financement des prestations obtenues. Les cantons garderaient la possibilité de prendre intégralement ou partiellement en charge la contribution aux coûts des assurés, cette prise en charge éventuelle n’ayant toutefois aucun impact sur la part de financement cantonale. C’est aussi ce qu’a proposé la CDS.¹⁵ La contribution des assurés aux coûts des prestations de soins pourrait être définie comme un montant en francs et non, comme aujourd’hui, en pourcentage de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Dans la variante la plus simple, le Conseil fédéral pourrait fixer ce montant de sorte qu’il corresponde au montant actuel (23.– au maximum).

L’on pourrait aussi imaginer de supprimer la perception d’une contribution spécifique supplémentaire des assurés aux prestations de soins et d’augmenter la participation aux coûts ordinaire pour toutes les prestations de sorte que la somme de la participation aux coûts pour tous les assurés corresponde exactement à la somme de la participation actuelle aux coûts et aux contributions des assurés aux prestations de soins. Ainsi, les prestations de soins seraient aussi uniformément financées du point de vue des assurés. Il en résulterait toutefois des effets de redistribution entre les assurés. Ceux qui dépendent de soins seraient déchargés au détriment de ceux qui n’en dépendent pas. L’on peut s’attendre à ce que la charge de la participation aux coûts augmente par rapport à aujourd’hui pour les assurés jeunes ou d’âge moyen et à ce qu’elle diminue surtout pour les assurés très âgés. Il s’ensuivrait probablement aussi des conséquences financières sur d’autres assurances sociales, par exemple les prestations complémentaires à l’AVS et à l’AI, qui devraient être un peu moins mises à contribution. Cette variante ne nécessiterait pas de réglementation spécifique dans la loi mais, afin que la mise en place d’un financement uniforme avec intégration des prestations de soins soit neutre en termes de coûts, le Conseil fédéral devrait relever, dans une proportion encore à déterminer, les échelons de franchise qu’il doit fixer (art. 64, al. 3, LAMal).

Une autre option possible serait d’harmoniser la contribution des assurés aux coûts des prestations de soins en EMS ainsi que, le cas échéant, à ceux des prestations de soins à domicile avec la contribution actuelle des assurés aux frais de séjour hospitalier. Toutefois, dans le cas des prestations de soins, cette contribution ne pourrait pas se justifier par les économies réalisées sur les frais de pension, car ces derniers n’entrent pas dans le volume des prestations en cas de séjour en EMS, et ils restent aussi à la charge des assurés lorsque les prestations ou les soins sont fournis à domicile par une organisation de soins et d’aide à domicile ou par une infirmière ou un infirmier indépendant(e). Il en résulterait là aussi, par rapport à aujourd’hui, des transferts de charges entre les assurés avec un impact sur d’autres assurances sociales.

2.4.3 Rémunération des prestations de soins

Une troisième question reste encore à résoudre, celle de la rémunération des prestations de soins, du fait que le financement résiduel, réglé aujourd’hui de différentes manières suivant les cantons, n’existerait plus. Une première possibilité serait de ne pas prévoir de règles spéciales pour ce domaine. S’appliqueraient alors les dispositions générales de la loi (art. 43 LAMal), selon lesquelles les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs (tarif au temps consacré, à la prestation ou forfaitaire) fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations. Si aucune convention tarifaire ne peut être conclue entre eux, le gouvernement cantonal fixe le tarif après avoir consulté les intéressés (art. 47 LAMal) ; ses

¹⁵ Patientenbeteiligung unter «EFAS mit Pflege» [participation des patients dans l’option « EFAS soins compris »], proposition de décision de la Commission Application LAMal à l’intention du comité directeur de la CDS, 7 juin 2019.

décisions peuvent faire l'objet d'un recours au Tribunal administratif fédéral (art. 53 LAMal). Si les partenaires tarifaires conviennent de tarifs forfaitaires, il y aura lieu de tenir compte de la modification de l'art. 43, al. 3, LAMal proposée par le Conseil fédéral dans son message du 21 août 2019 concernant la modification de la LAMal (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1^{er} volet) (19.046), selon laquelle les tarifs des forfaits par patient doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme au niveau national, fixée par convention sur le plan suisse, sauf exception prévue par le Conseil fédéral. C'est déjà le cas aujourd'hui pour les tarifs à la prestation.

Les cantons souhaitent toutefois, pour les prestations de soins, la création d'une organisation tarifaire qui définirait les principes de la rémunération.¹⁶ Dans le message du Conseil fédéral du 21 août 2019 relatif à la modification de la LAMal (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1^{er} volet) (19.046), l'art. 47a P-LAMal prévoit que les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs instituent une organisation chargée de l'élaboration des structures tarifaires pour les traitements médicaux ambulatoires (cf. aussi ch. 6). 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. Il est précisé dans le message que, si un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires est instauré, rien ne s'opposerait à prévoir que les cantons puissent siéger au sein de cette organisation. Pour offrir aux cantons la garantie qu'une telle organisation tarifaire serait aussi compétente pour les prestations de soins, il est prévu dans l'art. 47a P-LAMal que l'organisation tarifaire serait obligatoirement compétente pour les traitements médicaux ambulatoires, mais également pour les prestations de soins, l'obligation pouvant aussi s'étendre en plus, sur décision du Conseil fédéral, à d'autres prestations ambulatoires.

Cela dit, il serait possible, mais non impératif, de prescrire à l'art. 50 LAMal des réglementations spécifiques pour les tarifs des prestations de soins. Pour les soins en EMS, une rémunération forfaitaire pourrait être par exemple prescrite, par analogie avec la réglementation actuelle applicable aux prestations de soins prodiguées à l'hôpital (art. 49, al. 1, LAMal) et avec les contributions de l'AOS aux prestations de soins en EMS selon le niveau de soins requis, qui sont déjà réglementées de façon similaire. La loi pourrait aussi exclure que les partenaires tarifaires puissent fixer des tarifs à la prestation. Actuellement, les contributions de l'AOS aux prestations de soins sont ainsi organisées qu'elles ressemblent davantage à un tarif au temps consacré (organisations de soins et d'aide à domicile, infirmières et infirmiers indépendants) ou à un tarif forfaitaire (EMS). Des dispositions spécifiques ne sont pas exposées dans le projet de réglementation légale (cf. chiffre 13) puisqu'elles ne sont pas impératives.

2.4.4 Soins aigus et de transition

Les prestations de soins aigus et de transition qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrits par un médecin de l'hôpital sont rémunérés, selon le droit actuel, durant deux semaines au plus conformément à la réglementation du financement hospitalier. Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent à cet égard de forfaits (art. 25a, al. 2, LAMal).

Avec l'introduction d'un financement uniforme de toutes les prestations selon la LAMal, les règles du financement hospitalier et celles du financement des soins seraient pratiquement identiques. L'AOS rémunère toutes les prestations et les cantons versent pour tous les types de

¹⁶ Iv. pa. 09.528 Financement moniste des prestations de soins. Prise de position de la CDS du 27 juin 2019.

prestations, au titre de leur contribution, le même pourcentage aux assureurs. Suivant la réglementation adoptée pour la contribution des assurés aux coûts des prestations de soins (cf. ch. 2.4.2), il est en revanche possible qu'une participation aux coûts spécifique pour les prestations de soins continue d'être exigée des assurés en plus de la participation aux coûts ordinaire, perçue pour toutes les prestations. Le montant maximal de cette participation spécifique (actuellement 23 fr. par jour) ne diffère cependant pas de façon significative d'autres contributions supplémentaires telles que la contribution aux frais de séjour hospitalier visée à l'art. 64, al. 5, LAMal et à l'art. 104 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) (actuellement 15 fr. par jour).

Il ne semble guère proportionné de maintenir l'instrument de soins aigus et de transition dans sa forme actuelle au seul motif que, pendant deux semaines au plus, l'assuré devrait assumer des coûts légèrement inférieurs si la contribution spécifique des assurés aux coûts des prestations de soins ne devait pas être fournie. L'évaluation du nouveau régime de financement des soins et celle de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, notamment, ont montré en outre que l'instauration de forfaits pour les soins somatiques aigus dispensés en hôpital n'a pas provoqué l'augmentation redoutée du nombre de sorties prématurées de l'hôpital, et que l'instrument créé pour atténuer les effets de ces dernières n'a pratiquement pas été utilisé à ce jour.

Si, en dépit des considérations qui précèdent, l'on souhaite conserver l'instrument des soins aigus et de transition, un tarif forfaitaire pour ces soins pourrait être prescrit à l'art. 50 LAMal. La contribution des assurés aux coûts des prestations de soins due durant deux semaines au plus pourrait être réglée à l'art. 64 LAMal. Le présent rapport part toutefois de l'idée qu'en cas d'intégration des prestations de soins dans un financement uniforme, ledit instrument serait abandonné, car il n'aurait plus guère de sens.

2.4.5 Transparence des coûts

Le présent rapport prend pour hypothèse que les EMS auront toujours, comme aujourd'hui, l'obligation de tenir une comptabilité analytique et une statistique des prestations, lesquelles contiennent les données nécessaires à l'évaluation du caractère économique des prestations, aux comparaisons entre établissements et à l'établissement de tarifs. En pratique, comme le montre le rapport de base de Polynomics / HSLU (2020), la mise en œuvre de ces dispositions est différemment poussée, mais des progrès ont déjà été faits. Pour les autres fournisseurs de prestations qui dispensent des prestations de soins (organisations de soins et d'aide à domicile, infirmières et infirmiers indépendants), la loi ne contient à ce jour aucune disposition spécifique en matière de comptabilité analytique et de statistique des prestations, et ce n'est pas non plus le cas pour d'autres fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire (médecins ou chiropraticiens, par exemple). Afin d'améliorer la transparence des coûts, il semble judicieux, en dérogation à ce principe, de soumettre également à des prescriptions spécifiques en la matière, au niveau de l'ordonnance, les organisations de soins et d'aide à domicile ainsi que les infirmières et infirmiers indépendants. La base légale nécessaire pourrait être créée à l'art. 50 LAMal. Le gain possible en termes de transparence des coûts, comme attendu dans le rapport de base de Polynomics / HSLU (2020), devrait être mis en balance avec, d'une part, les charges supplémentaires que devraient supporter les fournisseurs de prestations concernés et, d'autre part, un traitement différent entre fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire. Si l'on accorde moins de poids à la transparence des coûts qu'aux coûts associés, on pourrait renoncer à ce complément.

2.4.6 Compétence pour la contribution cantonale

Le canton compétent pour la réglementation et le paiement du financement résiduel pour les prestations de soins est aujourd'hui celui où l'assuré a son domicile. Un séjour en EMS ne justifie pas une nouvelle compétence si l'assuré entre en EMS ailleurs que dans son canton de domicile. Le canton de domicile avant l'entrée en EMS (canton de provenance) reste responsable du paiement du financement résiduel dans tous les cas, peu importe que l'assuré transfère ou non, après son entrée en EMS, son domicile légal du canton de provenance à celui où se situe l'EMS. Le domicile légal et la responsabilité pour le paiement du financement résiduel peuvent donc ne pas coïncider.

Le législateur a adopté cette règle dans le cadre de l'initiative parlementaire 14.417 Egerszegi « Amender le régime de financement des soins » afin d'établir clairement qui était responsable du paiement du financement résiduel. Inspirée de la réglementation inscrite dans la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC ; RS 831.30), la réglementation actuelle a cependant pour effet que des réglementations divergentes coexistent actuellement au sein de la LAMal. Pour le cofinancement dual-fixe des prestations stationnaires prévu à l'art. 49a LAMal, c'est en effet le domicile légal qui est déterminant, alors que le financement résiduel des soins est du ressort du canton de provenance. Le rapport de la CSSS-E du 21 mars 2016 sur l'initiative parlementaire 14.417 avait déjà montré qu'avec la réglementation actuelle de la LPC, des différences en matière de distinction étaient inévitables, soit entre la LPC et la LAMal, soit même au sein de la LAMal. Le législateur a opté alors pour une concordance entre la LPC et le financement résiduel des prestations de soins dans la LAMal.

Dans un financement uniforme intégrant les prestations de soins, le canton verserait une seule contribution aux assureurs pour toutes les prestations selon la LAMal. Il n'y aurait donc plus aucun sens à ce que la contribution cantonale pour les prestations de soins et celle pour les autres prestations, stationnaires par exemple, soient du ressort de deux cantons différents. Le présent rapport part du principe que le domicile légal de l'assuré sera déterminant pour la compétence de paiement de la contribution cantonale, comme c'est aujourd'hui le cas pour le cofinancement des prestations stationnaires. La disposition de l'al. 25a, al. 5, 5^e phrase (« Le séjour dans un établissement médico-social ne fonde aucune nouvelle compétence »), pourra dans ce cas être abrogée. C'est la disposition générale de l'art. 60, al. 2, let. b, ch. 1, P-LAMal (projet du Conseil national), selon laquelle les coûts des prestations fournies en Suisse aux assurés qui résident sur le territoire du canton sont déterminants pour le calcul de la contribution cantonale, qui sera applicable.

2.4.7 Prise en charge des coûts en cas de séjour en EMS dans un autre canton

Depuis la nouvelle réglementation issue de l'initiative parlementaire 14.417 Egerszegi « Amender le régime de financement des soins », l'assuré peut, pour les prestations de soins ambulatoires, choisir librement entre les fournisseurs de prestations admis, sans conséquence sur la prise en charge des coûts (cf. art. 25a, al. 5, 4^e phrase, LAMal). En ce qui concerne les EMS, une réglementation différenciée s'applique pour la prise en charge des coûts en cas de séjour en EMS dans un autre canton que le canton de domicile (cf. art. 25a, al. 5, 3^e, 6^e et 7^e phrases, LAMal). Le canton de domicile (canton de provenance) ne doit prendre en charge le financement résiduel du fournisseur de prestations de l'autre canton selon les règles du canton où se situe ce fournisseur de prestations que si, au moment de l'admission, aucune place ne peut être mise à la disposition de l'assuré dans un EMS de son canton de domicile qui soit situé à proximité. Dans le cas contraire, le financement résiduel est régi par les règles du canton de domicile. Cela peut avoir pour conséquence que l'assuré doive assumer lui-même la différence éventuelle

entre le financement résiduel assumé par le canton de domicile et celui qu'assumerait l'autre canton.

Avec un financement uniforme intégrant les prestations de soins, ce ne serait plus aux cantons de fixer le niveau du financement résiduel, et la grande diversité qui règne actuellement en la matière disparaîtrait. En lieu et place, seraient convenus des tarifs soumis aux mêmes principes uniformes, inscrits dans la LAMal et valables pour tous les cantons, que les tarifs applicables aux autres prestations et notamment aux prestations ambulatoires. Ainsi, les différences entre les cantons s'atténueraient, respectivement correspondraient à celles qui existent pour les autres traitements ambulatoires où peuvent s'appliquer des valeurs du point différentes, mais qui reposent sur une structure tarifaire uniforme et pour lesquels l'assuré peut choisir librement parmi les fournisseurs de prestations de l'ensemble du pays. Du même coup, l'un des principaux arguments actuels en faveur d'une limitation du libre choix de l'assuré dans le domaine des EMS perdrait toute pertinence.

Étant donné que le traitement dispensé en EMS constitue une prestation ambulatoire au sens de la loi, il serait logique, parallèlement à la suppression de la responsabilité cantonale pour fixer les règles du financement résiduel, d'instaurer aussi pour les EMS le libre choix intégral de l'assuré dans toute la Suisse, comme c'est déjà le cas pour les prestations fournies par les organisations de soins et d'aide à domicile et les infirmières et infirmiers indépendants, de même que pour toutes les autres prestations ambulatoires au sens de la loi. Par voie de conséquence, les litiges ayant trait à la définition des exceptions seraient superflus.

Lors des délibérations parlementaires au sujet de l'initiative parlementaire 14.417 Egerszegi « Amender le régime de financement des soins », le Conseil national souhaitait déjà le libre choix intégral, mais le Conseil des États a préféré maintenir la compétence du canton de provenance pour le financement résiduel. Les conditions étaient toutefois fondamentalement différentes alors, le financement résiduel étant de la compétence des cantons, de ce qu'elles seraient avec un financement uniforme intégrant les prestations de soins. Si l'on décidait malgré tout de maintenir les règles actuelles de prise en charge des traitements dans un EMS d'un autre canton que le canton de provenance (application du tarif du canton où se situe l'EMS uniquement si aucune place ne peut être proposée à l'assuré dans un EMS de son canton de domicile qui soit situé à proximité), cette règle pourrait être inscrite à l'art. 41 LAMal dans un nouvel al. 1^{quater}.

2.4.8 Période transitoire jusqu'à l'intégration des prestations de soins

Afin de laisser suffisamment de temps pour créer les bases légales requises pour l'intégration des prestations de soins dans un financement uniforme sans pour autant retarder l'instauration de ce financement pour les prestations ambulatoires et stationnaires, il pourrait être judicieux de prévoir une entrée en vigueur par étapes du financement uniforme. Dans un premier temps, seules les prestations ambulatoires et stationnaires seraient financées de manière uniforme à l'exclusion des prestations de soins, qui seraient intégrées dans le financement uniforme dans un second temps, quelques années plus tard. Des parts de financement différentes devraient être définies pour ces deux phases (cf. ch. 4.5). Il faudrait également définir la durée de la première phase.

Dans le projet qu'il a adopté, le Conseil national a prévu que le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires entre en vigueur trois ans après son adoption par le Parlement ou son acceptation en votation populaire. Pour améliorer la transparence des coûts, comme cela a été montré au ch. 2.4.1, il faudrait compter quatre à cinq ans, et au moins cinq ans pour mettre au point une nouvelle tarification. Afin de tenir compte de ces circonstances, il y aurait lieu de prévoir un temps un peu plus long jusqu'à l'intégration des prestations de soins dans le

financement uniforme. Le législateur pourrait par exemple décider que les dispositions relatives à cette intégration n'entreront en vigueur que sept ans après l'adoption, et prévoir des dispositions transitoires correspondantes applicables dans l'intervalle. Le cadre temporel serait laissé à la libre appréciation du législateur.

Une autre possibilité serait que le législateur délègue aussi au Conseil fédéral la compétence de fixer le moment de l'entrée en vigueur des dispositions relatives à l'intégration des prestations de soins. Cette solution ne répondrait toutefois pas pleinement au souhait des cantons de clarifier d'emblée de manière contraignante quand les prestations de soins seraient intégrées dans le financement uniforme.

2.4.9 Résumé des adaptations nécessaires et proposition du DFI

Le Tableau 3 récapitule les adaptations législatives requises, du point de vue du DFI, pour une intégration des prestations de soins dans le financement uniforme. Subdivisé par thèmes, il montre pour chacun d'eux la proposition à privilégier selon lui et indique les articles de loi qui permettraient de le régler (cf. ch. 13).

Tableau 3 : Vue d'ensemble des adaptations législatives requises

Thème	Description	Réglementation dans la (P-)LAMal
Intégration des prestations de soins (Ch. 2)	Intégrer toutes les prestations de soins dans un financement uniforme	Art. 25, al. 2, let. a Art. 25a, al. 1, 4 et 5 (abrogation) Art. 60, al. 2
Contribution des assurés aux coûts des prestations de soins (Ch. 2.4.2)	Maintenir au niveau actuel la contribution spécifique des assurés pour les prestations de soins, que le Conseil fédéral fixera sous forme d'un montant en francs	Art. 25a, al. 5 (abrogation) Art. 64, al. 5 ^{bis}
Rémunération (Ch. 2.4.3)	Rendre l'organisation tarifaire avec participation des cantons (cf. ch. 6) obligatoirement compétente pour les prestations de soins également	Art. 25a, al. 3 et 4 (abrogation) Art. 47a, al. 1 et 4
Soins aigus et de transition (Ch. 2.4.4)	Supprimer les soins aigus et de transition	Art. 25a, al. 2 (abrogation)
Transparence des coûts (Ch. 2.4.5)	Rendre les dispositions relatives à la comptabilité analytique et à la statistique des prestations applicables également aux organisations de soins et d'aide à domicile et aux infirmières et infirmiers indépendants	Art. 50, al. 2, 3 et 5
Contribution cantonale (Ch. 2.4.6)	Déclarer le domicile légal déterminant pour la contribution cantonale aux coûts des prestations de soins également (cohérence dans la LAMal, divergence avec la LPC)	Art. 25a, al. 5 (abrogation)
Prise en charge des coûts en cas de séjour dans un EMS d'un autre canton (ch. 2.4.7)	Généraliser la prise en charge par l'AOS selon le tarif du canton où se situe le fournisseur de prestations, pour les EMS comme pour tous les autres traitements ambulatoires	Art. 25a, al. 5 (abrogation) Art. 41, al. 1
Période transitoire pour l'intégration des soins (ch. 2.4.8)	Confier au législateur la fixation de la durée de la période transitoire, par ex. trois ou sept ans	Dispositions transitoires, al. 4 et 5 Dispositions finales, al. 2 et 3
Délai jusqu'à ce que soit atteinte la part minimale de financement (ch. 2.2)	Allonger le délai de trois à quatre ans et réduire l'adaptation minimale par année de 1,5 à 1,0 point de pourcentage, si les cantons le souhaitent	Dispositions transitoires, al. 1, 2 et 3

3 Mécanismes de pilotage pour les cantons

Dans le mandat qu'elle a donné à l'administration, la CSSS-E relève que les cantons souhaitent disposer de mécanismes de pilotage efficaces. Elle lui demande de montrer quelles possibilités il faut prévoir en la matière en plus de la révision partielle de la LAMal 18.047 « Admission des fournisseurs de prestations », et si des possibilités de sanction supplémentaires seraient souhaitables en cas de violation des prescriptions légales et des obligations professionnelles.

3.1 Situation initiale

La modification de la LAMal « Admission des fournisseurs de prestations » a été adoptée par le Parlement le 19 juin 2020 (message du Conseil fédéral du 9 mai 2018 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie ; 18.047).¹⁷ Cette modification vise à fixer la possibilité pour les cantons de limiter le nombre de fournisseurs de prestations sur leur territoire, par domaine de spécialisation et par région.

La limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'AOS a été appliquée sous diverses formes par le passé. La possibilité de limiter l'admission a été introduite par le Parlement pour la première fois en 2001 et est entrée en vigueur le 3 juillet 2002 pour une durée limitée à trois ans. Depuis, la mesure a été prolongée à plusieurs reprises jusqu'à nos jours, ne connaissant qu'une brève interruption entre le 1^{er} janvier 2012 et le 30 juin 2013. Elle a été réintroduite en urgence à partir du 1^{er} juillet 2013 afin de pallier la forte augmentation du nombre de nouveaux médecins.

Après une dizaine d'années régies par des solutions limitées dans le temps, le Conseil fédéral a souhaité qu'une solution stable à long terme prenne le relais. C'est d'ailleurs un des objectifs qu'il s'est fixés dans la stratégie Santé2020.¹⁸ Le 18 février 2015, le Conseil fédéral a soumis au Parlement un projet de modification de la LAMal visant la mise en place de nouvelles solutions de pilotage pour les soins ambulatoires (Pilotage du domaine ambulatoire ; objet 15.020 ; FF 2015 2109). Ce projet devait en particulier permettre aux cantons de réagir à une offre excédentaire ou insuffisante. Il a été remanié par le Parlement de manière à ce qu'il ne prévoie plus que la prolongation pour une durée illimitée de la limitation des admissions déjà en vigueur. Il a finalement été rejeté par le Conseil national en vote final le 18 décembre 2015.

Afin de prévenir une nouvelle lacune dans la limitation des admissions telle que celle ayant eu lieu entre 2012 et 2013, le Parlement a accepté le 17 juin 2016 de prolonger temporairement l'application de l'art. 55a LAMal, du 1^{er} juillet 2016 au 30 juin 2019. Enfin, il a adopté le 14 décembre 2018 l'initiative parlementaire de la CSSS-N 18.440 « Prolongation pour une durée déterminée de la limitation de l'admission à pratiquer définie à l'art. 55a LAMal », prolongeant ainsi ladite réglementation de deux ans supplémentaires, jusqu'au 30 juin 2021 (FF 2018 6397).

¹⁷ Texte final soumis au vote : FF 2020 5351

¹⁸ Voir le rapport Santé2020 du 23 janvier 2013, p. 22.

3.2 Réglementation de l'admission des fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire

La modification du 19 juin 2020 de la LAMal vise à augmenter les exigences d'admission des fournisseurs de prestations et à offrir aux cantons la possibilité de régler de manière plus efficace l'offre des fournisseurs de prestations sur leur territoire. Avec cette modification, les cantons ont un rôle primordial à jouer dans la réglementation de l'offre : ils procèdent à l'autorisation formelle et à la surveillance des fournisseurs de prestations et en fixent les nombres maximaux par région ou domaine de spécialisation. Le 4 novembre 2020, le Conseil fédéral a ouvert la procédure de consultation pour le droit d'application à ce sujet, qui durera jusqu'au 19 février 2021.¹⁹

Les art. 36a et 37 nLAMal renforcent les conditions d'admission des fournisseurs de prestations, afin de garantir des prestations appropriées et d'un haut niveau de qualité. Ces conditions portent, selon le type de fournisseurs de prestations, sur la formation de base, sur la formation postgrade et sur les exigences nécessaires pour assurer la qualité des prestations. En outre, l'art. 37 prévoit des conditions particulières pour les médecins, notamment en matière de compétences linguistiques. En ce qui concerne la surveillance des fournisseurs de prestations, les autorités de surveillance des cantons pourront à l'avenir prendre les mesures nécessaires pour garantir le respect des conditions d'admission prévues aux art. 36a et 37 nLAMal. Les mesures envisageables comprennent des avertissements, des amendes, ainsi que le retrait temporaire ou permanent de la licence d'exploitation aux frais de l'AOS (cf. art. 38 nLAMal). Prévoir d'autres sanctions en cas de violation des exigences légales n'est en principe pas nécessaire. Au cours du débat parlementaire par exemple, l'obligation de lier l'admission à pratiquer à la charge de l'AOS à des charges relatives au caractère économique et à la qualité des prestations, contrôlées par les cantons, a été supprimée du projet (18.047).

La modification a également pour but de fournir aux cantons la possibilité de limiter l'admission de fournisseurs de prestations sur leur territoire en fixant des nombres maximaux par domaine de spécialisation et par région. Cette réglementation de l'admission vise notamment à limiter la hausse de la consommation de prestations à la charge de l'AOS. Si l'on considère que, dans le domaine de la santé, l'offre a un impact sur la demande en soins, limiter l'offre permet alors de diminuer les coûts totaux.

Cette mesure a également pour but de répartir l'offre de manière plus homogène sur le territoire. Les médecins souhaitant s'installer dans des zones où la densité de praticiens est élevée seront indirectement incités à se diriger vers d'autres régions ne connaissant pas de limitation d'accès, où l'offre est jugée insuffisante.

L'art. 55a nLAMal pose les bases légales de la limitation des admissions par les cantons. Il précise que les cantons limitent le nombre de médecins fournissant des prestations ambulatoires. Au-delà du nombre maximal appliqué, les nouveaux médecins souhaitant s'installer ne peuvent pratiquer à la charge de l'AOS. Sont concernés les médecins exerçant dans le domaine ambulatoire d'un hôpital, ainsi que ceux exerçant dans une institution visée à l'art. 35, al. 2, let. n, LAMal. Les critères et les principes méthodologiques pour fixer les nombres maximaux sont définis par le Conseil fédéral. Ce dernier tient notamment compte des flux de patients entre les cantons, des régions responsables de la fourniture des soins ainsi que de l'évolution générale du taux d'activité des médecins.

¹⁹ www.admin.ch > Droit fédéral > Procédures de consultation > Procédures de consultation en cours > DFI

En plus de fixer des nombres maximaux de médecins par domaine de spécialisation ou par région, les cantons disposent d'un mécanisme d'urgence de frein à la hausse des coûts. Ce mécanisme leur permet d'empêcher toute nouvelle admission à pratiquer à charge de l'AOS dans un certain domaine de spécialisation, si les coûts annuels par assuré dans ce domaine augmentent davantage que ceux des autres domaines dans le canton ou que ceux de la moyenne suisse des coûts annuels dans ce domaine.

3.3 Autres outils de pilotage

La confrontation de la limitation des admissions à d'autres mécanismes de pilotage a déjà été étudiée par le Conseil fédéral.²⁰ Divers mécanismes alternatifs sont présentés ci-dessous, comme la levée de l'obligation de contracter, l'introduction de tarifs différenciés ou l'établissement d'un objectif de maîtrise des coûts.

3.3.1 Liberté de contracter et tarifs différenciés

Avec une levée de l'obligation de contracter, les fournisseurs de prestations et les assureurs sélectionneraient les partenaires avec lesquels ils souhaitent travailler. En situation de sur-approvisionnement de fournisseurs de prestations, tous ne peuvent établir de conventions avec les assureurs et certains se voient exclus du marché, tandis que d'autres abaissent leurs tarifs afin d'être pris en charge par les assureurs. Ce mécanisme entraîne une baisse des coûts à la charge de l'AOS. Cette variante a été discutée à de nombreuses reprises, mais a finalement été refusée par le Parlement.

L'introduction de tarifs différenciés offrirait quant à elle aux partenaires une plus grande marge de manœuvre en leur permettant d'adapter les tarifs selon la région, l'offre de prestations ou des critères qualitatifs. La concurrence ainsi renforcée, les partenaires tarifaires auraient la possibilité de lutter contre le sous-approvisionnement et le sur-approvisionnement. Concrètement, la différenciation implique que les partenaires tarifaires fixent dans leurs conventions tarifaires des valeurs différentes du point en fonction des régions. Cependant, cette mesure introduit une inégalité de traitement entre les patients pouvant se déplacer et les autres. De plus, une telle différenciation des tarifs pourrait s'avérer contraire au principe d'équité inscrit dans la LAMal. Lorsque le relèvement de la valeur du point poursuit exclusivement le but de corriger des déséquilibres régionaux en matière d'approvisionnement en soins, l'adaptation de tarif ne repose pas sur une réflexion économique.

Globalement, ni la liberté de contracter ni l'introduction de tarifs différenciés ne trouvent de consensus auprès des partenaires tarifaires et du monde politique. Par ailleurs, ces deux instruments ne constituent pas un outil de pilotage à disposition des cantons. Le Parlement a ainsi préféré une autre option.

²⁰ Voir le Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Admission des fournisseurs de prestations), FF 2018 3263, p. 3277, et le Rapport du Conseil fédéral en exécution du postulat 16.3000 CSSS-E « Possibilités de remplacer le système actuel de gestion en matière d'admission de médecins », du 3 mars 2017, disponible à l'adresse : www.parlament.ch > 16.3000 > Rapport en réponse à l'intervention parlementaire.

3.3.2 Objectif de maîtrise des coûts

Parmi les outils de pilotage à la disposition des cantons figure l'introduction dans l'AOS d'un objectif de maîtrise des coûts. Cette mesure, constituant le premier point du 2^e volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts, devrait instaurer une limite supérieure pour l'augmentation des coûts à la charge de l'AOS, qui ne devrait si possible pas être dépassée. Cet objectif est fixé au niveau national par le Conseil fédéral.

Les cantons définissent un objectif pour l'augmentation des coûts, tout en respectant la marge de manœuvre fixée par la Confédération. Chaque canton a ainsi la possibilité d'adapter légèrement l'objectif en fonction de sa situation économique et démographique, et de l'offre de soins.

L'objectif fixé est également contraignant, dans la mesure où, lorsqu'il est dépassé, les cantons (respectivement la Confédération dans ses domaines de compétences) sont dans l'obligation de prendre des mesures visant à freiner l'augmentation des coûts. Concrètement, les contrats portant sur les tarifs devront être révisés par les partenaires de soins. Dans le cas où un accord entre les acteurs ne peut être trouvé, les cantons déterminent eux-mêmes les mesures à prendre, portant par exemple sur la valeur du point.

3.3.3 Motion 20.3914 de la CSSS-N « Gestion de l'admission des psychologues pratiquant la psychothérapie »

Le 26 juin 2020, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a déposé une motion demandant au Conseil fédéral de modifier la LAMal afin de permettre aux cantons de gérer l'offre de prestations en matière de psychothérapie pratiquée par les psychologues.

Le Conseil fédéral souhaite rendre possible la gestion de l'admission des psychologues par les cantons en étendant les possibilités de pilotage des cantons aux fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. b à g et m. Il a ainsi proposé au Parlement d'accepter cette motion, qui pourrait être réglée par l'inscription d'un nouvel art. 55b dans la LAMal.

3.4 Conclusion et proposition du DFI

La modification du 19 juin 2020 de la LAMal vise à fournir aux cantons les outils adéquats leur permettant d'améliorer la gestion de l'admission des fournisseurs de prestations sur leur territoire.

Dans le domaine de la santé, il est établi que la demande réagit positivement à l'offre de soins. Dès lors, limiter le nombre de fournisseurs de soins dans les régions ou les domaines de spécialisation connaissant une densité élevée constitue un instrument efficace de réduction des coûts de la santé.

Le Conseil fédéral souhaite également empêcher une hausse non contrôlée du volume de prestations en matière de psychothérapie pratiquée par les psychologues. C'est pourquoi il a recommandé au Parlement d'adopter la motion 20.3914 de la CSSS-N, qui permettra d'étendre la limitation de l'admission aux psychologues pratiquant la psychothérapie.

Avec la limitation des admissions, les cantons disposent d'un instrument de pilotage efficace, leur permettant de gérer l'offre de soins sur leur territoire et d'empêcher toute nouvelle admission dans un domaine de spécialisation en cas de forte hausse des coûts. Il n'est donc pas souhaitable d'alourdir le projet de financement uniforme des prestations avec d'autres mesures, à l'exception de la mise en œuvre de la motion 20.3914. De plus, les cantons n'ont pas transmis

au Conseil fédéral de propositions d'autres mesures, ni par écrit, ni durant les ateliers qui ont été organisés. La motion 20.3914 pourrait être mise en œuvre par l'inscription d'un nouvel art. 55*b* dans la LAMal (cf. ch. 13).

4 Calcul de la contribution cantonale : coûts bruts ou coûts nets ?

La contribution cantonale peut être fixée en pourcentage soit des coûts bruts (sans déduction de la franchise et de la quote-part) soit des coûts nets (déduction faite de la franchise et de la quote-part). Comme cette contribution doit être la même en chiffres absolus dans les deux cas pour garantir un passage au financement uniforme qui soit neutre aussi bien en termes de coûts qu'en termes de primes pour la moyenne de tous les cantons, le pourcentage sera plus élevé s'il s'oriente sur les coûts nets. Le montant identique de la contribution cantonale (numérateur) est mis en rapport avec un montant plus faible si ce sont les coûts nets (avec déduction de la franchise et de la quote-part) qui sont portés au dénominateur que si ce sont les coûts bruts. Les deux approches ont leurs avantages et leurs inconvénients, qui sont exposés ci-après.

4.1 Les cantons financent une part des prestations nettes des assureurs, les assurés participent à l'intégralité des coûts (option 1)

C'est la solution que le Conseil national a choisie dans le projet qu'il a adopté le 26 septembre 2019. Le Conseil fédéral s'est également exprimé en sa faveur dans son avis du 14 août 2019. L'option 1 prévoit que le cofinancement des cantons porte sur les prestations nettes des assureurs. Les assureurs ne touchent donc des fonds cantonaux que pour les prestations qu'ils prennent en charge après déduction de la participation (franchise et quote-part) des assurés. Les cantons financent uniquement une partie des prestations des assureurs, non une partie du coût total des prestations. Cela représente un changement de système par rapport à la pratique actuelle dans le domaine stationnaire.

L'avantage de cette option consiste dans sa simplicité du point de vue administratif. Comme le canton ne cofinance pas la participation des assurés aux coûts, les assurés qui n'ont pas encore atteint le montant de leur franchise ne sont, tout comme aujourd'hui, pas incités directement, dans le système du tiers garant, à envoyer leurs factures à l'assureur. Le traitement de ces factures reste donc épargné à ce dernier. De plus, les assureurs ne sont pas plus incités qu'aujourd'hui à demander la transmission de factures supplémentaires. Il n'y a donc aucune augmentation des coûts administratifs à attendre de ce côté.

Un autre avantage de cette option est que, selon l'Office fédéral de la justice (OFJ), elle ne présente aucun risque sous l'angle du droit constitutionnel. Les cantons participent au financement du coût « net » des prestations d'assurance. La part des coûts des assurés est déduite du montant des rémunérations avant qu'il ne soit procédé au calcul de la contribution cantonale. Ainsi, les cantons sont tenus de participer aux coûts de l'assurance-maladie, mais non aux coûts des prestations que les particuliers prennent en charge dans le cadre de leur propre participation aux coûts. Cette solution, qui correspond à la compétence de régler l'assurance-maladie dévolue à la Confédération par l'art. 117 de la Constitution fédérale (Cst. ; RS 101), ne pose aucun problème sous l'angle constitutionnel.

Effets sur les primes selon l'échelon de franchise

Un article paru dans la NZZ le 26 septembre 2019 et fondé sur une étude commandée par santé-suisse (IWSB 2019) craint que la solution d'une contribution cantonale basée sur les prestations nettes (option 1) ait pour effet de défavoriser les assurés ayant opté pour une franchise élevée. Selon cette étude, en choisissant l'option 1, les contributions cantonales diminueraient de 295 millions de francs pour les franchises élevées (1500, 2000 et 2500 francs) et augmenteraient d'autant pour les franchises inférieures (300, 500 et 1000 francs). Cela pose la question

de savoir si cette nouvelle répartition aurait un impact direct sur le niveau des primes des différents échelons de franchise.

Toutefois, il ne faut pas partir du principe qu'un tel effet se produira. On pourrait théoriquement s'attendre à un désavantage pour les assurés ayant opté pour une franchise élevée si les assureurs pouvaient fixer librement et indépendamment les unes des autres les primes des différents échelons de franchise. Mais pour garantir la solidarité entre bien-portants et malades, les rabais accordés pour les franchises à option sont limités à 70 % du risque supplémentaire assumé par l'assuré (art. 95, al. 2^{bis}, OAMal). Cela signifie que, même si les assurés en question deviennent, en théorie, un peu plus coûteux pour les assureurs, leurs primes ne vont pas augmenter. L'IWSB (2019) admet lui-même que son étude ne peut apporter de réponse définitive à la question de savoir « si l'approche des coûts nets [...] affecte la structure des primes », ajoutant qu'« en raison des rabais maximaux prévus par la loi sur les franchises à option [...], la redistribution des fonds cantonaux ne se répercute pas telle quelle sur les primes de l'AOS ».

Faute de précisions dans les données individuelles (absence de différenciation entre prestations ambulatoires et prestations stationnaires, cf. infra), l'effet ne peut être quantifié avec exactitude et le montant de 295 millions de francs ne peut être vérifié directement. Cependant, un calcul de la rentabilité des différents échelons de franchise²¹ effectué à l'aide des données individuelles disponibles dans le cadre de BAGSAN montre clairement que, sur plusieurs années, les primes engrangées pour les échelons de franchise supérieurs ont nettement dépassé les dépenses correspondantes, lesquelles comprennent les prestations nettes, la compensation des risques et les frais administratifs (inclus dans les recettes de primes à raison de 5 %). Le Tableau 4 montre les rentabilités calculées pour les années 2015 à 2018.

Même si l'effet de redistribution des contributions cantonales chiffré à 295 millions de francs cité dans l'étude (IWSB 2019) mandatée par SantéSuisse devait se produire, il pourrait facilement être supporté, sur toutes les années considérées, par les franchises élevées sans que la rentabilité de celles-ci en souffre. La raison pour laquelle les assureurs réalisent des bénéfices importants avec les franchises à option tient à ce que, comme on l'a dit, les rabais accordés pour ces franchises sont limités à 70 % du risque supplémentaire assumé par l'assuré, afin de garantir une certaine solidarité entre bien-portants et malades. Les dépenses assumées par les assureurs pour les franchises à option, choisies surtout par des assurés en bonne santé, sont inférieures aux recettes de primes correspondantes. A l'inverse, avec les franchises ordinaires, choisies souvent par des assurés en moins bonne santé, les dépenses des assureurs sont plus élevées que les recettes de primes. Ainsi, la redistribution opérée en arrière-plan avec une contribution cantonale basée sur les prestations nettes (option 1) n'a aucun effet direct sur le montant des primes des différents échelons de franchise, puisqu'elle est compensée par la modification des flux financiers au sein même de l'assurance. Le fait de baser la contribution cantonale sur les prestations nettes (option 1) n'affecte donc ni les primes des différents échelons de franchise, ni l'étendue de la solidarité entre bien-portants et malades.

²¹ Enfants (0 à 18 ans) non compris, les échelons de franchise n'étant pas les mêmes pour eux que pour les adultes.

Tableau 4 : Rentabilité par échelon de franchise

Année	Franchise	Adultes	Rentabilité en francs
2015	300	2'918'405	-2'728'062'028
	500	961'629	158'393'556
	1000	311'085	281'232'905
	1500	806'531	736'280'793
	2000	264'384	142'200'076
	2500	1'378'253	656'645'811
2016	300	2'954'505	-2'701'451'408
	500	924'109	190'425'156
	1000	296'663	295'161'120
	1500	749'093	762'461'955
	2000	240'079	156'787'253
	2500	1'551'835	852'882'905
2017	300	2'956'837	-1'720'808'309
	500	875'242	281'983'137
	1000	277'212	239'902'599
	1500	678'762	597'418'340
	2000	208'311	112'864'146
	2500	1'759'010	598'501'725
2018	300	2'961'924	-1'174'567'375
	500	825'674	429'188'108
	1000	255'488	257'054'110
	1500	600'194	632'984'958
	2000	186'617	139'360'679
	2500	1'982'400	876'103'450

Effets sur la participation aux coûts

Comme, avec le financement uniforme, l'intégralité des coûts des prestations stationnaires serait également soumise à la participation aux coûts (aujourd'hui, ce ne sont au maximum que 45 % de ces coûts), il se peut que des assurés recevant surtout des traitements stationnaires et guère de traitements ambulatoires, et n'ayant pas encore assumé le maximum de leur participation aux coûts, subissent une charge plus lourde qu'aujourd'hui. On ne sait pas au juste combien d'assurés seraient concernés, car il est fort probable que beaucoup de traitements stationnaires sont si coûteux que la participation maximale aux coûts est déjà atteinte aujourd'hui. Les assurés traités en ambulatoire ne seraient pas déchargés pour autant, car dans ce domaine la participation sera aussi perçue sur l'intégralité des coûts, comme c'est déjà le cas aujourd'hui.

L'étude mandatée par SantéSuisse et déjà citée (IWSB 2019) estime que la participation supplémentaire aux coûts serait relativement modeste et la chiffre à 10 francs au maximum par personne et par an pour les échelons de franchise les plus élevés. Les assurés ayant opté pour les échelons de franchise inférieurs n'auraient pas à assumer de participation supplémentaire aux coûts. Il n'est pas possible d'être plus précis, l'OFSP ne disposant pas de données individuelles sur les parcours de traitement qui fassent la différence entre prestations stationnaires et prestations ambulatoires. Les données individuelles que l'OFSP obtient actuellement des assureurs dans le cadre de BAGSAN ne font pas cette distinction, d'où l'impossibilité d'estimer l'effet en question. Le Parlement est en train de traiter l'initiative parlementaire 16.411 Eder « Surveillance de l'assurance-maladie. Garantir la protection de la personnalité » ; dans ce cadre, les règles applicables à la fourniture de données par les assureurs à l'OFSP devraient être revues moyennant modifications de la LAMal et de la LSAMal.²² On ne sait pas encore clairement quelles données l'OFSP obtiendra à l'avenir.

À une hausse probablement très limitée de la participation aux coûts pour quelques assurés correspondrait une baisse vraisemblablement minime des primes de tous les assurés dans la même proportion. Dans cette option, la participation cantonale diminuerait également en raison de la légère augmentation de la participation aux coûts, puisque celle-ci sera calculée sur la base des prestations nettes. La diminution des primes et celle de la contribution cantonale correspondent, ensemble, à la hausse de la participation aux coûts. Si on le souhaite, ces effets pourraient être compensés au moyen d'un abaissement des échelons de franchise.

Une autre répercussion de la contribution cantonale basée sur les prestations nettes (option 1) est que le cofinancement des cantons ne dépend pas de l'intégralité des coûts des prestations, mais uniquement des coûts qui restent à la charge des assureurs. Si, avec le temps, davantage d'assurés optaient pour un échelon de franchise élevé ou que les échelons de franchise étaient relevés de manière générale, cela déchargerait le canton par rapport à l'intégralité des coûts, puisque la participation plus élevée aux coûts est perçue sur l'intégralité des coûts des prestations sans que le canton y participe de son côté. Si on ne souhaite pas que les cantons soient déchargés de cette manière, il faudrait adapter chaque fois la répartition du financement fixée dans la loi.

²² Dans EFIND 3, les données individuelles relatives aux deux types de prestations seraient relevées séparément par les assureurs, ce qui permettrait à l'OFSP de calculer ledit effet.

4.2 Les cantons financent une part de l'intégralité des coûts, les assurés participent à l'intégralité des coûts (option 2a)

Une deuxième option consisterait en un cofinancement des cantons basé sur les prestations brutes des assureurs. Ce sont donc ici les prestations des assureurs et des assurés dans le cadre de la participation aux coûts (franchise et quote-part) qui seraient déterminantes. Dans cette option 2a, les assurés devraient verser également dans le domaine stationnaire, comme ils le font aujourd'hui pour le domaine ambulatoire, une participation aux coûts bruts des prestations. Les assureurs factureraient donc aussi aux assurés la participation aux coûts sur la partie des coûts pour laquelle ils ont en fait déjà reçu la contribution cantonale.

L'inconvénient de cette solution est que, selon l'OFJ, il paraît fort douteux qu'il soit admissible, sous l'angle du droit constitutionnel, d'obliger les cantons à verser aux assureurs des fonds pour couvrir des coûts que ceux-ci n'ont pas à supporter puisqu'ils sont assumés par les assurés dans le cadre de la participation aux coûts. Certes, les primes de tous les assurés baisseraient quelque peu en contrepartie, de sorte que, dans leur ensemble, les assurés ne subiraient pas de dommage financier. Mais les cantons seraient tenus de verser aux assureurs des contributions pour des coûts qui ne seraient pas supportés par ces derniers, mais par les assurés. Les assurés ne profiteraient de cette partie des fonds cantonaux qu'indirectement, par le biais de baisses de primes. L'art. 117 Cst. prévoit certes que la Confédération légifère sur l'assurance-maladie, mais la compétence constitutionnelle de la Confédération d'obliger les cantons à des contributions de financement ne s'étend qu'au domaine de l'assurance-maladie. Il est donc douteux que cela suffise pour obliger les cantons à opérer les paiements en question. Ainsi, l'admissibilité de cette solution est problématique sous l'angle constitutionnel.

Effets sur la contribution cantonale de la participation aux coûts des assurés payée directement (paiements « out-of-pocket ») et invisible aujourd'hui

Avec l'option 2a, comme avec l'option 1 mais contrairement à l'option 2b (cf. ch. 4.3), les assurés dans le système du tiers garant ne seraient pas incités directement à envoyer leurs factures à l'assureur. Le traitement de ces factures resterait donc épargné à ce dernier. Mais la situation est différente si l'on prend en compte les effets indirects. La raison en est que les assureurs obtiennent du canton des fonds pour tous les coûts qu'ils peuvent faire valoir, les cantons cofinçant les coûts bruts. Or, si les assurés n'envoient pas leurs factures aux assureurs, ceux-ci voient leur échapper des fonds cantonaux. Pour y remédier, ils chercheront donc, dans l'option 2a, à se faire remettre également les factures que les assurés paient aujourd'hui directement (« out-of-pocket ») et qui n'entrent dans aucune statistique sur l'assurance-maladie, bien qu'elles concernent de fait des prestations selon la LAMal. Il n'est donc pas exclu que l'option 2a provoque indirectement une hausse des coûts administratifs, les assureurs traitant volontairement davantage de factures pour toucher dans tous les cas des fonds cantonaux. Toutefois, cette hausse serait probablement moins marquée avec l'option 2a qu'avec l'option 2b.

En effet, on ne peut savoir dans quelle mesure les assureurs réussiraient à obtenir des factures de leurs assurés, puisque ceux-ci n'en tireraient aucun avantage direct ; au contraire, cela exigerait d'eux des démarches supplémentaires. Il faut donc plutôt s'attendre à ce que les assureurs s'efforcent davantage qu'aujourd'hui à convenir avec les fournisseurs de prestations de pratiquer le système du tiers payant, possibilité prévue par l'art. 42, al. 2, LAMal.

Indépendamment de l'ampleur exacte de l'effet, il faut s'attendre, tant avec l'option 2a qu'avec l'option 2b, à ce que le volume des factures aujourd'hui payées directement par les assurés sans être transmises aux assureurs (« out-of-pocket »), et donc invisibles dans la statistique, diminue

quelque peu. Sur ces prestations déjà fournies actuellement, mais qui ne deviendront statistiquement visibles au moins en partie qu'avec l'instauration d'un financement uniforme avec une contribution cantonale fondée sur les coûts bruts (options 2a et 2b), le canton verserait donc également une contribution. Si l'on applique la part de financement calculée sur la base de la statistique actuelle où ces factures jusqu'alors invisibles (« out-of-pocket ») n'apparaissent pas, la contribution cantonale exprimée en francs devrait être un peu plus élevée qu'aujourd'hui, puisque le pourcentage calculé à partir des chiffres actuels serait appliqué sur un volume un peu plus important que celui qui figure actuellement dans la statistique. Toutefois, les primes diminueraient dans la même proportion, puisque, dans l'option 2a, les assureurs obtiendraient du canton des fonds pour des prestations assumées par les assurés dans le cadre de leur participation aux coûts sans qu'aujourd'hui les factures correspondantes passent par eux. Ces fonds cantonaux permettraient aux assureurs d'abaisser leurs primes.

Il serait aussi possible d'abaisser légèrement au préalable la part du financement cantonale fixée par la loi, ou alors de l'adapter ensuite suivant le principe de la neutralité des coûts, après une phase d'introduction durant laquelle les coûts « cachés » (« out-of-pocket ») deviendraient visibles. Il est actuellement impossible de chiffrer de façon fiable le volume des factures aujourd'hui « cachées ». Il est seulement possible de délimiter l'effet maximal envisageable sur la base d'hypothèses élevées posées de manière irréaliste. L'écart maximal résultant de l'effet en question serait d'environ deux points de pourcentage dans la part de financement cantonale, soit 860 millions de francs par an.²³ Il est cependant plus que probable que cette estimation soit largement exagérée et que l'effet soit bien moindre.

Effets sur la participation aux coûts et sur les primes

La participation aux coûts des assurés augmenterait légèrement, comme décrit pour l'option 1, parce qu'elle serait perçue sur l'intégralité des coûts du domaine stationnaire et non plus, comme aujourd'hui, sur seulement 45 % de ces coûts. En revanche, les primes diminueraient légèrement. À la différence de la solution basée sur les coûts nets (option 1), la contribution des pouvoirs publics resterait la même dans l'option 2a, tandis que la participation aux coûts augmenterait. La contribution des pouvoirs publics est calculée sur la base des coûts bruts et ne dépend donc pas du niveau de la participation aux coûts, lequel n'influe que sur les prestations nettes des assureurs.

²³ Cette valeur maximale possible est déduite à partir d'hypothèses élevées posées de manière irréaliste, mais c'est la seule possibilité qui s'offre pour délimiter l'effet en question. La statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2018 nous permet de savoir combien d'assurés ont opté pour les différents échelons de franchise (tableau 7.16). Nous supposons que tous les assurés ayant choisi une franchise à option ont généré des frais de traitement correspondant exactement à ce qui serait encore rationnel avec leur option, d'après les primes moyennes par échelon de franchise (tableau 3.03). En pratique, beaucoup d'assurés, par aversion du risque ou pour des questions de liquidités, optent pour des franchises inférieures, ou sont en suffisamment bonne santé pour n'avoir que peu ou pas de frais de traitement. La participation aux coûts payée par échelon de franchise (tableau 2.23) est déduite du montant mentionné par échelon de franchise, bien trop élevé en pratique. Le résultat de la soustraction correspond au montant maximal restant qui pourrait aujourd'hui être réglé de manière cachée dans des paiements « out-of-pocket ». Pour les raisons évoquées, le volume effectif de ces paiements devrait être nettement inférieur, mais il n'est pas possible de le préciser davantage avec les données actuellement disponibles.

4.3 Les cantons financent une part de l'intégralité des coûts, les assurés participent aux coûts après déduction de la part cantonale de financement (option 2b)

Comme l'option 2a, cette variante prévoit que la participation cantonale se fonde sur les coûts bruts, mais, à la différence de l'option 2a, les assurés ne participeraient aux coûts qu'après déduction du cofinancement cantonal. Cette solution correspond donc, pour ce qui est du cofinancement cantonal et de la participation des assurés aux coûts, à la pratique actuelle dans le domaine stationnaire. Le canton finance (mais dans ce cas par le biais des assureurs) une partie de l'ensemble des coûts, et les assureurs perçoivent la participation des assurés aux coûts sur la part des coûts totaux qui n'est pas supportée par les cantons.

L'inconvénient de cette solution est que, dans le système du tiers garant, les assurés sont incités à envoyer à l'assureur toutes les factures des fournisseurs de prestations, même celles pour des montants modestes, afin de faire valoir auprès de lui le cofinancement cantonal. Si la facture n'est pas envoyée, les assurés perdent la part de financement cantonale et doivent la payer eux-mêmes. La charge administrative des assureurs augmentera donc par rapport à aujourd'hui.

L'option 2b pose elle aussi un problème sur le plan constitutionnel, mais un problème de nature différente que dans l'option 2a. Dans cette dernière, le canton verse aux assureurs des contributions pour des prestations assumées non pas par ces derniers, mais par les assurés. Ce n'est pas le cas dans l'option 2b. Dans le système de l'option 2b, les cantons participent au financement de toutes les prestations qui remplissent les conditions de prise en charge au sens de la LAMal pour les assurés domiciliés dans le canton et pour les personnes qui leur sont liées. Ce système implique que, pour toutes les prestations, le montant correspondant à la participation du canton soit, du point de vue juridique, toujours assumé en premier par l'assurance. Celle-ci a alors droit au remboursement par le canton de cette part de financement. Dans le système du tiers garant, l'assuré a le droit de réclamer ce montant auprès de l'assurance, alors que, dans le système du tiers payant, ce montant est supporté par l'assurance. La particularité de ce système consiste en ceci que, par rapport aux coûts effectivement supportés par l'assurance, le taux de contribution cantonale pour les rémunérations sur lesquelles la franchise est entièrement applicable est de 100 %. Chaque fois qu'un assuré n'a pas atteint le montant de sa franchise, il est possible que le canton paie une contribution (par ex. env. 25 francs pour une seule facture de médecin par assuré et par année d'un montant de 100 francs) sans que l'assureur ne prenne en charge la moindre prestation (parce que, dans cet exemple, les 75 francs restants vont à la charge de l'assuré). Dans ce cas, le canton devrait verser une contribution aux coûts pour certaines prestations bien que l'assureur lui-même ne paie aucun montant parce que la franchise de la personne assurée n'est justement pas atteinte.

Un doute subsiste quant à l'admissibilité d'un tel système de financement sous l'angle constitutionnel. D'un côté, une partie de la doctrine est d'avis que l'assurance-maladie doit être financée principalement par les primes, respectivement que la notion constitutionnelle d'assurance interdit un financement exclusivement public des prestations de l'assurance-maladie sociale. De l'autre, il n'est pas clair si ce principe de financement invoqué par la doctrine ne s'applique qu'à l'assurance dans son ensemble (prise en compte de la totalité des prestations) ou s'il doit s'appliquer à chaque prestation, respectivement à chaque assuré. Pour l'ensemble des prestations, le premier critère serait satisfait, puisque les contributions cantonales ne couvriraient qu'un quart environ du coût des prestations. Dans l'exemple cité en revanche, le second critère ne le serait pas, car dans ce cas l'assureur ne prend en charge aucune prestation, alors que le canton verse une contribution. L'on pourrait argumenter qu'ainsi, les conditions qu'implique la notion constitutionnelle d'assurance ne sont plus réalisées dans tous les cas

(c.-à-d. pour tous les assurés), d'autant qu'une partie considérable des assurés ne touchent pas la moindre prestation de leur assureur sur une année (45 % en 2018).²⁴

En d'autres termes, la question de savoir s'il peut être imposé aux cantons de financer un segment donné de prestations (en clair, les cas pour lesquels le montant de la franchise n'a pas été atteint) sans que l'assureur-maladie y participe (primes) n'a pas encore été examinée par un tribunal et paraît discutable, sous l'angle constitutionnel, pour l'OFJ. Le problème qui pourrait se poser en termes de droit constitutionnel semble toutefois moins grave que dans le cas de l'option 2a.

Effets sur la contribution cantonale de la participation aux coûts des assurés payée directement (paiements « out-of-pocket ») et invisible aujourd'hui

Comme pour l'option 2a, mais peut-être de façon un peu plus marquée, il faut s'attendre à ce que l'incitation pour les assurés à envoyer toutes leurs factures fasse diminuer quelque peu le volume des factures aujourd'hui invisibles dans la statistique parce que les assurés les règlent directement (« out-of-pocket »). La contribution cantonale exprimée en francs augmenterait un peu par rapport à aujourd'hui si l'on appliquait la répartition du financement calculée sur la base de la statistique actuelle, car la répartition déduite des chiffres actuels serait appliquée sur un volume un peu plus important que celui qui est statistiquement visible aujourd'hui. À la différence de l'option 2a, la hausse de la contribution cantonale ne ferait en contrepartie pas baisser les primes, mais la participation aux coûts.

Effets sur la participation aux coûts et sur les primes

Comme une partie plus importante des coûts des prestations stationnaires (au lieu de 45 % au maximum, environ 75 % suivant la répartition du financement décidée) serait soumise à la participation aux coûts, les assurés qui reçoivent surtout des traitements stationnaires et guère de traitements ambulatoires et qui n'ont pas encore entièrement épuisé leur participation aux coûts subiraient une charge plus lourde qu'aujourd'hui. À l'inverse, ceux qui reçoivent surtout des traitements ambulatoires mais guère de traitements stationnaires et qui n'ont pas encore épuisé leur participation aux coûts seraient déchargés, car leur participation aux coûts ne serait plus perçue sur le 100% des coûts, mais seulement sur une partie d'entre eux (environ 75 %, suivant la répartition du financement décidée).

Si la répartition des coûts entre domaine ambulatoire et domaine stationnaire était identique pour chaque assuré, les deux effets se compenseraient et tant la participation aux coûts que les primes resteraient constantes. Mais il est fort probable que les assurés qui sont traités dans le domaine stationnaire épuisent dans la plupart des cas de toute façon entièrement la participation aux coûts. Dans le domaine stationnaire, par conséquent, seuls de rares assurés subiraient une charge supplémentaire. Dans le domaine ambulatoire, en revanche, il est vraisemblable que beaucoup d'assurés présentent en partie des coûts de traitement plutôt faibles et n'épuisent pas entièrement la participation aux coûts. Ces assurés verraient leur participation aux coûts diminuer dans une proportion impossible à déterminer.

Étant donné la différence de structure des coûts dans les domaines ambulatoire et stationnaire, il est donc probable que la participation aux coûts diminue quelque peu. Les primes, par contre, devraient augmenter légèrement, parce que les assureurs, dans bien des cas, ne pourraient plus

²⁴ D'après les données individuelles de BAGSAN.

exiger sur les traitements qu'ils devraient cofinancer dans une plus grande mesure qu'aujourd'hui (à 75 % environ au lieu de 45 % pour les traitements stationnaires à l'hôpital) une participation aux coûts aussi importante que celle qu'ils peuvent encore exiger aujourd'hui dans le domaine où ils seraient déchargés (traitements ambulatoires, env. 75 % au lieu de 100 %). Les fonds cantonaux ne seraient pas impactés par cet effet, car ils seront prélevés sur les coûts bruts et ne seront pas affectés par la répartition des coûts entre assureurs et assurés (participation aux coûts).

Il n'est malheureusement pas possible de procéder à des calculs plus précis sur l'ampleur de cet effet. Il faudrait pour cela des données individuelles spécifiques dont l'OFSP ne dispose pas pour l'instant (voir aussi les explications données au ch. 4.1).

4.4 Vue d'ensemble des trois options et proposition du DFI

Tableau 5 : Vue d'ensemble des trois options

	Option 1 : contribution des cantons aux prestations nettes des assureurs, participation des assurés à l'intégralité des coûts	Option 2a : contribution des cantons à l'intégralité des coûts, participation des assurés à l'intégralité des coûts	Option 2b : contribution des cantons à l'intégralité des coûts, participation des assurés aux coûts après déduction de la contribution cantonale
Primes	baissent	baissent	augmentent
Contribution cantonale	baisse	augmente	augmente
Participation aux coûts	augmente	augmente	baisse
Possibilités de correction (choix)	Adaptation périodique de la répartition du financement, abaissement de la quote-part et des échelons de franchise	Adaptation de la répartition du financement après un délai transitoire, abaissement de la quote-part et des échelons de franchise	Adaptation de la répartition du financement après un délai transitoire, relèvement de la quote-part et des échelons de franchise
Nombre de factures traitées par les assureurs (frais administratifs)	inchangé	augmente indirectement	augmente directement
Problème de constitutionnalité	aucun	Potentiel : obligation pour les cantons de payer pour des prestations qui ne sont pas directement assumées par l'assureur et dont les assurés ne profitent qu'indirectement, par le biais d'une baisse des primes	Discutable : financement d'un segment de prestations donné (franchise non atteinte) uniquement par la contribution cantonale, sans participation des assureurs-maladie
Autres remarques	Adoptée par le Conseil national, soutenue par le Conseil fédéral dans son avis du 14 août 2019	Assureurs incités à pratiquer le système du tiers payant	Similarités avec la réglementation actuelle du financement hospitalier (secteur stationnaire)

Au vu de sa simplicité sous l'angle administratif et son caractère non problématique sous l'angle constitutionnel, le DFI propose de reprendre la solution adoptée par le Conseil national (option 1, contribution cantonale sur la base des prestations nettes des assureurs), recommandée également par le Conseil fédéral dans son avis du 14 août 2019. Cette option devrait aussi rester sans impact sur la structure des primes des différents échelons de franchise. Ni les primes des différents échelons de franchise, ni l'étendue de la solidarité entre bien-portants et malades ne sont affectées par une contribution cantonale sur la base des prestations nettes (option 1).

4.5 Fixation du pourcentage de la contribution cantonale

La formulation décidée par le Conseil national à l'art. 60 P-LAMal pour calculer la contribution cantonale sert de point de départ. Le Conseil national prévoyait de n'intégrer dans le financement uniforme que les prestations ambulatoires et stationnaires, à l'exclusion des prestations de soins. Le volume du cofinancement actuel des cantons peut être déterminé assez précisément pour les prestations stationnaires à l'hôpital. Les données disponibles permettent donc aussi de déterminer une part cantonale de financement de toutes les prestations (à l'exclusion des prestations de soins) avec laquelle le passage de l'ancien au nouveau régime est neutre en termes de coûts aussi bien pour les cantons que pour l'ensemble des assureurs. Par la suite, le Conseil national a fixé le pourcentage de la contribution cantonale à 25,5 % des prestations nettes de l'AOS. Ce pourcentage est calculé de telle sorte que le volume qui en résulte pour le cofinancement de toutes les prestations au sens de la LAMal à l'exclusion des prestations de soins corresponde exactement à la participation actuelle des cantons aux prestations stationnaires (55 %).

Pour la fixation d'une répartition du financement neutre en termes de coûts avec intégration des prestations de soins dans un financement uniforme (cf. ch. 2), un problème se pose : on ne connaît pas précisément les coûts actuels que les cantons (avec les communes) prennent en charge dans le cadre de leur responsabilité pour le financement résiduel des prestations de soins au sens de la LAMal. Il n'est pas toujours possible de délimiter les contributions des cantons pour d'autres prestations que celles prévues par la LAMal (l'assistance par exemple), notamment parce que les clés de répartition des coûts fixes communs des prestations LAMal et des prestations non-LAMal varient entre les cantons ainsi qu'au niveau des fournisseurs de prestations. Par ailleurs, la détermination du financement résiduel ou des soins maximaux à prendre en charge varie aussi d'un canton à l'autre. Il n'est donc pas (encore) possible à l'heure actuelle, sur la base des données disponibles, de calculer de façon précise une part de financement qui permette une intégration des prestations de soins dans un financement uniforme qui soit neutre en termes de coûts aussi bien pour les cantons que pour les assureurs lors du passage au nouveau régime.

Les paragraphes qui suivent partent de l'hypothèse que les prestations de soins seront intégrées dans un deuxième temps, quelques années après l'entrée en vigueur d'un financement uniforme pour les autres prestations au sens de la LAMal (première étape). Cette intégration ultérieure devrait toutefois également être inscrite d'emblée dans la loi. Le législateur devrait fixer la durée du délai transitoire en fixant le moment de l'entrée en vigueur ultérieure des dispositions relatives à l'intégration des prestations de soins dans le financement uniforme. Cela est indiqué dans les dispositions finales (ch. ch. 2). Dans cette situation, à supposer que l'on souhaite intégrer les prestations de soins dans un financement uniforme, la répartition du financement peut être fixée selon différentes options. Celles-ci sont présentées dans le tableau ci-dessous et commentées ensuite.

Tableau 6 : Options possibles pour fixer la répartition du financement

		Moment de la fixation de la répartition du financement	
Mécanisme assurant la neutralité des coûts		Fixation échelonnée	Fixation simultanée des répartitions du financement transitoire et définitive
	Aucun mécanisme	1) – Part transitoire fixée aujourd’hui, mandat de calculer une nouvelle part	2) – Fixation dès le départ des deux parts, aucun mécanisme prévu pour assurer la neutralité des coûts
	Avec mécanisme pour assurer la neutralité des coûts		3) – Fixation dès le départ des deux parts, mécanisme prévu pour assurer la neutralité des coûts

4.5.1 Option 1 : répartition du financement inscrite dans la loi pour la première phase, mandat d’élaborer une répartition du financement pour la deuxième phase

La répartition du financement pour la première phase est inscrite dans la loi par le biais d’un pourcentage fixe (par ex. 25,5 %), comme déjà prévu par le Conseil national dans le projet qu’il a adopté. Le législateur est libre d’adapter cette répartition du financement en vue de l’intégration ultérieure des prestations de soins, donc après l’entrée en vigueur d’une première phase avec exclusion des prestations de soins, de telle sorte que la répartition modifiée puisse, dans l’idéal, entrer en vigueur en même temps que l’intégration des prestations de soins. Afin de fournir au législateur les bases nécessaires pour une telle décision, le Conseil fédéral pourrait être chargé d’élaborer une modification de loi prévoyant une adaptation de la répartition du financement après intégration des prestations de soins. Il faudrait dans ce cas définir les lignes directrices souhaitées pour la fixation de la répartition du financement. En principe, tous les agents payeurs (assurés, assureurs et cantons) devraient en vertu de la loi prendre en charge, sur la durée, toujours des parts constantes de financement des prestations.

Il faudrait définir si la répartition du financement pour la deuxième phase (après intégration des prestations de soins) devrait être fixée de telle sorte qu’aucune modification des parts respectives de financement n’intervienne lors du passage de la première phase (financement uniforme sans les prestations de soins) à la seconde, ou si elle devrait l’être de sorte que ces parts respectives ne diffèrent pas de la situation précédant le financement uniforme.

Les deux à la fois ne sont pas possibles, si les prestations de soins ne sont intégrées dans le financement uniforme que dans un deuxième temps. Il est probable que les coûts des prestations de soins augmentent plus rapidement que ceux des autres prestations au sens de la LAMal,²⁵ et il faut s’attendre à ce qu’en raison de la responsabilité des cantons pour le financement résiduel,

²⁵ Selon les projections de l’AFF, par exemple, la croissance annuelle des coûts des soins jusqu’en 2030 serait comprise entre 4,5 et 5,5 %, contre seulement 3,1 à 4,5 % dans le domaine stationnaire et 2,9 à 3,2 % dans le domaine ambulatoire. Dans son étude réalisée sur mandat de la CDS, Infras (2019) évalue sur la même durée la croissance annuelle des coûts à 3,7 % pour les soins, contre seulement 1,3 % pour les prestations stationnaires et 3,1 % pour les prestations ambulatoires.

leur part au financement des prestations de soins augmente avec le temps. Ainsi, durant la première phase, les parts de financement ne cessent de se décaler si l'on considère l'ensemble des prestations (y compris les prestations de soins, qui seront encore cofinancées par les contributions de l'AOS). Soit ces décalages créés entre-temps seront conservés lors du passage à la deuxième phase, soit l'on rétablira la situation qui existait lors de l'entrée en vigueur de la première phase, toutefois avec des changements de primes correspondants lors du passage de la première phase à la seconde.

Tant que le législateur ne se sera pas accordé sur une nouvelle répartition du financement (celle proposée par le Conseil fédéral ou une répartition adaptée d'une autre manière), la répartition définie pour la première phase continuera de s'appliquer. Pour fixer la durée du délai transitoire jusqu'à l'intégration des prestations de soins (cf. ch. 2), il convient de tenir compte de la durée nécessaire pour obtenir les données requises, ainsi que de celle propre au processus législatif.

4.5.2 Option 2 : inscription dans la loi des répartitions du financement pour les deux phases

La répartition du financement pour la deuxième phase (après intégration des prestations de soins) est fixée d'emblée dans la loi sur la base d'une approximation de la valeur « réelle » neutre en termes de coûts, l'incertitude résiduelle étant tolérée. Le législateur reste en outre libre d'adapter à nouveau cette répartition ultérieurement, mais cette option ne prévoit ni dispositions ni mécanismes explicites. Si on le souhaite, il serait également possible de faire peser l'incertitude ou le risque financier d'une charge supplémentaire plutôt sur les cantons (contribuables) ou plutôt sur les assureurs (payeurs de primes). Cette question devrait être abordée, et résolue, lors du calcul (opéré maintenant) de la contribution cantonale. Les dispositions transitoires fixent pour la première phase une répartition du financement (par ex. les 25,5 % prévus par le Conseil national), valable durant les années d'introduction du financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires, prestations de soins exclues. La répartition du financement pour la réglementation ultérieure définitive, après intégration des prestations de soins, est fixée dans le texte même de la loi. Si cette répartition fixée pour cette phase ultérieure devait par la suite s'avérer incorrecte, le législateur aurait toujours la possibilité de l'adapter de nouveau, même après l'entrée en vigueur de la seconde phase. Toutefois, aucun mécanisme automatique n'est prévu pour cela, ni aucun effet rétroactif.

4.5.3 Option 3 : inscription dans la loi des répartitions du financement pour les deux phases, y compris mandat de vérification

En complément de la fixation dans la loi de la répartition définitive du financement et, dans les dispositions transitoires, de la répartition applicable durant la première phase (voir option 2), le Conseil fédéral pourrait être chargé de vérifier, après un temps donné, si la répartition du financement fixée respecte le principe de la neutralité des coûts. Si cet examen devait révéler que tel n'est pas le cas, le Conseil fédéral devrait proposer une adaptation de cette répartition. Cette proposition ultérieure du Conseil fédéral permettrait au législateur de décider ensuite d'une adaptation ultérieure, définitive, de la répartition du financement dès que des données solides seraient disponibles.

4.5.4 Proposition du DFI

Vu le degré de transparence des coûts atteint jusqu'à aujourd'hui dans le domaine des soins, il n'est pas encore possible de déterminer avec exactitude la part de financement des cantons dans ce domaine. En revanche, il est possible de délimiter la répartition du financement pour un financement uniforme de toutes les prestations au sens de la LAMal, par exemple entre 27,5 et 27,9 % pour 2016, autrement dit, avec une marge d'incertitude d'environ 0,4 point de pourcentage (ch. ch. 2.1.2). Cette marge est comparable à d'autres incertitudes, par exemple pour la délimitation entre différents types de prestations (soins aigus, soins hospitaliers de longue durée, prestations d'intérêt général) dans le domaine stationnaire.

Fixer d'emblée dans la loi les deux répartitions du financement (durant le délai transitoire et pour la réglementation définitive) présente l'avantage d'offrir à tous les acteurs des certitudes quant à la future répartition appliquée et évite au législateur de devoir décider ultérieurement une nouvelle répartition du financement, ce qui voudrait dire que la réforme ne serait pas encore achevée. Pour tenir compte des incertitudes qui subsistent néanmoins, et pas uniquement dans le domaine du financement des soins, il pourrait être judicieux que le Parlement charge le Conseil fédéral de vérifier au terme d'un délai donné si la réforme respecte le principe de la neutralité des coûts et de lui proposer au besoin une nouvelle répartition du financement. Le Parlement pourrait donner ce mandat au Conseil fédéral hors du contexte du projet de réglementation, par exemple au moyen d'une motion. Le DFI propose donc au législateur de choisir l'option 3, dont les règles pourraient être inscrites à l'art. 60, al. 3, LAMal et dans les dispositions transitoires (cf. ch. 13).

5 Répartition de la contribution cantonale entre les assureurs

Une fois établi à quelles prestations le canton participe par une contribution (avec ou sans intégration des soins) et si cette contribution est calculée en fonction des coûts bruts ou des coûts nets, et une fois définie la procédure de fixation du pourcentage de la contribution cantonale, il reste encore à décider par quel mécanisme celle-ci sera répartie entre les assureurs.

5.1 Répartition proportionnelle aux coûts générés ou aux coûts attendus (risques) ?

Jusqu'à présent, surtout deux approches ont été discutées. La première consisterait à répartir la contribution cantonale proportionnellement aux coûts générés par les prestations (donc hors frais administratifs des assureurs) auprès de chaque assureur ; la seconde, à la répartir proportionnellement aux coûts attendus pour les prestations par chaque assureur sur la base des données de la compensation des risques.

Une répartition proportionnelle aux coûts générés présente l'avantage d'être simple à mettre en œuvre sur le plan administratif et de ne pas nécessiter de grands calculs. En outre, elle garantit les flux monétaires des assureurs, car ceux-ci peuvent réclamer auprès des cantons, chaque trimestre par exemple,²⁶ les montants correspondants. C'est important dans la mesure où, avec le nouveau système, les assureurs devront payer des montants beaucoup plus élevés pour les prestations stationnaires et qu'ils devront donc aussi disposer des liquidités requises.

L'incitation à la sélection des risques ne devrait pas changer significativement par rapport à la situation actuelle. On peut s'attendre, le cas échéant, à une légère dégradation à cet égard, du fait qu'en l'état, la compensation des risques est un peu moins en mesure de prévoir le niveau des coûts des prestations stationnaires que celui des prestations ambulatoires. Avec un financement uniforme, les prestations stationnaires à la charge de l'AOS pèseront plus lourd dans la balance et donc la précision des prévisions de la compensation des risques diminuera un peu.

Si l'on souhaite en tenir compte, on pourrait adapter en conséquence la compensation des risques, par exemple en subdivisant comme suit le facteur de morbidité « séjour en hôpital ou en EMS au cours de l'année précédente » de trois nuits consécutives décisives aujourd'hui : aucun séjour, moins de trois nuits consécutives, de trois à six nuits consécutives, six nuits consécutives ou plus. Cette répartition pourrait également être organisée différemment.²⁷

L'inconvénient de cette approche est que les assureurs n'obtiennent du canton qu'une partie relativement faible des coûts (env. 25 %), comme c'est aujourd'hui le cas dans le domaine stationnaire (mais à hauteur de 55 %). L'incitation à réduire les coûts ne sera donc pas maximisée par rapport à aujourd'hui mais resterait inchangée ; seule sera supprimée la distorsion entre domaine ambulatoire et domaine stationnaire.

Une répartition proportionnelle aux coûts prévus par la compensation des risques présente l'avantage de maximiser l'incitation pour les assureurs à réduire les coûts. Ceux-ci obtiennent un montant forfaitaire basé sur les risques et peuvent abaisser leurs primes si chez eux les coûts générés par rapport à ces risques sont inférieurs à la moyenne des autres assureurs. C'est surtout le cas des assureurs qui comptent une part importante de franchises élevées.

²⁶ Il faudra définir au préalable les modalités de décompte.

²⁷ Cette proposition d'adaptation de la compensation des risques actuelle n'est qu'une simple ébauche, qui n'a encore été soumise à aucune analyse. Il faudrait de plus en examiner exactement l'efficacité dans chaque cas.

L'inconvénient de cette approche est que la mesure des risques pèse alors très lourd. Celle-ci ne sera jamais parfaite ; elle ne pourra rendre compte que partiellement des différences de coûts objectivement justifiées qui ne sont pas dues à l'efficacité ou à l'inefficacité des traitements. Comme le volume des coûts pris en compte dans la compensation des risques sera plus important qu'aujourd'hui, l'incitation à la sélection des risques augmentera aussi. De plus, ici encore, la précision des prévisions de la compensation des risques devrait diminuer un peu avec un financement uniforme. Étant donné que l'on s'en remettrait entièrement à cet instrument, cette circonstance aurait aussi un impact négatif plus important qu'une répartition proportionnelle aux coûts générés.

La majorité du Conseil national, avec l'art. 60a P-LAMal, a opté pour une répartition de la contribution cantonale proportionnelle aux coûts générés auprès de chaque assureur.

5.2 Proposition de formulation ouverte dans la loi avec possibilité de cofinancement des coûts élevés

Cette nouvelle proposition prévoit que la répartition de la contribution cantonale entre les assureurs soit formulée de façon non contraignante dans la loi, avec pour objectif que le Conseil fédéral puisse examiner encore d'autres formes de répartition que celles basées sur les coûts et sur les risques et, le cas échéant, prendre en considération la manière dont la contribution cantonale pourrait être répartie entre les assureurs. Le mode de répartition entre les assureurs serait ainsi plus souple que s'il était fixé par une disposition légale, et le Conseil fédéral pourrait définir au niveau de l'ordonnance des formes de répartition susceptibles d'offrir un rapport optimal entre incitation à réduire les coûts et prévention de la sélection des risques, par exemple un cofinancement partiel par les cantons des cas générant des coûts élevés.

Avec un tel cofinancement des coûts élevés, la contribution cantonale servirait à rembourser aux assureurs une partie des coûts générés par les personnes assurées auprès d'eux. Si les coûts générés par les assurés dépassent un certain seuil, la contribution cantonale permettrait de prendre en charge une partie des coûts dépassant le seuil défini. On pourrait partir du principe qu'en cas de coûts élevés, une relativement grande partie des coûts se situant au-dessus du seuil, par exemple 80 %, serait prise en charge par les cantons. Pour prévenir ou atténuer les effets de seuil, on pourrait aussi définir plusieurs seuils de coûts au-delà desquels 60, 70, 80 ou 90 % des coûts seraient pris en charge au moyen de la contribution cantonale. Au-dessous du seuil de coûts, toutes les prestations seraient entièrement prises en charge par l'assureur.

Pour garantir que la contribution cantonale atteigne toujours exactement le pourcentage fixé (dans la loi, par ex. à 25,5 %) de l'intégralité des coûts, les seuils pourraient être fixés chaque fois a posteriori, leur niveau changeant chaque année. Dès que le total des coûts générés sur une année de traitement serait connu (par ex. 100 millions de francs), le montant de la contribution cantonale serait défini (dans cet exemple, 25,5 millions de francs). Pour la répartition de la contribution entre les assureurs, il faudrait classer tous les assurés du canton en fonction des coûts générés, par ordre décroissant. À partir de l'assuré du canton générant les coûts les plus élevés, une partie définie (par ex. 80 %) des cas à coûts élevés serait prise en charge au moyen de la contribution cantonale, dûment ventilée entre les assureurs concernés, jusqu'à ce que la somme des contributions aux coûts élevés atteigne le montant total, fixé au préalable, de la contribution cantonale (25,5 millions de francs), qui serait ainsi entièrement « épuisée » et répartie. Les coûts générés par le dernier assuré pour lequel un assureur bénéficie encore de la contribution aux coûts élevés avant que celle-ci ne soit entièrement répartie représenteraient alors le seuil applicable au cofinancement des coûts élevés.

Cette proposition présente l'avantage que, combinée avec la compensation des risques, elle empêche probablement relativement bien une augmentation de l'incitation à la sélection des risques. Les prévisions fondées sur la compensation des risques tendent à être moins précises pour les cas à coûts élevés que pour les cas générant des coûts moyens ou faibles. C'est précisément pour ces cas à coûts élevés qu'une contribution cantonale relativement généreuse serait accordée, alors qu'elle serait nulle pour les cas à coûts moyens ou faibles, maximisant ainsi l'incitation pour les assureurs à réduire les coûts les concernant. Cette même incitation serait toutefois fortement réduite pour les cas à coûts élevés, étant donné la générosité du cofinancement cantonal. Si l'on part de l'idée qu'avec leurs mesures, les assureurs influenceront surtout sur les coûts faibles à moyens et que la part des coûts élevés restant à la charge de l'assureur, certes faible en pourcentage, est suffisamment importante en chiffres absolus pour ne pas entamer l'incitation à réduire les coûts, il pourrait néanmoins en résulter un rapport favorable entre incitation à la réduction des coûts et incitation à la sélection des risques.

En même temps, sur le plan administratif, cette proposition est complexe à mettre en œuvre. Étant donné que les factures peuvent être remises jusqu'à cinq ans après la fourniture des prestations, ce n'est que passé ce délai que l'on saurait définitivement à quel niveau les seuils de coûts se situent. Un système complexe de paiements par acomptes et de décomptes provisoires et définitifs serait assurément nécessaire, avec aussi, le cas échéant, un besoin de réserves supplémentaires chez les assureurs. En conséquence, le bouclage annuel des comptes des assureurs (et des cantons) serait entaché de grandes incertitudes, puisque le montant effectif de la contribution cantonale ne pourrait être calculé que bien plus tard. Le fait que le seuil de coûts n'est pas connu à l'avance (et ne sera pas définitivement fixé pendant plusieurs années) peut néanmoins contribuer (avec une quote-part des assureurs de 10 à 20 %, par exemple, des coûts dépassant le seuil) à contenir l'incitation inopportune des assureurs à négliger les efforts en vue de réduire les coûts dépassant le seuil fixé pour le cofinancement des coûts élevés.

Afin de mieux compenser les cas à coûts élevés, il serait aussi possible, en lieu et place de la proposition de curafutura, d'étendre la formule existante de la compensation des risques.²⁸

- Un nouveau facteur de morbidité, « cas à coûts élevés sur plusieurs années consécutives » pourrait être introduit. Cela permettrait de mieux compenser les assurés qui perçoivent durant plusieurs années des prestations dépassant un montant donné. Ce type de critère est déjà appliqué aux Pays-Bas depuis un certain temps.
- Il serait aussi possible d'ajouter aux groupes de coûts pharmaceutiques (PCG) en vigueur depuis 2020 un nouveau PCG « coûts extrêmement élevés ». Cette approche est traitée dans l'étude de Bill et al. (2019 : 34-35).

²⁸ Les possibilités présentées ici pour adapter la compensation des risques actuelle ne sont qu'une simple ébauche, qui n'a encore été soumise à aucune analyse. Il faudrait de plus en examiner exactement l'efficacité dans chaque cas.

5.3 Appréciation juridique de la proposition de formulation ouverte dans la loi avec possibilité de cofinancement des coûts élevés

La proposition de formulation ouverte dans la loi avec possibilité de cofinancement des coûts élevés est évaluée ci-dessous sous l'angle juridique. La teneur en est la suivante :

Chapitre 5 Financement

Section 1 Contribution cantonale

Art. 60a Répartition entre les assureurs

La contribution cantonale et la contribution fédérale sont réparties entre les assureurs. Le Conseil fédéral règle les modalités. Ce faisant, il veille à la réduction des coûts et empêche l'augmentation des incitations à la sélection des risques.

Cette proposition s'inspire de la formulation de l'art. 17a, al. 2, LAMal, qui règle l'exécution de la compensation des risques actuelle en ces termes : « Le Conseil fédéral arrête les dispositions d'exécution concernant la compensation des risques. Ce faisant, il veille à la réduction des coûts et empêche l'accroissement de la compensation des coûts. » Ces dispositions d'exécution ont été édictées dans l'ordonnance du 19 octobre 2016 sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCOR ; RS 832.112.1).

La formulation choisie pour la proposition paraît problématique à deux égards. À elle seule, elle ne suffirait pas pour fonder une délégation législative suffisante. Un simple renvoi, dans le rapport explicatif ou, plus tard, dans un message, à la formulation de l'art. 17a LAMal ne devrait pas non plus être suffisant. Il faudrait au contraire que la loi elle-même mentionne les différents paramètres ou au moins donne davantage de détails sur les mécanismes de répartition, comme du reste l'art. 17a LAMal le prévoit aussi. À titre de comparaison, la loi en vigueur prévoit même, à l'art. 17a LAMal, l'obligation pour le Conseil fédéral de consulter les assureurs avant de déterminer les facteurs de morbidité. De plus, la compensation des risques est spécifiée en tant qu'instrument dans plusieurs articles qui précèdent, et l'art. 17 LAMal définit les éléments déterminants pour le calcul de celle-ci.

Sans inscription dans la loi de l'instrument essentiel lui-même (par ex. un « cofinancement des coûts élevés »), les objectifs mentionnés (veiller à la réduction des coûts et empêcher l'augmentation des incitations à la sélection des risques) paraissent isolés et hors contexte. D'une part, ils sont formulés d'une manière si vague qu'il serait difficile de procéder à une vérification de la répartition des contributions opérée par le Conseil fédéral sous l'angle des objectifs prévus par la loi ; d'autre part, ils laissent au Conseil fédéral une telle marge de manœuvre dans le choix de ses instruments qu'il devient impossible de trouver un lien raisonnable entre les objectifs légaux et les moyens élaborés dans l'ordonnance pour répartir les contributions. De plus, l'éventail des manières possibles de répartir les contributions entre les assureurs est très large (en fonction des coûts, selon le nombre d'assurés, en lien avec la compensation des risques en fonction des risques attendus, cofinancement des coûts élevés et éventuellement d'autres possibilités ou combinaisons) et leurs effets seraient probablement très divers. Si l'on veut éviter de choisir explicitement l'instrument dans la loi, on pourrait donc p. ex. au moins prévoir dans celle-ci d'exclure fondamentalement certaines possibilités.

Enfin, les deux objectifs fixés sont formulés, pour l'un, de manière assez vague (« veille à la réduction des coûts ») et, pour l'autre, de façon très stricte (« prévient une augmentation de l'incitation à la sélection des risques »), ce qui pourrait rendre difficile, voire impossible, la

réalisation simultanée des deux, ceux-ci étant matériellement en conflit. Si un seul critère est formulé de façon très stricte (prévention d'une augmentation de l'incitation à la sélection des risques), cela pourrait empêcher des solutions qui certes aboutiraient à une légère augmentation de cette incitation mais qui, combinées avec des incitations à la réduction des coûts et avec d'autres considérations, offriraient un rapport favorable entre avantages et inconvénients.

Cela pourrait toucher par exemple une répartition de la contribution entre les assureurs basée sur les coûts, pour laquelle on ne peut exclure une légère augmentation de l'incitation à la sélection des risques dans le cadre d'un financement uniforme, mais qui présente d'autres avantages. Une répartition basée sur les risques attendus serait, quant à elle, pratiquement impossible, puisqu'elle implique dans une certaine mesure une augmentation de l'incitation à la sélection des risques, qu'on ne peut a priori pas non plus totalement exclure dans le cas d'un cofinancement des coûts élevés. Il paraît donc douteux qu'une formulation stricte du critère « prévention d'une augmentation de l'incitation à la sélection des risques » permette encore de trouver des modes de répartition qui en particulier soient aussi susceptibles de convaincre sous l'angle de la praticabilité.

Si, malgré les problèmes évoqués (définition très vague des critères pour la délégation législative), l'on envisage néanmoins de déléguer au Conseil fédéral la compétence de déterminer le mode de répartition, il faudrait au moins que les deux critères soient formulés de façon raisonnablement stricte, par exemple selon la formulation suivante : « Il [le Conseil fédéral] veille à la réduction des coûts et à la prévention d'une augmentation de l'incitation à la sélection des risques ».

En outre, la première phrase de la proposition implique en principe une répartition identique de la contribution fédérale et de la contribution cantonale entre les assureurs. Plus la clé de répartition choisie en fin de compte par le Conseil fédéral s'écarte de cette répartition identique, plus celui-ci devrait être tenu de prouver en même temps que cette clé de répartition est nécessaire pour atteindre les objectifs formulés dans la troisième phrase. Pour une modification correcte, la formulation proposée n'est pas non plus suffisante ; elle devrait être complétée par une liste de critères dans laquelle le Conseil fédéral pourrait choisir ceux applicables à la mise en œuvre, par exemple : « Le Conseil fédéral peut différencier la contribution selon le niveau des coûts attendus », ou : « Le Conseil fédéral peut concentrer les contributions sur les assurés générant des coûts élevés ». Cette liste pourrait consister en des exemples concrets parmi lesquels le Conseil fédéral pourrait choisir, ou en différents paramètres qui devraient fonder sa décision.

5.4 Proposition du DFI

Le DFI recommande de reprendre la solution déjà décidée par le Conseil national et soutenue par le Conseil fédéral dans son avis du 14 août 2019, qui prévoit une répartition de la contribution cantonale entre les assureurs proportionnellement aux coûts générés auprès de chacun d'eux. Cette solution est transparente, simple à mettre en œuvre sur le plan administratif et, quant au potentiel de sélection des risques, avantageuse par rapport à une répartition proportionnelle aux coûts attendus (risques). Avec elle, environ trois quarts des efforts faits par les assureurs pour réduire les coûts auraient un effet sur les primes, ce qui devrait constituer pour eux une incitation suffisamment forte pour encourager les fournisseurs de prestations, par exemple par des modèles tarifaires appropriés ou un choix minutieux de fournisseurs de prestations dans les formes particulières d'assurance, à réduire les coûts où cela est possible au moyen d'une bonne coordination, d'une fourniture efficiente des prestations, etc.

6 Organisation tarifaire

La CSSS-E souhaite que le rapport sur les effets du financement uniforme inclue la question d'une possible organisation tarifaire. Concrètement, elle demande quelles modifications il faudrait apporter à la LAMal pour que les cantons puissent intégrer l'organisation tarifaire pour le domaine ambulatoire que le Conseil fédéral a proposée dans le 1^{er} volet de mesures visant à freiner la hausse de coûts (19.046). De plus, les principes de financement et la procédure d'approbation doivent être exposées.

6.1 Intégration des cantons dans l'organisation tarifaire

Le message adopté le 21 août 2019 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1^{er} volet ; FF **2019** 5765) ne prévoit pas de participation des cantons à l'organisation tarifaire pour le domaine ambulatoire.

Les cantons et la CDS ont déjà demandé dans leurs prises de position lors des consultations concernant le 1^{er} volet de mesures visant à freiner les coûts et sur le projet de la CSSS-N relatif à l'initiative parlementaire 09.528 « Financement moniste des prestations de soins » une intégration des cantons. Ils ne pourraient approuver un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires que si, entre autres, des organisations tarifaires nationales sont prévues par la loi. Il devrait en l'occurrence s'agir d'une organisation tarifaire nationale (ou de plusieurs organisations) pour les tarifs ambulatoires et pour les prestations de soins également, avec participation des cantons sur une base paritaire.

6.2 Organisation tarifaire dans le domaine hospitalier (stationnaire)

Dans le domaine stationnaire, les cantons participent au financement des prestations. Les prestations stationnaires sont prises en charge par les cantons et les assureurs, la part des cantons devant représenter au moins 55 %.

Dans ce domaine, une organisation tarifaire qui élabore et développe des forfaits par cas liés aux prestations existe déjà. Selon l'art. 49, al. 2, LAMal, les partenaires tarifaires instituent cette organisation conjointement avec les cantons. Pour la rémunération des prestations stationnaires de soins somatiques aigus, le système tarifaire SwissDRG s'applique depuis le 1^{er} janvier 2012 ; dans le domaine de la psychiatrie, la structure tarifaire TARPSY est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018.

Étant donné que les cantons participent au financement des prestations stationnaires, il est logique qu'ils contribuent à l'élaboration et au développement des structures tarifaires dans ce domaine, bien qu'ils n'aient pas la qualité de partenaires tarifaires.

6.3 Organisation tarifaire dans le domaine ambulatoire

Pour le domaine ambulatoire, contrairement au domaine stationnaire, la loi actuelle ne prescrit pas d'organisation tarifaire. Cependant, la création d'une organisation tarifaire nationale est l'une des mesures proposées par le Conseil fédéral dans son 1^{er} volet visant à freiner la hausse des coûts. Une modification de la LAMal est nécessaire à cette fin.

Dans son message, le Conseil fédéral a proposé un nouvel art. 47a prévoyant l'institution d'une organisation chargée des structures tarifaires pour les traitements ambulatoires. Les partenaires

tarifaires seraient tenus par la loi d'instituer, comme dans le domaine stationnaire, une organisation tarifaire nationale responsable des structures tarifaires pour les traitements médicaux ambulatoires. Les partenaires tarifaires, c.-à-d. les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs, devraient y être représentés sur une base paritaire. La mise en place d'une organisation tarifaire devrait renforcer le partenariat tarifaire et lever les blocages qui persistent depuis des années dans le domaine ambulatoire.

Le projet du Conseil fédéral ne prévoit pas que les cantons participent à l'organisation, car ils ne participent pas directement à la prise en charge des prestations dans le domaine ambulatoire. Le message relève toutefois que si un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires est instauré, rien ne s'oppose à une participation des cantons à l'organisation (cf. FF 2019 5780). Il serait plus logique de décider l'intégration des cantons dans le cadre de l'instauration du financement uniforme que lors des délibérations parlementaires sur le 1^{er} volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts. Le ch. 6.4 propose une formulation en vue d'une intégration des cantons au sein de l'organisation tarifaire dans le cadre du projet relatif au financement uniforme.

En raison des réponses reçues lors de la procédure de consultation, le 1^{er} volet de mesures prévoit que l'organisation n'est pas responsable de toutes les structures tarifaires pour les traitements ambulatoires mais uniquement, dans un premier temps, pour les traitements médicaux ambulatoires. Le Conseil fédéral a toutefois la possibilité de déclarer l'organisation compétente pour d'autres structures tarifaires. Étant donné que les contributions aux prestations de soins sont fixées par le Conseil fédéral et ne relèvent donc pas de l'autonomie tarifaire des partenaires tarifaires, l'état actuel de la loi ne permet pas au Conseil fédéral de confier à cette organisation la maintenance des contributions aux prestations de soins.

Il appartient en principe à l'organisation de régler son financement. Mais le projet du Conseil fédéral propose, à l'art. 47a, al. 3, P-LAMal, d'accorder à ce dernier la possibilité d'établir des principes relatifs au financement. Ce financement pourrait passer, par exemple, par une contribution par assuré ou, indirectement, par les partenaires tarifaires.

Les structures tarifaires élaborées par l'organisation doivent également être approuvées par le Conseil fédéral. Il incombe aux partenaires tarifaires de les lui soumettre (cf. art. 47a, al. 7, P-LAMal).

Le Conseil national a subdivisé en deux parties le 1^{er} volet de mesures adoptées par le Conseil fédéral dans son message du 21 août 2019. Le volet 1a comprend les mesures qui sont plutôt peu controversées, parmi lesquelles figure l'organisation responsable des structures tarifaires pour le domaine ambulatoire, alors que le volet 1b comprend les mesures plutôt controversées. Après délibération et son adoption par la commission du premier conseil (CSSS-N) et par le Conseil national, le volet 1a a été traité par la commission du second conseil puis, lors de la session d'automne 2020, par le Conseil des États. Après une première élimination des divergences par la CSSS-N, il est à l'ordre du jour de la session d'hiver 2020 du Conseil national. Le volet 1b a été examiné par la commission du premier conseil (CSSS-N), adopté par celle-ci le 28 août 2020 et traité par le Conseil national lors de la session spéciale du 29 octobre 2020.

6.4 Proposition du DFI : formulation de l'art. 47a P-LAMal (organisation tarifaire avec participation des cantons)

Si un financement uniforme est instauré, rien ne s'oppose à ce que les cantons participent également à l'organisation tarifaire pour le domaine ambulatoire. Les cantons peuvent donc être inscrits à l'art. 47a P-LAMal, dans le cadre de l'initiative parlementaire 09.528, en tant que partie représentée paritairement dans l'organisation tarifaire (cf. ch. 13).

7 Déroulement technique du modèle de financement

Une autre question reste à clarifier dans le cadre d'un financement uniforme : comment devraient circuler les flux de données et les flux financiers, et quelles données et informations les cantons et les assureurs doivent échanger, le cas échéant via des intermédiaires comme l'institution commune LAMal, pour pouvoir assumer leur rôle.

7.1 Projet du Conseil national

Le projet adopté le 26 septembre 2019 par le Conseil national prévoit à l'art. 18, al. 2^{sexies}, P-LAMal que l'institution commune répartit la contribution cantonale et la contribution fédérale entre les assureurs. Le Conseil national a estimé cette procédure appropriée, dans la mesure où elle évite aux cantons de devoir obtenir les décomptes d'une multitude d'assureurs. L'institution commune connaît déjà – entre autres par la tâche qu'elle accomplit déjà pour la compensation des risques – la plupart des données déterminantes des assureurs, notamment les effectifs d'assurés et les données concernant les coûts. Par rapport à aujourd'hui, les seules données supplémentaires que l'institution commune devrait obtenir des assureurs, selon le projet du Conseil national, concernent leurs coûts pour les contributions aux soins de longue durée prévues à l'art. 25a, al. 1, LAMal actuel, les prestations versées aux hôpitaux non répertoriés en vertu de l'art. 49a, al. 4, LAMal actuel, ainsi que les données relatives aux enfants, aux requérants d'asile, aux frontaliers, aux retraités domiciliés à l'étranger et aux autres assurés qui, aujourd'hui, n'entrent pas dans la compensation des risques.

Dans le projet du Conseil national, l'art. 60, al. 5, P-LAMal prévoit en outre que les assureurs transmettent au canton et à la Confédération les données qui sont nécessaires pour le calcul de la contribution cantonale et de la contribution fédérale. Les cantons et la Confédération versent leur contribution à l'institution commune. Le projet du Conseil national ne règle pas au niveau de la loi la question de savoir concrètement quelles données sont nécessaires. Le rapport explicatif précise que le Conseil fédéral définit comment les données seront transmises et comment les cantons devront transférer leurs contributions à l'institution commune. Différents détails de méthode devraient être réglés, notamment la périodicité des paiements cantonaux (mensuelle, trimestrielle, annuelle, etc.), si la date déterminante pour le calcul de la contribution cantonale doit être le début du traitement ou la date du décompte, comment le processus de paiement doit être organisé – avec des paiements par acomptes puis un décompte définitif dès que les données relatives aux coûts sont connues –, ainsi que le cadre temporel à prévoir pour ce processus.

Enfin, l'art. 60a P-LAMal prévoit que la contribution cantonale et la contribution fédérale sont réparties entre les différents assureurs en fonction de leurs coûts déterminants pour le calcul des contributions respectives.

Dans le projet du Conseil national, la tâche de l'institution commune se limite donc à répartir correctement entre les assureurs, c.-à-d. conformément aux coûts occasionnés de chacun d'eux, les contributions obtenues des cantons et de la Confédération. En revanche, les différents assureurs transmettent directement au canton et à la Confédération les données déterminantes pour le calcul de leurs contributions respectives. Le Conseil fédéral doit régler les modalités de la mise en œuvre au niveau de l'ordonnance.

7.2 Questions ouvertes sur le déroulement technique

Pour qu'elles clarifient leur position sur les questions ouvertes, l'OFSP a invité la CDS et les deux fédérations d'assureurs, le 22 avril 2020, à s'exprimer sur les différentes possibilités en discussion. Ce thème a fait en outre l'objet d'une discussion le 3 juillet 2020, lors d'une rencontre de travail avec la CDS et les deux fédérations d'assureurs.

Les représentants de la CDS soutiennent que même avec une nouvelle répartition des coûts adaptée, il n'y a aucune raison de modifier le système dual actuel de facturation aux assureurs-maladie et au canton de domicile pratiqué dans le domaine stationnaire. Pour ces représentants, les questions ouvertes relatives à l'organisation future des flux de données et des flux financiers ne concernent en effet que le domaine ambulatoire, pour lequel il pourrait être judicieux, au vu du nombre très élevé de factures individuelles, de définir un seul organisme de facturation et de paiement. Si des modèles de soins intégrés accompagnés de solutions appropriées pour les tarifs et le financement sur toute la chaîne des soins existent, le domaine stationnaire pourrait être intégré lui aussi dans un processus passant par un agent payeur unique.

7.2.1 Données requises

Curafutura et santésuisse soutiennent qu'à part celles relatives aux prestations nettes et brutes des assureurs (par année de traitement, par assureur et par canton), aucune autre donnée n'est requise pour calculer la contribution cantonale. En particulier, il ne serait pas nécessaire de connaître les effectifs d'assurés. Si le nombre de personnes assurées auprès d'un assureur diffère considérablement de ce qu'il était l'année précédente, cela ne serait compensé qu'au moment du paiement définitif, puisque les acomptes sont déterminés d'après les prestations d'une période précédente.

Les représentants de la CDS soutiennent pour leur part que des facturations forfaitaires sur le montant total des prestations nettes ou brutes rendraient impossibles aussi bien le contrôle de l'exactitude des montants à verser que l'établissement de la base statistique nécessaire au pilotage. Ces représentants partent du principe que le bon fonctionnement d'un financement uniforme requiert des données concernant l'ensemble des prestations sur une base individuelle, à savoir le type de prestation et de fournisseurs de prestations, la date du traitement et le coût de la prestation, ainsi que des données du registre des habitants et des effectifs d'assurés qui permettent de déterminer au jour près quel canton est compétent lorsqu'il y a changement de domicile.

Comme le constatent implicitement les représentants de la CDS, ces données semblent toutefois être davantage pertinentes pour le contrôle des factures (cf. ch. 8) que pour le bon fonctionnement des flux financiers. Les parties étaient en revanche unanimes quant à la base de calcul nécessaire. Toutes soutiennent que le modèle de financement doit se fonder sur le relevé des coûts selon l'année de traitement et non selon l'année de facturation.

7.2.2 Paiements par acomptes

L'unanimité a aussi pu être obtenue sur le principe d'un financement cantonal sous la forme d'acomptes durant l'année en cours, avec un décompte final l'année suivante. Le paiement d'acomptes aux assureurs leur garantira des liquidités suffisantes et, partant, le bon fonctionnement du système.

Pour garantir la liquidité des assureurs, curafutura propose que les contributions cantonales provisoires pour l'année de compensation (t) soient versées à l'institution commune au début

de l'année de compensation (soit entre le 1^{er} janvier et le 15 février). Ces contributions devraient correspondre au volume proportionnel des contributions cantonales définitives de l'avant-dernière année précédant l'année de compensation (t-2). Les acomptes suivants seraient versés trimestriellement. Il faudrait donc prévoir en tout quatre acomptes par année. Pour curafutura, il n'est pas nécessaire de prévoir des facteurs de correction tels que la croissance attendue des coûts ; ceux-ci ne devraient être pris en considération que lors des paiements définitifs. L'institution commune devrait communiquer le montant des contributions cantonales définitives entre début juillet et le 15 août de l'année de facturation (autrement dit, l'année suivant l'année de compensation, t+1) et facturer celles-ci aux cantons après déduction des contributions cantonales provisoires déjà versées. Les cantons devraient alors verser à l'institution commune le montant facturé.

Pour les représentants de la CDS, ce sont aussi les acomptes qui sont primordiaux pour des raisons de liquidité des assureurs, la périodicité de ces acomptes (mensuelle, trimestrielle ou annuelle) ne jouant guère de rôle pour les cantons. En revanche, il est important que cette périodicité soit uniforme pour tous les assureurs partout en Suisse.

Santésuisse pourrait aussi imaginer une autre procédure, dans laquelle les assureurs communiquent après chaque mois (ou trimestre) le total des prestations nettes facturées, regroupées par année de traitement. L'année de traitement est importante, car le pourcentage de la part cantonale peut changer avec le temps. Pour un traitement donné durant l'année x, c'est le pourcentage de la part cantonale de l'année x qui serait déterminant, indépendamment de sa date de facturation. Cette approche permettrait de garantir la liquidité des assureurs sans qu'il soit nécessaire de prévoir des acomptes supplémentaires. Santésuisse accepte néanmoins que le processus puisse consister en des acomptes suivis de paiements définitifs. Les représentants de la CDS relèvent à cet égard qu'aujourd'hui, les cantons versent des acomptes aux hôpitaux pour garantir leur liquidité. Si ces acomptes disparaissaient parce que les contributions cantonales seraient versées à un organisme de paiement, ce dernier devrait être tenu de verser à son tour des acomptes aux hôpitaux.

Les représentants des cantons et les deux fédérations d'assureurs sont unanimes sur ce point : il doit être possible de corriger la contribution cantonale même plusieurs années après le décompte définitif, par exemple si des assurés ou des fournisseurs de prestations ne transmettent leurs factures aux assureurs qu'après plusieurs années, ou que des factures sont modifiées après coup à la suite de contrôles de l'économicité, de recours ou d'autres procédures. Le produit des actions récursoires des assureurs pourrait soit être déduit des prestations nettes déterminantes des assureurs, les éventuelles factures remises ultérieurement venant s'y ajouter, ou un processus de remboursement séparé entre assureurs et cantons pourrait être défini.

7.2.3 Organisme de paiement

Sur la question de l'organisme de paiement, les avis divergent. Les représentants de la CDS souhaitent la création d'une nouvelle organisation paritaire où cantons et assureurs seraient représentés sur une base paritaire et à qui serait confiée la tâche du paiement de la part cantonale aux assureurs. Cette nouvelle organisation devrait aussi reprendre le contrôle des factures (cf. ch. 8). Elle devrait gérer une base de données centrale contenant l'ensemble des données des assureurs relatives aux prestations ambulatoires, ainsi que les données personnelles correspondantes des cantons (domicile, déménagements, naissances, décès, etc.). Pour les représentants de la CDS, il est probable qu'une exécution directe entre assureurs et cantons augmenterait considérablement leurs charges administratives respectives.

Du côté des assureurs, curafutura exprime le souhait de voir l'institution commune chargée de cette tâche, alors que santésuisse préférerait un flux financier direct entre cantons et assureurs, sans passer par une instance tierce. Curafutura ajoute que l'institution commune dispose déjà de toutes les données nécessaires, parce qu'elle exécute la compensation des risques. Un processus passant par cette organisation déjà existante serait donc la solution la plus efficace. En complément du projet adopté par le Conseil national, curafutura propose de charger également l'institution commune du calcul et de l'encaissement des contributions cantonales et fédérale.

Santésuisse argumente pour sa part qu'on ne voit pas bien pourquoi une instance intermédiaire supplémentaire devrait être mise en place entre les assureurs et les cantons. La procédure en cas de problèmes devrait passer par une autre partie, non impliquée. En contact direct, les cantons et les assureurs seraient plus flexibles et plus rapides. La solution bilatérale permettrait également de créer la transparence correspondante. La facturation par les assureurs et le paiement pourraient s'effectuer rapidement (p. ex. mensuellement). Toutefois, pour santésuisse, la question de savoir si les flux financiers entre cantons et assureurs seront organisés directement ou passeront par l'institution commune est relativement secondaire par rapport à d'autres points.

Les représentants de la CDS admettent que l'institution commune pourrait également remplir le rôle d'instance tierce, pour autant que ses statuts soient adaptés afin de permettre aux cantons de participer à son fonctionnement et à ses décisions (cf. ch. 8.2).

7.3 Proposition du DFI

L'objectif du financement uniforme doit rester la simplification et l'allègement du système. L'avantage de recourir à l'institution commune réside dans le fait qu'elle existe déjà et qu'elle dispose de structures adaptées à la gestion des flux financiers entre assureurs. L'ajout de nouvelles compétences pour gérer les paiements des cantons n'ouvre pas un champ d'activité complètement étranger aux tâches qu'elle effectue déjà à ce jour.

Comme pour ses tâches d'exécution de la compensation des risques (art. 17a, al. 1, LAMal) et de la réduction des primes (art. 18, al. 22^{quinquies}, LAMal), l'institution commune se limiterait à calculer et à demander, sur la base des données disponibles des différents assureurs, le montant des contributions cantonales et fédérale dues, lesquelles lui seraient transférées et qu'elle encaisserait avant de les répartir entre les assureurs. Elle répartirait ainsi aussi bien les acomptes versés que les contributions définitives. En revanche, le contrôle des factures ainsi que du caractère correct et approprié des indications données par chaque assureur concernant les coûts générés pour faire valoir le droit à la contribution ne relèverait pas des attributions de l'institution commune. Les questions relatives au contrôle des factures et du domicile (cf. ch. 8) peuvent être considérées indépendamment du parcours des flux financiers. Dans cette mesure, il semble aussi judicieux de confier également à l'institution commune la tâche de calculer les contributions cantonales et fédérale. Ce calcul ne représente pas une tâche particulièrement ardue pour elle, dans la mesure où elle a accumulé suffisamment d'expertise dans ce domaine avec la compensation des risques.

Dès lors, une piste envisageable pourrait être d'assigner à l'institution commune la gestion du paiement de la part cantonale aux assureurs-maladie par le biais d'acomptes durant l'année en cours et avec un décompte final l'année suivante, en prenant comme base de calcul les coûts selon l'année de traitement. Pour cela, une réflexion pour l'intégration des cantons au sein de l'institution commune devrait encore être menée (cf. ch. 8.2). Si cette dernière devait non seulement répartir les contributions cantonales et fédérale entre les assureurs, comme le prévoit le projet du Conseil national, mais aussi calculer et encaisser ces contributions, cela pourrait être

réglé à l'art. 18, al. 2^{sexies}, P-LAMal. Les différents assureurs devraient alors transmettre à l'institution commune les données requises, ce qui pourrait être inscrit à l'art. 60, al. 5, P-LAMal (cf. ch. 13). Aucune autre modification ne serait nécessaire au niveau de la loi par rapport au projet adopté par le Conseil national.

8 Contrôle des factures et du lieu de domicile

Le contrôle des factures et du lieu de domicile contribue à garantir que seules soient facturées à la charge de l'AOS des prestations efficaces, appropriées et économiques, à freiner la hausse des coûts de la santé et, partant, celle des primes, et à répartir correctement les charges entre les cantons de domicile et les régions de primes. Tant les cantons que les assureurs ont un intérêt financier à ce que le contrôle des factures et du lieu de domicile s'effectue de manière satisfaisante. Cela permet en effet aux cantons de limiter les charges de leur budget, et aux assureurs de proposer des primes AOS attractives et ainsi attirer des assurés qui éventuellement contractent aussi auprès d'eux des assurances complémentaires, avec lesquelles les assureurs sont autorisés à dégager des bénéficiaires.

Un financement uniforme pose également la question de savoir comment organiser à l'avenir le contrôle des factures et du lieu de domicile. Les cantons, outre les prestations stationnaires, cofinanceraient aussi les prestations ambulatoires, qui représentent un volume de factures bien plus important que les seules prestations stationnaires. Si, par souci d'efficacité, il peut sembler plus rationnel que les factures ne soient contrôlées que par une seule instance, les cantons ont un intérêt légitime à savoir avec certitude dans quelle mesure les contributions qu'on leur demande servent réellement à financer exclusivement des prestations efficaces, appropriées et économiques. À l'inverse, le contrôle des factures représente pour les assureurs un moyen essentiel de se différencier les uns des autres. Les paragraphes qui suivent commenceront par exposer la situation actuelle en matière de contrôle des factures des domaines ambulatoire et stationnaire, avant d'aborder les souhaits respectifs des cantons et des assureurs ainsi que les solutions possibles, d'abord dans le domaine du contrôle des factures puis dans celui du contrôle du lieu de domicile.

8.1 Situation actuelle

Actuellement, les processus de contrôle des factures et du lieu de domicile diffèrent entre les factures du domaine ambulatoire et celles du domaine stationnaire. En effet, les données des prestations ambulatoires ne sont pas transmises aux cantons puisque ces derniers ne participent pas à leur financement. Ainsi, seuls les assureurs effectuent un contrôle des factures des prestations ambulatoires. En revanche, les factures des prestations stationnaires sont transmises aux assureurs et aux cantons afin que chacun s'acquitte de sa part.

Les assureurs et les cantons affirment avoir un intérêt à contrôler les factures de manière rigoureuse. Selon les assureurs, il s'agirait même d'un facteur essentiel de compétitivité : il permettrait de faire des économies allant jusqu'à 3 milliards de francs selon Santé Suisse (IWSB 2018). Cela inciterait donc les assureurs à développer leurs outils de contrôle afin de les rendre toujours plus performants. Du côté des cantons, le contrôle du lieu de domicile permettrait d'éviter des coûts injustifiés à leurs contribuables. Les cantons avancent des économies allant de quelques millions à quelques dizaines de millions de francs par année dans les plus grands cantons.

Selon leurs déclarations, les assureurs effectuent un contrôle détaillé des factures, qui consiste principalement à contrôler si l'assuré a droit à la prise en charge de la prestation, si le fournisseur de prestations est admis et si le tarif a été appliqué correctement, mais aussi un contrôle des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économie (critères de l'art. 32 LAMal). Outre les données plus techniques des factures, les assureurs souhaitent également vérifier le domicile des assurés, pertinent pour l'exactitude du calcul des primes. Dans les cantons, selon les informations de la CDS, les processus de contrôle sont plutôt hétérogènes : quelques cantons effectuent un contrôle des factures en plus du contrôle du lieu de domicile. Ils examinent les recours,

les garanties de paiement et les mandats de prestations. Par ailleurs, même si la plupart des cantons disposent d'outils permettant un contrôle automatique des factures selon différents critères, certains n'ont pas mis en place un tel système. Du point de vue de la protection des données, le contrôle des factures complètes, c'est-à-dire comportant des données médicales, pourrait poser problème. Cependant, d'après ce qu'ont affirmé les représentants de la CDS lors de la rencontre de travail (cf. ch. 1), ces processus auraient été vérifiés par des préposés cantonaux à la protection des données, notamment dans le canton de Bâle-Ville. Les assureurs invoquent pour leur part l'art. 59a OAMal, en vertu duquel il doit être garanti que seul un service de réception des données au sens de l'art. 11 de la loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données (LPD ; RS 235.1), dont chaque assureur doit disposer, ait accès aux données médicales figurant sur la facture du fournisseur de prestations. Le service de réception des données détermine pour quelles factures un contrôle supplémentaire est nécessaire et transmet à l'assureur les indications nécessaires à cette fin. L'assureur n'a pas le droit de donner au service de réception des données des directives concernant la transmission de données relatives à des factures individuelles. Le Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence peut en tout temps exiger du service de réception des données ou du service de certification les documents pertinents pour la certification ou le renouvellement de celle-ci, et il publie une liste des services de réception des données certifiés.

Actuellement, les cantons et les assureurs échangent très peu d'informations concernant le contrôle des factures. En effet, si l'un d'eux découvre une erreur dans l'établissement d'une facture, il l'annonce au fournisseur de prestations. C'est alors ce dernier qui informe l'autre agent payeur afin que le montant de la facture soit adapté.

8.2 Contrôle des factures

Tant les réponses au questionnaire que la rencontre de travail (cf. ch. 1) ont montré que les conceptions des assureurs et celles des cantons sont très différentes en ce qui concerne le contrôle des factures. Comme la différence est moins flagrante en ce qui concerne le contrôle du lieu de domicile, les deux thèmes sont traités ici séparément.

La CDS relève que les cantons contrôlent aujourd'hui déjà les factures du domaine stationnaire et que cela en vaut la peine pour eux (cf. ch. 8.1). Comme le canton paie une partie de chaque facture, il a selon elle le droit d'obtenir aussi les données sur lesquelles celle-ci se fonde. Étant donné le volume considérable des factures accumulées chaque année dans le domaine ambulatoire, il pourrait être judicieux qu'une organisation paritaire commune élabore un concept avec des critères de contrôle définis d'un commun accord, ce qui permettrait à cette organisation de procéder à un contrôle uniforme, standardisé et susceptible de révision de toutes les factures. Pour les cantons, c'est surtout l'accès aux données qui est essentiel, par exemple à des fins de pilotage. Des données agrégées ne seraient pas suffisantes pour cela. Les cantons devraient cependant (comme pour le domaine stationnaire) pouvoir décider de façon indépendante s'ils veulent effectuer des contrôles supplémentaires, de quelle manière et dans quelle mesure, pour vérifier que la contribution cantonale est bien due.

Afin de pouvoir mieux piloter à l'avenir le domaine ambulatoire, les cantons aimeraient impérativement avoir un accès rapide à chaque facture, y compris à toutes les données qui y figurent et qui sont nécessaires pour le contrôle. Cette exigence vaut pour le domaine stationnaire comme pour le domaine ambulatoire. Il faudrait impérativement que les flux de données et l'accès aux données puissent s'effectuer par voie électronique, en tout temps et sans requête auprès de l'organisation paritaire.

Les assureurs soulignent pour leur part que le contrôle des factures constitue l'une de leurs compétences centrales : ils se seraient spécialisés dans la lutte systématique contre les erreurs et les abus, et disposeraient à cette fin d'un savoir-faire de longue date et de l'infrastructure nécessaire. Dans un système fondé sur la concurrence, le contrôle des factures serait en outre un facteur de compétitivité essentiel pour chaque assureur ; il ne cesse donc d'être perfectionné. L'objectif d'un financement uniforme, moniste, est notamment de simplifier les processus administratifs. Un contrôle des factures effectué à double par les cantons ou une organisation paritaire dans le cadre d'un financement uniforme dual-fixe serait inefficace, disproportionné et contraire à l'objectif du financement uniforme. De plus, un contrôle supplémentaire de factures individuelles par les cantons serait problématique sous l'angle de la protection des données.

Les instruments de contrôle existants (révision, audit par l'OFSP) constituent, selon les assureurs, une base suffisante pour garantir que les paiements des assureurs, et donc aussi ceux des cantons, soient conformes au droit. Si cela ne devait pas suffire, la Suisse pourrait imaginer en plus, dans l'esprit d'un contrôle de gestion (« *controlling* »), que l'on accorde aux cantons la possibilité d'exiger des renseignements détaillés ou encore, en cas de soupçon d'irrégularités, de faire effectuer par une société de révision des contrôles par sondage auprès des assureurs sur des points définis dans la loi ou dans l'ordonnance. Pour l'avenir, il serait judicieux de mettre en place un processus standardisé d'échange d'informations, qui serait aussi utile en vue d'obtenir des améliorations dans le domaine de la qualité et de l'admission des fournisseurs de prestations.

Pour les cantons, la possibilité de contrôler les factures est une condition indispensable à leur approbation d'un financement uniforme. De leur côté, les assureurs soulignent qu'ils ne peuvent approuver le projet si cette prérogative leur est retirée de fait. Résoudre ce dilemme constitue donc une véritable gageure. Les réponses données par la CDS à la liste de questions de l'OFSP ainsi que lors de la rencontre de travail ont montré que les cantons attachent une importance particulière, outre au contrôle des factures, à un accès rapide aux données à des fins de pilotage (budgétisation, admissions, planification des soins, etc.).

Dans le cadre du 1^{er} volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts, le Conseil fédéral a proposé de renforcer la surveillance de l'OFSP sur le contrôle des factures effectué par les assureurs en développant les audits sur place. Étant donné que ce renforcement de la surveillance ne nécessitait aucune action législative, cette mesure a déjà pu être mise en œuvre. Jusqu'en 2017, les audits sur place consistaient surtout en des contrôles axés sur les résultats. Depuis 2018, ces contrôles sont principalement axés sur les processus. À cet égard, les processus déterminants, le système de contrôle interne ainsi que les instruments utilisés par l'assureur audité pour procéder au contrôle des factures sont évalués sous l'angle des critères d'économicité, d'adéquation et d'efficacité. Si des points faibles sont constatés, les assureurs sont priés de prendre les mesures nécessaires pour améliorer et renforcer leurs processus ou leurs systèmes de contrôle. L'objectif est que les processus de contrôle des factures atteignent chez chaque assureur un niveau minimal satisfaisant. Cette surveillance renforcée de l'OFSP des processus de contrôle des factures pourrait donc, de l'avis du DFI, offrir aux cantons une certaine garantie que les coûts affichés par les assureurs, dont les cantons doivent prendre une partie en charge, sont issus d'un contrôle suffisant des factures de la part des assureurs, même si les cantons ne peuvent plus contrôler ces dernières eux-mêmes. Au besoin, la surveillance de la Confédération sur le contrôle des factures effectué par les assureurs pourrait être encore renforcée. En complément, il pourrait également être prévu que les cantons soient entendus par l'OFSP lors de la définition du concept de contrôle avec lequel l'OFSP, dans le cadre de sa surveillance, examine le processus de contrôle des factures des assureurs.

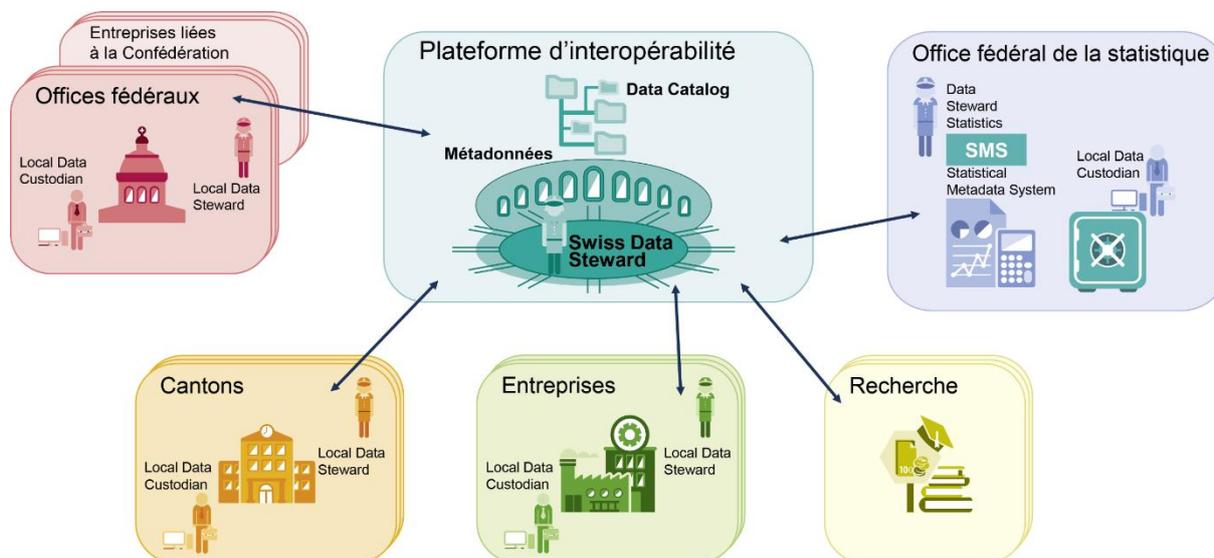
En vertu de l'art. 56 LAMal, les assureurs ont le mandat légal de contrôler les factures qu'ils reçoivent et, aux termes de l'art. 34 LAMal, ils ne peuvent pas prendre en charge au titre de l'AOS d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 LAMal. Il paraît rationnel de laisser cette compétence aux assureurs, car un deuxième contrôle des factures, qu'il soit effectué par les cantons eux-mêmes ou par une organisation paritaire, serait peu efficient. Le contrôle des factures peut rester ainsi une possibilité importante pour les assureurs de se différencier dans un système de concurrence. Dans le même temps, une attribution de principe aux assureurs de la compétence de ce contrôle permettrait d'éviter d'autres problèmes de mise en œuvre. En cas de contrôle supplémentaire par les cantons ou par une organisation paritaire, il faudrait en effet tirer au clair la question de la manière de traiter, en cas de corrections apportées a posteriori par les cantons, les participations aux coûts déjà perçues auprès des assurés.

Comme exposé plus haut, les cantons accordent une grande importance à la possibilité de contrôler les factures, mais surtout à celle d'accéder rapidement aux données qui leur sont utiles pour la planification et le pilotage. Le contrôle des factures et la disponibilité des données peuvent toutefois être considérés indépendamment l'un de l'autre, l'accès aux données pouvant être obtenu par d'autres moyens que le contrôle des factures. De plus, le but premier de ce contrôle n'est pas d'accéder à des données servant au pilotage. Il est certes compréhensible que les cantons souhaitent avoir une certaine possibilité de contrôle sur leurs dépenses ainsi que des données à des fins de pilotage, mais cela peut aussi passer, au lieu du contrôle des factures, par la mise à disposition rapide de données relatives aux coûts. Des clarifications supplémentaires seraient nécessaires pour définir plus en détail comment un tel échange de données pourrait s'organiser. Cependant, du point de vue du DFI, une conception similaire à celle du projet en cours Gestion nationale des données (NaDB)²⁹ pourrait être adéquate.

L'objectif du programme NaDB est de rendre la gestion des données des pouvoirs publics plus simple et plus efficace voire simplement possible par l'utilisation multiple des données : les personnes et les entreprises ne devraient avoir à fournir leurs données qu'une seule fois aux autorités. À cette fin, le Conseil fédéral a posé les bases, lors de sa séance du 27 septembre 2019, pour quatre projets pilotes qui seront réalisés à l'Office fédéral de la statistique. Les bases pour appliquer le principe « une fois pour toutes » (Once-Only) seront ainsi créées. L'Office fédéral de la statistique (OFS) assume la responsabilité de l'implémentation de ce programme. Afin de promouvoir l'utilisation multiple des données à long terme, il recourt à un catalogue de données qui indique où et dans quelle qualité sont conservées quelles données. À cet effet, il met en place une plateforme d'interopérabilité qui sera mise à la disposition de toutes les parties concernées. Le schéma ci-dessous en illustre le concept.

²⁹ Office fédéral de la statistique, Gestion nationale des données, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/nadb/nadb.html>

Figure 1 : Concept d'implémentation du programme de gestion nationale des données (NaDB)



Source : Office fédéral de la statistique

Un accès rapide des cantons, via le NaDB, aux données de coûts nécessaires pour la budgétisation et le pilotage présenterait divers avantages. Comme un projet est déjà intégré dans le domaine stationnaire, les parties prenantes les plus importantes (la CDS, des représentants des cantons, les fournisseurs de prestations et les deux fédérations d'assureurs) y sont déjà représentées. Le projet étant lancé, il n'est pas nécessaire d'élaborer spécialement une nouvelle plateforme ou une nouvelle solution pour l'échange de données, celle-ci existant déjà avec le NaDB, ce qui respecterait le principe « une fois pour toutes ».

Suivant son organisation, cette solution implique des bases légales différentes en matière de droit des données. Plus les données à la disposition des cantons devraient être détaillées, plus la question des bases légales gagne en importance. Les discussions menées lors de la rencontre de travail ont montré que les cantons souhaiteraient disposer de données individuelles qui soient les plus complètes possible, ce que les assureurs excluent. Si cette piste devait être poursuivie, il faudrait surtout clarifier d'abord à quelles données les cantons ont besoin d'accéder, et à quel niveau d'agrégation, pour pouvoir assumer leurs tâches de contrôle et de planification, et quelles implications en résultent sur le plan du droit de la protection des données. Il faudrait également définir avec précision le flux de données ainsi que la composante temporelle.

En complément, il serait également possible de permettre aux cantons de siéger au conseil de fondation de l'institution commune. Cependant, sous l'angle du droit des fondations, cela impliquerait de dissoudre l'institution et de la fonder à nouveau si une représentation des cantons au sein de l'organisme responsable de la fondation est ajoutée dans la loi. Comme l'institution commune est une institution exécutant la LAMal mais sans assumer de tâches de pilotage, les possibilités de pilotage et de contrôle qu'auraient les cantons en y siégeant sont très limitées. Les assureurs pourraient être invités à accueillir les cantons au sein du conseil de fondation sans qu'une modification de la loi ne soit prévue. Les fédérations d'assureurs se montrent plutôt sceptiques à l'idée de voir les cantons siéger au sein de l'institution commune. Santésuisse ne voit par exemple aucune raison d'intégrer les cantons dans le conseil de fondation puisque le rôle attribué à la fondation, qui est d'encaisser les contributions cantonales et de les transmettre aux assureurs, représente une charge négligeable et ne justifie pas une participation des cantons.

Toujours selon SantéSuisse, il n'est pas non plus nécessaire que les flux de données et les flux financiers passent par l'institution commune, puisque chaque assureur peut transmettre ses décomptes directement aux cantons (cf. ch. 7).

En résumé, une combinaison entre contrôle des factures par les assureurs, surveillance renforcée de la part de la Confédération, intégration des cantons à l'institution commune et mise à disposition large et rapide de données pour les cantons et la Confédération permettrait de renforcer les rôles déjà prescrits par la loi aux différents acteurs. La compétence de contrôler les factures demeurerait auprès des assureurs et les cantons pourraient mieux remplir leurs obligations en matière de pilotage de l'offre, de budgétisation et de planification des soins grâce à de meilleures données. La manière exacte dont une telle orientation générale pourrait se concrétiser n'est pas encore claire, ni la réponse à la question de savoir si elle serait acceptée.

8.3 Contrôle du lieu de domicile

Comme exposé plus haut, il ressort des déclarations de la CDS, de curafutura et de SantéSuisse que le contrôle du lieu de domicile serait pertinent tant pour les cantons que pour les assureurs. En effet, les premiers souhaiteraient éviter de payer les factures des patients n'habitant pas sur leur territoire et n'y payant de ce fait pas d'impôts. Les assureurs voudraient quant à eux que les assurés paient les primes correspondant à la région de primes dans laquelle ils habitent. Ainsi, les deux agents payeurs auraient un intérêt à ce que ce contrôle soit effectué le plus exactement possible.

Actuellement, les cantons estiment que le lieu de domicile des assurés ne peut pas être contrôlé de manière efficace par les assureurs. Pour ces derniers, cependant, la variante du projet du Conseil national prévoyant un contrôle des factures et du lieu de domicile par les assureurs est pertinente. Pour justifier cette position, curafutura évoque notamment le projet de nouvelle loi fédérale sur le système national de consultation des adresses des personnes physiques.³⁰ Ce projet prévoit de créer un service national des adresses auquel les assureurs auraient accès, ce qui leur permettrait d'effectuer un contrôle fiable et efficace du lieu de domicile des assurés. Dans ce sens, curafutura propose d'instaurer un système de certification du processus de contrôle du lieu de domicile auquel les cantons pourraient se fier sans effectuer eux-mêmes un deuxième contrôle.

Un contrôle correct du lieu de domicile est important afin que les cantons ne supportent pas de coûts pour des assurés non domiciliés sur leur territoire et n'y payant pas d'impôts. Un système de financement uniforme devrait être organisé de manière à ce que cette requête des cantons puisse être prise en compte. Le contrôle du lieu de domicile peut être amélioré, simplifié et accéléré moyennant un échange électronique de données entre les cantons et les différents assureurs. Cantons et assureurs échangent déjà des données dans le domaine de la réduction des primes (art. 65, al. 2, LAMal). En réponse à la motion 18.4209 Hess « Domicile, primes d'assurance-maladie et parts cantonales des prestations hospitalières. Moins de bureaucratie, moins d'erreurs », dont le Conseil fédéral avait recommandé l'adoption et que les deux chambres ont adopté, le Conseil fédéral créera les bases légales requises pour un échange électronique de données entre les cantons et les différents assureurs qui garantisse aussi la protection des intérêts des assurés. La nouvelle loi fédérale sur le système national de consultation des adresses des personnes physiques, qui est en cours d'élaboration par l'OFS, pourrait représenter pour les

³⁰ Projet mis en consultation jusqu'au 22 novembre 2019, rapport explicatif disponible à l'adresse : <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/9426021/master>

assureurs une possibilité supplémentaire d'effectuer un contrôle efficace du lieu de domicile grâce à des données fiables. Un système de certification du processus de contrôle du lieu de domicile pourrait en outre constituer une piste à suivre afin de trouver une solution à cette discussion, par exemple en faisant certifier par un organe de révision externe désigné par le canton le processus de contrôle du lieu de domicile appliqué par l'assureur. Ainsi, les cantons n'auraient pas besoin de procéder à leur tour à un tel examen, qui plus est pour un nombre plus important de factures qu'aujourd'hui. L'obligation de l'assureur de contrôler le lieu de domicile se manifeste déjà par le fait qu'un canton doit inévitablement être désigné comme responsable de la contribution cantonale. Pour clarification, cette obligation pourrait éventuellement être en plus ancrée dans la loi de manière explicite.

8.4 Conclusion et proposition du DFI

Le DFI propose d'intégrer les cantons dans l'institution commune. Pour ce faire, les assureurs sont invités à intégrer les cantons au sein de cette institution. Le contrôle des factures doit toutefois demeurer une tâche des assureurs. L'OFSP, en tant qu'autorité de surveillance, procède d'ailleurs déjà à des audits afin de s'assurer notamment que le contrôle des factures est effectué de manière adéquate. Au besoin, la surveillance de l'OFSP relative à l'exécution de ce contrôle peut également être renforcée. Cela donne ainsi la garantie aux cantons que les factures qu'ils financent en partie sont justifiées. Les cantons pourraient être entendus par l'OFSP lors de la définition du concept de contrôle avec lequel l'OFSP, dans le cadre de sa surveillance, examine le processus de contrôle des factures des assureurs.

Il est ressorti des discussions qu'il est fondamental pour les cantons, outre le contrôle des factures en lui-même, d'avoir accès à des données à des fins de pilotage. Comme exposé plus haut (ch. 8.2), le projet de gestion nationale des données (NaDB) pourrait à l'avenir constituer une plateforme adéquate d'échange de données dans ce contexte. Des travaux et des clarifications à ce sujet restent toutefois nécessaires.

S'agissant du contrôle du lieu de domicile, un examen simultané à celui du contrôle des factures par les assureurs constitue selon le DFI la solution la plus appropriée. Le Conseil fédéral prépare en ce moment, en réponse à la motion 18.3765 « Échange moderne de données par voie électronique entre les communes et les assureurs-maladie » et à la motion 18.4209 « Domicile, primes d'assurance-maladie et parts cantonales des prestations hospitalières. Moins de bureaucratie, moins d'erreurs », une base légale permettant l'échange électronique de données entre assureurs et cantons. Il est toutefois légitime que les cantons demandent à pouvoir se fier à ce contrôle et s'assurer ainsi de ne payer que les factures de leurs contribuables. Des clarifications concernant la mise en œuvre concrète de cette demande des cantons sont en ce moment encore en cours à l'OFSP. Pour ce faire, les assureurs pourraient être obligés de faire certifier leur processus de contrôle du lieu de domicile par un organe de révision. Leur obligation de contrôler le lieu de domicile pourrait éventuellement être également ancrée explicitement dans la loi.

9 La question des hôpitaux conventionnés

9.1 Problématique

Le financement des prestations stationnaires à l'hôpital a depuis le 1^{er} janvier 2012 la forme dite « dual-fixe ». Les cantons sont tenus de cofinancer ces prestations selon une part définie (art. 49a, al. 1, LAMal). La responsabilité du cofinancement incombe au canton de domicile de l'assuré. Le canton fixe chaque année sa part de financement, laquelle, depuis la fin de la période transitoire, donc depuis le 1^{er} janvier 2017, doit être d'au moins 55 % (art. 49a, al. 2, LAMal). Les cantons ne sont tenus de cofinancer que les prestations stationnaires des hôpitaux qui correspondent à une planification cantonale (hôpitaux répertoriés). Les assureurs peuvent conclure avec des hôpitaux ou des maisons de naissance non répertoriés des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'AOS (art. 49a, al. 4, LAMal). Pour ces hôpitaux et ces maisons de naissance, les assureurs ne peuvent prendre en charge plus de 45 % des coûts au moyen des fonds de l'AOS. Le reste des coûts qui, dans les hôpitaux répertoriés, sont pris en charge par le canton, sont à la charge de l'assuré ou de son assurance complémentaire. Cette réglementation a été prévue lors de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier par crainte que, dans le cadre de leur planification hospitalière, les cantons ne prennent pas suffisamment en considération les hôpitaux privés.³¹

Avec le projet adopté le 26 septembre 2019 par le Conseil national, l'AOS ne financerait plus seulement 45 % au maximum, mais 74,5 % des prestations des hôpitaux. En l'absence d'une réglementation dérogatoire spécifique pour les hôpitaux conventionnés, l'AOS pourrait donc être amenée à payer également une part plus importante des coûts des hôpitaux et des maisons de naissance ne figurant pas sur une liste cantonale. Les coûts résiduels qui, en pareil cas, sont à la charge du patient ou de son assurance complémentaire, passeraient de ce fait de 55 % à 25,5 % des coûts. Il pourrait donc en résulter une baisse des primes des assurances complémentaires lors du passage au financement uniforme. À l'inverse, les coûts à la charge de l'AOS augmenteraient dans la même proportion (effet statique).

Dans le même temps, la réglementation prévue par le Conseil national a le potentiel de relativiser l'importance de la planification hospitalière cantonale pour les fournisseurs de prestations ; elle pourrait ainsi compromettre les efforts déployés en vue de freiner la hausse des coûts dans l'AOS. Comme la part de financement de l'AOS augmenterait fortement par rapport à la situation actuelle, il serait moins important pour les hôpitaux de se qualifier afin de figurer sur la liste cantonale. Une place sur cette liste est en effet également liée à des charges, notamment une obligation d'admission. L'hôpital qui renonce à figurer sur la liste fait aussi l'économie de ces charges potentiellement coûteuses et peut se concentrer sur des patients qui leur permettent de réaliser des bénéfices.

Le coût du contournement de la planification hospitalière cantonale moyennant des assurances complémentaires diminuerait et par conséquent les primes de ces assurances baisseraient aussi. Il est possible qu'il en résulte une plus grande diffusion de ces assurances et que davantage d'établissements qu'aujourd'hui soient gérés comme des hôpitaux conventionnés ou fournissent d'autres prestations que celles pour lesquelles un mandat leur a été attribué. Avec la planification hospitalière cantonale, l'extension indésirable du volume des prestations ainsi que la demande induite par l'offre peuvent être limitées. L'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier montre que la planification hospitalière devrait avoir eu un impact direct sur la maîtrise des coûts dans le domaine stationnaire, notamment grâce à la

³¹ Cf. examen du projet 04.061 au Conseil des États le 8 mars 2006.

prise en compte de l'économicité des hôpitaux. Cet effet modérateur sur les coûts pourrait être amoindri par un relèvement de la part de financement destinée aux hôpitaux conventionnés (effet dynamique).

Dans son avis du 14 août 2019 sur le projet du Conseil national du 5 avril 2019, le Conseil fédéral a attiré l'attention sur le fait qu'un relèvement de la part de financement des hôpitaux conventionnés menaçait de renforcer les incitations indésirables à l'interface avec les assurances complémentaires. Pour les hôpitaux conventionnés, non soumis à la planification hospitalière, ces problèmes d'incitation s'accroissent à l'interface entre l'AOS, qui doit au plus couvrir les coûts, et les assurances complémentaires, où des bénéfices sont permis. Les assureurs peuvent être incités à accepter une extension du volume de prestations à la charge de l'AOS afin de réaliser des bénéfices dans les assurances complémentaires. Cela aurait certes pour effet de faire augmenter leurs primes AOS davantage que celles de leurs concurrents qui ne font pas le même choix, mais l'on sait que la propension des assurés AOS à changer d'assureur est très faible et, comme les bénéfices sont interdits dans l'AOS, c'est surtout le nombre d'assurés concluant une assurance complémentaire, où les bénéfices sont autorisés, qui est financièrement intéressant pour les assureurs.

Le relèvement de la part de financement destinée aux hôpitaux conventionnés pourrait, de plus, accentuer les problèmes d'interface entre AOS et assurances complémentaires qui se posent aussi pour les hôpitaux répertoriés. La décharge financière des assurances complémentaires en raison de l'augmentation de la part de financement des hôpitaux conventionnés pourrait conduire à une plus grande diffusion des assurances complémentaires. Cela impliquerait que l'incitation pour les fournisseurs de prestations à privilégier des opérations stationnaires en raison des rémunérations excessives de la part des assurances complémentaires, en combinaison avec une plus grande diffusion des assurances complémentaires, pourrait augmenter les coûts, aussi en-dehors des hôpitaux conventionnés. L'édiction de listes d'interventions que l'AOS ne pourrait normalement prendre en charge que si elles sont pratiquées en ambulatoire ne pourrait qu'en partie contrecarrer une telle évolution.

9.2 Volume des coûts des hôpitaux conventionnés

L'OFSP ne dispose pas des données nécessaires pour calculer ou même estimer la part des hôpitaux conventionnés aux coûts totaux de l'AOS. Il a donc prié les deux fédérations d'assureurs, par un questionnaire, de fournir des indications utiles au moyen de leurs propres données ou de celles des assureurs qui leur sont affiliés. Les données requises devraient en principe être disponibles auprès de chaque assureur, puisque pour les hôpitaux conventionnés, c'est l'assurance complémentaire qui prend en charge la part cantonale.

De son côté, santésuisse a fourni une simple analyse de son pool de données, qui ne comprend toutefois que des hôpitaux ne figurant sur aucune liste cantonale. Les hôpitaux conventionnés qui figurent certes sur une liste cantonale pour d'autres prestations, mais ne disposent pas du mandat de prestations pour la prestation en question, en sont donc absents. Par conséquent, cette analyse sous-estime dans tous les cas le volume des coûts des hôpitaux conventionnés, mais dans une mesure indéterminée. D'après cette analyse incomplète, les hôpitaux ne figurant sur aucune liste cantonale ont facturé en 2018 quelque 70 millions de francs à la charge de l'AOS. Si l'on répartit ces coûts selon la répartition du financement d'un financement uniforme, ce volume partiel entraînerait, avec le passage au nouveau système (effet statique), un surcoût de près de 50 millions de francs à la charge de l'AOS. Il faut y ajouter le volume de coûts inconnu des hôpitaux conventionnés qui disposent d'un mandat de prestations d'un canton pour d'autres domaines de prestations. Quelques membres de santésuisse, représentant ensemble une part de

marché de 40 % des coûts à la charge de l'AOS, ont fourni des indications pour ce domaine également. Ils affichent pour 2018, pour tous les types d'hôpitaux conventionnés, des coûts d'environ 90 millions de francs à la charge de l'AOS ; un passage au financement uniforme entraînerait donc pour l'AOS, du côté de ces assureurs, un surcoût de quelque 60 millions de francs. En appliquant ces valeurs à une part de marché de 100 %, on obtient pour l'AOS un surcoût annuel de 150 millions de francs. SantéSuisse attire l'attention sur le fait que ces données sont toutefois insuffisantes pour permettre une extrapolation. Les hôpitaux conventionnés semblent être répandus surtout en Suisse romande, où la part de marché des membres de SantéSuisse qui ont fourni des données est manifestement importante. La valeur effective du surcoût annuel attendu à la charge de l'AOS devrait donc être un peu inférieure.

Curafutura estime de son côté, sur la base d'une enquête auprès de ses membres et d'une estimation de leur part de marché sur l'ensemble des assureurs pratiquant les assurances complémentaires, que le volume global des coûts des hôpitaux conventionnés à la charge de l'AOS est compris entre 150 et 200 millions de francs (en incluant la part LCA : 330 à 440 millions), mais relève aussi qu'aucune estimation fiable n'est possible. Si l'on répartit les coûts, sur la base des chiffres de Curafutura, selon la répartition du financement d'un financement uniforme, il faudrait s'attendre à un surcoût d'environ 100 à 130 millions de francs à la charge de l'AOS, tandis que la somme à la charge des assurances complémentaires diminuerait chaque année du même montant.

Les estimations de SantéSuisse et de Curafutura fournissent dans l'ensemble des valeurs comparables et invitent à conclure que, sans correctif apporté au relèvement de la part de financement aux hôpitaux conventionnés au passage au financement uniforme, il faut compter avec un surcoût annuel de 100 à 150 millions de francs à la charge de l'AOS, déchargeant d'autant les assurances complémentaires. Rapporté au volume de primes de 2018, qui était de 31,6 milliards de francs,³² cela entraînerait une hausse des primes de 0,3 à 0,5 %. À moyen terme, la perte d'importance de la planification hospitalière cantonale pourrait en outre entraîner une plus grande diffusion des assurances complémentaires et des hôpitaux conventionnés (effet dynamique). Il n'est toutefois pas possible d'estimer dans quelle mesure la part des hôpitaux conventionnés et le volume de coûts correspondant augmenteraient si les assureurs concluaient davantage de conventions avec ce type d'établissement et si la diffusion des assurances complémentaires augmentait du fait que leurs primes baisseraient.

9.3 Solutions possibles et proposition du DFI

Le relèvement de la part de financement des hôpitaux conventionnés, qui passerait de 45 à 74,5 %, et les effets qui en découleraient, pourraient être évités par une adaptation de l'art. 49a LAMal, comme le prévoyait une proposition de minorité que le Conseil fédéral approuvait dans son avis, mais que le Conseil national a rejetée. Lors de la consultation, la majorité des cantons a elle aussi demandé à ce que le relèvement de la part de financement des hôpitaux conventionnés soit abandonné. Il serait aussi possible d'abroger l'art. 49a afin de supprimer l'instrument des hôpitaux conventionnés, comme quelques cantons l'ont demandé lors de la consultation.

La concurrence à vrai dire souhaitée entre fournisseurs de prestations reste inefficace si la possibilité d'augmenter le volume des prestations n'est pas limitée. L'objectif de freiner la hausse des coûts dans l'AOS s'en trouve compromis. Un financement uniforme sera difficilement accepté si le passage à ce système entraîne un risque de hausse des primes puis d'augmentation

³² Cf. tableau 3.06 de la Statistique de l'AOS 2018.

plus importante des coûts à la charge de l'AOS. Les assurés ne seraient d'ailleurs pas les seuls touchés par une hausse des primes de l'AOS ; la Confédération et les cantons le seraient également, du fait que celle-ci nécessiterait, le cas échéant, une augmentation des fonds destinés à la réduction des primes. Ces agents payeurs ont donc eux aussi un intérêt légitime à pouvoir également participer au pilotage des coûts financés par les primes.

Au cours des années qui ont suivi l'entrée en vigueur de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, il est apparu en outre que les cantons, dans leur planification hospitalière, tenaient compte de façon appropriée des fournisseurs de prestations, indépendamment du fait qu'ils soient gérés par le domaine public ou par le domaine privé. Les prescriptions de la Confédération font aussi que les critères de cette planification sont transparents et axés sur les dimensions qualité et prix. Les expériences faites montrent qu'il faut s'abstenir d'encourager davantage l'instrument des hôpitaux conventionnés parce que, d'une part, les effets redoutés au départ ne se sont pas réalisés et que, d'autre part, les effets négatifs risquent de se renforcer avec la mise en place du financement uniforme. Le DFI soutient donc un maintien de la part de financement de l'AOS des hôpitaux conventionnés au niveau actuel de 45 % prévu à l'art. 49a LAMal (cf. ch. 13).

10 Potentiel de maîtrise des coûts et conséquences financières

10.1 Contexte

La différence actuelle de financement entre prestations stationnaires et prestations ambulatoires peut entraîner la création d'incitations inopportunes dans les domaines de la fourniture de prestations, de la tarification ainsi que des structures de soins. Ces incitations ne sont pas fondées sur des arguments médicaux mais découlent des intérêts financiers spécifiques des cantons et des assureurs. Polynomics (2016), dans une étude réalisée sur mandat de santé suisse, évoque plusieurs problèmes d'incitations en relation avec le financement actuel. L'étude mentionne notamment le manque d'équilibre entre prestations ambulatoires et prestations stationnaires, qui réduit la transparence des dépenses et les incitations à l'innovation, et favorise une forme de traitement spécifique en fonction de l'agent qui finance la prestation.

L'introduction d'un financement uniforme peut créer de plus importantes incitations à l'efficacité et donc agir positivement sur les coûts. Deux études de la Haute école de sciences appliquées de Zurich (ZHAW 2017a et 2017b) mettent en évidence les effets d'un financement uniforme sur l'évolution des coûts dans le domaine de la santé. Tout d'abord, les assureurs ont un intérêt plus important à contrôler directement et indirectement le caractère approprié du domaine de soins à choisir, notamment en mettant en œuvre une politique de l'ambulatoire avant le stationnaire. Cela peut entre autres se concrétiser par des tarifs adéquats. De plus, un financement uniforme augmenterait l'attractivité des modèles de soins coordonnés. Ainsi, les assureurs, grâce notamment à leur nouvelle vue d'ensemble sur toute la chaîne de traitement, auraient une plus grande incitation financière à développer des conventions tarifaires individuelles.

10.2 Ambulatoire avant stationnaire

Avec l'introduction d'un financement uniforme, les assureurs contribueront davantage au financement des prestations stationnaires, mais se verront retirer une partie de la charge des prestations ambulatoires. À l'inverse, les cantons devront également financer une partie du domaine ambulatoire, mais la facture du domaine stationnaire sera réduite. Cela entraînera une modification des incitations, puisque les assureurs et les cantons auront les mêmes incitations, à savoir promouvoir les soins médicaux les plus efficaces, quel que soit le domaine dans lequel ils sont fournis. Le financement uniforme supprimerait ainsi la distorsion entre les deux modes de fourniture de prestations et l'incitation inopportune qui pousse actuellement les assureurs à privilégier les traitements stationnaires lorsque les coûts de ceux-ci ne sont pas deux fois plus élevés que leur alternative ambulatoire.

En Suisse, la proportion des coûts stationnaires par rapport à l'ensemble des coûts de la santé est plutôt élevée. Cependant, on remarque un transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, notamment grâce aux progrès techniques. De plus, les traitements hospitaliers ne sont pas toujours nécessaires et sont plus coûteux que les traitements ambulatoires lorsque ces derniers sont possibles. Pour promouvoir le domaine ambulatoire au lieu du stationnaire, plusieurs mesures sont possibles, dont un financement uniforme (ZHAW 2017a: 16). Plusieurs études se sont penchées sur la question des économies réalisables grâce au transfert de certaines interventions du domaine stationnaire au domaine ambulatoire.

Une étude de PWC (PWC 2016) énonce le montant d'un milliard de francs d'économies annuelles possibles grâce à la politique de l'ambulatoire avant le stationnaire. Pour parvenir à ce chiffre, les auteurs ont sélectionné treize opérations présentant un potentiel ambulatoire. En

moyenne, pour ces traitements, les coûts d'une intervention stationnaire sont 2,3 fois plus élevés que ceux d'une intervention ambulatoire. Ils ont ensuite construit trois scénarios afin d'analyser l'évolution de la prise en charge de ces treize interventions. Les économies calculées sur cette base vont de 71 millions de francs par année dans le scénario pessimiste à 251 millions de francs dans le scénario optimiste. Ces résultats ont ensuite été extrapolés à l'ensemble du domaine de la santé, pour arriver à une estimation de 1075 millions de francs.

Selon Obsan (2018), 90 millions de francs d'économies seraient possibles en déplaçant certaines interventions du stationnaire vers l'ambulatoire. L'étude analyse six groupes d'interventions qui se déroulent aujourd'hui déjà en partie en ambulatoire. Elle souligne que pour la plupart des groupes, une part importante des interventions (entre 70 et 80 %) peuvent être transférées dans le domaine ambulatoire.

Dans cette optique, le DFI a décidé une modification de l'OPAS prévoyant la prise en charge des coûts de certaines opérations électives uniquement si celles-ci sont effectuées sous forme ambulatoire.³³ De leur côté, quelques cantons ont édicté une liste d'interventions dont ils assurent la prise en charge stationnaire uniquement lorsque des conditions particulières l'exigent. Ils peuvent ainsi aller plus loin dans la promotion de l'ambulatoire que ce qui prévaut au niveau national.

Le potentiel d'économies d'un transfert du stationnaire vers l'ambulatoire est substantiel, même s'il est difficile à quantifier. Une partie de ce potentiel peut être réalisée grâce au progrès médical, même sans l'introduction d'un financement uniforme. Une autre partie peut être et est concrétisée grâce aux listes d'interventions ambulatoires citées ci-dessus. L'introduction d'un financement uniforme aurait pour avantage que, partout où l'ambulatoire coûte moins cher, les assureurs encourageraient le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, par le biais de la tarification ou des procédures visant à examiner l'économicité des prestations médicales, sans que des listes ou d'autres interventions de la Confédération ou des cantons ne soient nécessaires. Dans le système de financement actuel, ces listes sont utiles et nécessaires pour arriver à réduire les coûts en opérant des transferts vers l'ambulatoire, mais leurs effets sont moins complets comparés à ceux d'un financement uniforme. Si les assureurs, mais aussi les fournisseurs de prestations via de nouveaux modèles tarifaires, sont incités de leur côté à toujours choisir le traitement le moins cher, le potentiel d'économies sera alors réalisé plus rapidement et de manière plus étendue. Mais pour éviter d'autres effets pervers, produits non par le financement actuel de l'AOS mais par la délimitation par rapport au domaine des assurances complémentaires, il pourrait rester judicieux, même en cas de mise en place d'un financement uniforme, que la Confédération ou les cantons établissent des listes de traitements normalement pris en charge par l'AOS uniquement sous forme ambulatoire. Cela permettrait de limiter la charge que représentent pour l'AOS les traitements que les fournisseurs de prestations pratiqueraient tout de même sous forme stationnaire en raison de tarifs partiellement lucratifs dans le domaine des assurances complémentaires.

10.3 Modèles de soins coordonnés

Une autre incitation inopportune du financement actuel concerne les modèles de soins coordonnés (cf. ch. 11). Ces derniers proposent un traitement intégral du patient en coordonnant de manière centralisée les différentes étapes de traitement par les spécialistes. Ces modèles améliorent la qualité de la prise en charge des patients et offrent des avantages économiques.

³³ RO 2018 2361

De nombreuses études ont analysé le potentiel des modèles de soins coordonnés, à l'international ou sur le plan suisse. Les premières études sur le système suisse font état d'économies allant de 4 % à 40 % (Blatter / Albin 2015). La recherche de Huber et al. (2016) montre empiriquement la baisse des coûts de santé liés à une maladie chronique (diabète, maladies cardiovasculaires et maladies respiratoires) grâce à des soins coordonnés dans le système de santé suisse. Ils concluent à une plus faible probabilité d'hospitalisation liée à leur maladie pour les patients souffrant de diabète et de maladies cardiovasculaires dans un modèle de soins intégrés par rapport à un modèle classique. De plus, ils constatent que les soins coordonnés diminuent de 10 % les coûts de santé pour tous les groupes étudiés.

Une étude de Polynomics (Polynomics 2018), élaborée sur mandat de la CSS, d'Helsana et de Swica, a mesuré les économies réalisées par les systèmes de soins coordonnés et qui, grâce à un financement uniforme, seraient converties en réductions de primes pour les assurés de ces modèles. Se basant sur des recherches antérieures, l'étude calcule la différence entre les économies réalisées dans le domaine stationnaire, qui profiteront à l'assureur, et les économies réalisées dans le domaine ambulatoire, qui bénéficieront au canton. Par année et par assuré, une économie nette de 187 francs par année serait alors possible, ce qui correspond à une réduction de primes d'environ 6 %. En d'autres termes, le rabais actuellement accordé dans ces modèles pourrait être augmenté de 20 %.

Les soins coordonnés améliorent l'état de santé, particulièrement chez les patients présentant des maladies chroniques et chez les patients polymorbides. Ils contribuent à éviter des séjours hospitaliers inutiles, ce qui permet de réduire les coûts. Dans le cadre d'un financement uniforme, les séjours hospitaliers évités se répercuteraient, contrairement à aujourd'hui, entièrement sur les primes. En plus de cet effet statique pour les assurés ayant déjà contracté un modèle d'assurance de soins coordonnés, l'introduction d'un financement uniforme permettrait également de créer un effet dynamique. En effet, grâce à l'augmentation du rabais accordé dans les modèles de soins coordonnés, ces derniers deviendraient plus attractifs pour les assurés, ce qui inciterait les assureurs à investir dans ces modèles. Il existe donc un potentiel d'économies substantiel, bien que difficilement quantifiable.

10.4 Conclusion

L'introduction d'un financement uniforme peut apporter une nouvelle dynamique en supprimant les incitations inopportunes présentes aux interfaces entre des domaines actuellement financés selon des systèmes différents. Il peut produire un effet indirect sur l'évolution des coûts du système de santé, particulièrement en renforçant le transfert du domaine stationnaire vers le domaine ambulatoire et en promouvant les modèles de soins coordonnés. Il peut améliorer également l'efficacité et la qualité des soins de manière indirecte, par un effet d'alternance avec d'autres variables. La complexité des effets rend difficile la quantification précise des conséquences en termes d'économies, mais les études analysant certains impacts du financement uniforme montrent que l'on peut s'attendre à des économies substantielles dans le domaine de la santé. Les Académies suisses des sciences (ASSM 2012) estiment les conséquences en matière de coûts de 3 milliards de francs en raison du manque de coordination entre les domaines stationnaire et ambulatoire. Toutefois, l'introduction d'un financement uniforme ne signifie pas que tous les problèmes de coordination seront résolus. Ce montant est donc difficilement applicable à l'évaluation des répercussions de l'introduction d'un financement uniforme. Ainsi, on ne sait pas clairement quelle part sera réalisable en pratique. Cependant, des économies annuelles de l'ordre de plusieurs centaines de millions de francs ne paraissent pas exclues à moyen terme.

11 Conséquences pour les soins coordonnés

11.1 Contexte

Dans les prochaines années, la Suisse et son système de santé devront faire face à plusieurs défis. Tout d'abord, en raison de l'augmentation de l'âge moyen de la population, les personnes atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques seront plus nombreuses à avoir recours aux soins médicaux et nécessiteront une prise en charge globale. De plus, le personnel soignant deviendra de plus en plus spécialisé, ce qui signifie que davantage de personnes seront impliquées dans le traitement d'un même patient. Par conséquent, une bonne coordination des prestations fournies en cas de traitement par différents fournisseurs de prestations acquiert toute son importance, surtout dans un système de santé fédéral et décentralisé où l'organisation de la fourniture de prestations est fragmentée. Dans ce contexte, il est nécessaire de promouvoir la coordination des soins, qui en améliore la qualité et permet d'économiser certains coûts en évitant notamment des doublons. C'est pourquoi une des mesures centrales de la stratégie Santé2030 (axe 5.1) consiste à encourager les soins coordonnés. Ceux-ci sont définis comme l'ensemble des processus visant à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients dans toute la chaîne de traitement. Ainsi, le patient figure au premier plan et la coordination et l'intégration s'appliquent tout au long de son parcours.

Actuellement, les outils manquent pour inciter réellement les fournisseurs de prestations à se coordonner. C'est pourquoi la coordination des soins sera encouragée par différentes mesures, notamment dans le cadre du 2^e volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts, projet mis en consultation le 19 août 2020. La promotion ciblée des soins coordonnés par des réseaux et des programmes de prise en charge des patients contribuera à garantir des soins économiques et répondant aux besoins, et à éliminer du système de santé suisse les inadéquations existantes en la matière. Le 2^e volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts propose de créer dans la LAMal les bases légales permettant aux professionnels de santé de s'unir au sein d'une équipe de prise en charge interprofessionnelle et interdisciplinaire, et de se présenter aux assureurs comme étant une nouvelle forme de fournisseur de prestations. Un réseau de soins coordonnés facture ensuite aux assureurs toutes les prestations qu'il fournit comme s'il s'agissait d'un seul fournisseur de prestations. Les prestations du réseau de soins coordonnés seront rémunérées par des forfaits, définis dans les conventions tarifaires avec les assureurs. Celles-ci régleront aussi, notamment, la charge induite par la coordination des prestations. Cette révision est nécessaire pour permettre aux fournisseurs de prestations de créer des solutions concrètes et pour donner un réel élan aux soins coordonnés du côté des fournisseurs de prestations.

11.2 Conséquences de l'introduction du financement uniforme sur la coordination des soins

En plus des mesures ciblées exposées ci-dessus, le financement uniforme peut aussi entraîner un effet bénéfique dans cette perspective. En effet, la fragmentation actuelle du financement des prestations n'est pas propice à une meilleure coordination des soins de santé. Ainsi, un changement dans le régime de financement des prestations ambulatoires et stationnaires permettrait en outre de créer des incitations à la coordination auprès des assureurs et des cantons.

Avec l'introduction d'un financement uniforme, les assureurs seront mis davantage à contribution pour les prestations stationnaires, mais devront moins participer aux frais des traitements ambulatoires. À l'inverse, les cantons devront également financer une part des traitements ambulatoires. Le fait que chaque acteur doive payer une part fixe, que les traitements soient effectués de manière ambulatoire ou stationnaire, entraîne une modification des incitations.

En effet, à l'heure actuelle, les assureurs ont intérêt à ce qu'un patient évite un séjour stationnaire uniquement si les coûts totaux de ce dernier sont au moins deux fois plus élevés que les coûts d'un traitement ambulatoire, puisque la contribution cantonale n'est versée que pour un traitement stationnaire. En revanche, avec un financement uniforme, éviter un séjour hospitalier sera déjà profitable pour l'assureur lorsque les coûts (ambulatoires) induits par la non-hospitalisation, c'est-à-dire les traitements ambulatoires nécessaires, sont légèrement plus bas que les coûts de l'hospitalisation évitée, étant donné que la contribution cantonale sera versée pour tous les traitements, qu'ils soient ambulatoires ou stationnaires.

Même si des modèles d'assurance avec un choix limité du fournisseur de prestations tels que prévus par l'art. 62, al. 1, LAMal existent déjà aujourd'hui, ils deviendront plus intéressants pour les assureurs et les assurés avec un financement uniforme. En effet, les assureurs ont aujourd'hui déjà intérêt à promouvoir la coopération entre les fournisseurs de prestations ambulatoires en négociant des tarifs forfaitaires spécifiques avec des réseaux de fournisseurs de prestations dans le cadre de formes particulières d'assurance, puisque cela peut empêcher la survenance de doublons et donc de coûts inutiles. En revanche, cette incitation pour l'assureur est actuellement moins présente lorsqu'il s'agit de favoriser un traitement coordonné dans le domaine ambulatoire pour éviter une hospitalisation. Les économies résultant d'une hospitalisation évitée ne se reflètent pas entièrement dans les primes, puisque les contributions cantonales ne financent que les traitements stationnaires. Ainsi, ce sont les primes des modèles d'assurance présentant de nombreux séjours hospitaliers, ne limitant pas le choix aux fournisseurs de prestations qui s'engagent à coordonner les soins et à éviter des séjours stationnaires, qui bénéficient de ces contributions.

En revanche, dans le cadre d'un financement uniforme, les cantons participeront de manière égale aux coûts des prestations stationnaires et des prestations ambulatoires (et à ceux des prestations de soins en cas d'intégration de celles-ci dans le projet). Cela entraînera une baisse des coûts des prestations ambulatoires pour les payeurs de primes. Ainsi, les modèles d'assurance privilégiant les fournisseurs de prestations qui s'engagent à coordonner les traitements ambulatoires et qui, par conséquent, réduisent les séjours hospitaliers évitables, deviendront moins chers pour les assureurs. Cela leur permettra de réduire les primes pour ces modèles, les rendant ainsi plus attractifs pour les assurés, et pourra les inciter à développer de nouvelles idées pour ces modèles.

Par conséquent, les conditions-cadre des fournisseurs de prestations vont probablement se modifier. Certes, les assureurs n'ont pas la possibilité de piloter directement la fourniture de prestations puisque la rémunération de celle-ci par l'assureur n'intervient qu'après sa fourniture. Cependant, les partenaires tarifaires peuvent influencer sur les tarifs et ainsi, indirectement, sur le comportement des fournisseurs de prestations. Lors des négociations avec les fournisseurs de prestations, les assureurs pourraient alors adopter une stratégie différente qu'à l'heure actuelle. Les assureurs ainsi que les cantons vont s'employer à réduire les inefficiences tout au long de la chaîne de traitement, pour les premiers en négociant des tarifs forfaitaires adaptés pour les réseaux de soins coordonnés. Les cantons, pour leur part, se sentiront également concernés par les coûts du domaine ambulatoire et s'efforceront de promouvoir cette forme de réseau car elle permet de contenir les coûts ambulatoires. Cela pourrait influencer sur la manière de travailler des fournisseurs de prestations de telle sorte qu'ils favorisent la coopération et la coordination de leurs prestations en s'organisant sous la forme d'un réseau de soins coordonnés.

Un financement uniforme est donc synonyme de plus grand attrait pour les modèles d'assurance limitant le choix de fournisseurs de prestations aux réseaux de soins coordonnés, tant pour les assurés que pour les assureurs. Cela implique qu'un nombre moins important d'assurés désirent des modèles qui ne limitent pas le choix aux réseaux de soins coordonnés en raison du prix

plus élevé et de la moins bonne qualité. De cette façon, les fournisseurs de prestations seront poussés dans une certaine mesure à s'associer à des réseaux de soins coordonnés. Les soins coordonnés seront ainsi davantage promus et encouragés par ces nouveaux modèles.

11.3 Conclusion

La promotion de la coordination des soins constitue une mesure essentielle pour l'amélioration de la qualité des prestations en Suisse et pour éviter des prestations inutiles. C'est pourquoi elle fait partie intégrante du 2^e volet de mesures visant à maîtriser les coûts, mis en consultation le 19 août 2020. Les considérations ci-dessus montrent également l'influence positive d'un financement uniforme sur la coordination des soins. En effet, cette dernière se trouvera encouragée car les assureurs et les cantons seront incités à promouvoir cette coordination afin de réaliser des économies. Cependant, il n'existe aucun besoin de lier les mesures spécifiques relatives aux soins coordonnés et le financement uniforme. Les projets peuvent, indépendamment l'un de l'autre, promouvoir une coordination des soins favorisant les économies et une meilleure qualité des prestations.

12 Conséquences possibles de la pandémie de Covid-19

Le projet 09.528 « Financement moniste des prestations de soins » vise à instaurer un financement uniforme des prestations, ambulatoires et stationnaires, dans le cadre de l'AOS. Il faut s'attendre à des conséquences directes de la pandémie de Covid-19 si elle produit un changement, passager ou durable, de la répartition entre les deux types de prestations.

Pour fixer le taux de la contribution cantonale tout en assurant une transition neutre en termes de coûts pour l'ensemble des cantons et pour l'ensemble des assureurs, la part de financement des cantons serait calculée sur une période de référence donnée et fixée pour l'avenir. Pour la part de financement de la contribution cantonale décidée par le Conseil national le 26 septembre 2019, la période déterminante était celle de 2012 à 2015. Si la période de référence définitive recoupe la durée de la pandémie de Covid-19, des fluctuations temporaires, dues à celle-ci, dans le rapport entre prestations ambulatoires et prestations stationnaires seraient conservées pour l'avenir.

À l'inverse, si la période de référence précédait l'apparition de la pandémie de Covid-19, des fluctuations durables, dues à celle-ci, dans le rapport entre prestations ambulatoires et prestations stationnaires ne seraient pas prises en compte à l'avenir. Ces deux effets pourraient être indésirables si, pour fixer la répartition future du financement, les fluctuations temporaires dues à la pandémie ne doivent pas être prises en considération, alors que d'éventuels effets durables de celle-ci le sont. Si la pandémie produit des fluctuations temporaires dans le rapport entre les prestations stationnaires et ambulatoires, il pourrait être avantageux de ne pas prendre en compte les années de la pandémie pour la détermination de la répartition du financement.

Comme la pandémie dure encore et que, même pour la période écoulée, les données ne sont disponibles que dans une mesure très limitée, il n'est pas encore possible de se prononcer de façon sûre. Les traitements nécessités par la pandémie entraînent des coûts supplémentaires tant pour le domaine ambulatoire que pour le domaine stationnaire. Les malades sont traités aussi bien en ambulatoire que dans le domaine stationnaire. Les tests virologiques sont pratiqués en ambulatoire mais, comme dans le cas de la pandémie actuelle, ils peuvent aussi être pris en charge par la Confédération, n'impliquant dans ces cas pas une charge financière pour l'AOS. Si un vaccin devient disponible à un stade ultérieur, il sera lui aussi administré en ambulatoire. Les vaccinations seront ainsi à la charge de l'AOS, à moins qu'une autre réglementation soit adoptée.

D'un autre côté, certains traitements sont remis à plus tard ou même abandonnés en raison de la pandémie et de l'interdiction temporaire des interventions médicales non urgentes. Cela touche, là aussi, aussi bien des interventions stationnaires que des opérations ambulatoires. Les données disponibles ne permettent pas encore de dire quel type d'intervention est davantage touché, ni si les traitements reportés seront compensés plutôt dans le domaine ambulatoire ou dans le domaine stationnaire.

Il faut s'attendre à ce que des fluctuations temporaires entre les prestations ambulatoires et stationnaires, dans un sens ou dans l'autre, se produisent en raison de la pandémie et se superposent à la tendance, observée en temps normal, du transfert du stationnaire vers l'ambulatoire. En revanche, rien n'indique actuellement que la pandémie doive produire un changement durable, c.-à-d. persistant une fois que la pandémie aura pris fin, dans la répartition entre traitements ambulatoires et traitements stationnaires. Sur ce point, il pourrait être préférable de ne pas tenir compte des années de pandémie pour fixer la répartition du financement, afin que la fixation des parts respectives des cantons et des assureurs ne soit pas influencée ou faussée par la pandémie. En Suisse, celle-ci a débuté en février 2020. Pour 2020, la statistique de l'AOS, sur laquelle la répartition du financement se fonde, ne sera pas disponible avant juillet 2021. Si

la répartition du financement est fixée avant cette date, ou sur la base des données des années précédentes, la répartition ne sera pas impactée par la pandémie.

Une conséquence indirecte à attendre de la pandémie de Covid-19 est l'aggravation de la situation financière aussi bien des ménages privés que des collectivités publiques, sous l'effet de la crise conjoncturelle sans doute inévitable et de la hausse prévisible de la dette publique. Cela devrait renforcer la pression exercée pour freiner l'évolution des coûts de la santé et prendre des mesures visant à en augmenter l'efficacité. Si l'on attend d'un financement uniforme un gain d'efficacité, la pression en vue d'une solution devrait augmenter. Mais comme, par rapport au statu quo, un financement uniforme, également avec une intégration des prestations de soins, devrait accroître quelque peu la charge pesant sur les cantons et décharger les payeurs de primes (cf. ch. 2), le soutien des cantons à une réforme intégrant aussi les prestations de soins pourrait s'affaiblir en cas de situation tendue des finances publiques.

13 Résumé et projet de réglementation

13.1 Résumé des propositions du DFI

Sur mandat de la CSSS-E, le présent rapport a examiné une série de questions relatives à la mise en œuvre d'un financement uniforme des prestations. À cet effet, les cantons et les fédérations des assureurs ont été associés de manière appropriée à la réflexion.

L'intégration des prestations de soins dans un financement uniforme peut éliminer des incitations inopportunes encore présentes à d'autres interfaces, stabiliser durablement les parts financées par les primes et les impôts qui couvrent les coûts de toutes les prestations selon la LAMal et promouvoir les soins coordonnés, qui sont gage d'économies. La forte dynamique probable de l'évolution des coûts dans le domaine des prestations de soins entraînera certes pour l'AOS une croissance des dépenses un peu plus marquée si l'on opte pour un financement uniforme incluant les prestations de soins que si ceux-ci en sont exclus. Mais l'évolution des coûts jusqu'en 2030 devrait néanmoins probablement toujours rester légèrement inférieure à ce qu'elle serait en cas de maintien du statu quo, car celui-ci fait peser entièrement sur l'AOS le transfert des prestations stationnaires vers le domaine ambulatoire. Si l'intégration des prestations de soins entraînait des effets de répartition politiquement indésirables, il serait plus simple et plus avantageux d'adapter directement la répartition du financement, plutôt que de renoncer complètement à un financement uniforme et, partant, à l'élimination des incitations inopportunes aux interfaces des domaines présentant des financements différents et à la promotion des soins coordonnés.

L'intégration des prestations de soins dans un financement uniforme est par conséquent judicieuse, et c'est aussi pourquoi le Conseil fédéral l'a soutenue par le passé. Selon une étude externe à laquelle les acteurs déterminants du domaine de la santé ont été associés, la mise en place des conditions nécessaires, et en particulier une amélioration de la transparence des coûts et une nouvelle réglementation de la tarification des prestations de soins, pourrait être achevée après cinq ans.

Le DFI propose par conséquent de compléter le projet de loi du Conseil national de sorte que les prestations de soins soient également financées selon un système uniforme, et de le faire moyennant une adaptation de la répartition du financement, afin que l'introduction du nouveau système soit neutre en termes de coûts tant pour les cantons que pour les assureurs. L'incertitude quant à la part de financement dans le domaine des soins représente, rapportée à l'ensemble des prestations selon la LAMal, moins d'un demi-point de pourcentage. Cette incertitude est supportable et se situe dans l'ordre de grandeur que l'on observe pour d'autres facteurs d'incertitude. La part de financement à fixer pour la contribution cantonale pourrait être complétée par un mandat attribué au Conseil fédéral, qui serait chargé de contrôler si l'introduction du nouveau système est réellement neutre en termes de coûts, de sorte que le législateur puisse, le cas échéant, procéder ultérieurement à des adaptations. Une part de financement pourrait alors être fixée aujourd'hui déjà afin de réaliser une réforme aboutie. Rapportée à l'année 2016, celle-ci se situerait entre 27,5 % et 27,9 % ; si ce calcul devait être étendu à des années supplémentaires, le complément d'étude nécessaire prendrait un peu plus d'un semestre.

Les bases requises n'étant pas encore posées, il convient de prévoir une période de transition. Le Conseil national a prévu le passage à un financement uniforme (soins exclus) trois ans après l'adoption du projet de loi. L'intégration des soins pourrait par exemple intervenir quatre ans plus tard (7 ans après l'adoption). Il faudrait également instituer une organisation tarifaire chargée de gérer la tarification des prestations de soins. Comme les tarifs des soins reposeraient désormais sur une base uniforme valable pour toute la Suisse et que la responsabilité des cantons pour le financement résiduel serait supprimée, le libre choix du fournisseur de prestations

partout en Suisse peut être introduit pour les assurés, y compris pour les soins dispensés en EMS comme la loi le prévoit pour les autres prestations ambulatoires. De plus, afin d'améliorer la transparence des données, une disposition concernant la comptabilité analytique pour les soins fournis en dehors des EMS ou des hôpitaux est nécessaire. La contribution supplémentaire des patients pour les prestations de soins peut être maintenue à son niveau actuel. Elle pourrait toutefois être définie en francs par le Conseil fédéral, au lieu du pourcentage actuellement fixé dans la loi, ce qui permettrait d'éviter que la réforme ait un impact sur d'autres assurances sociales, comme le régime des prestations complémentaires. Pour le financement résiduel des prestations de soins, par analogie avec la règle applicable dans le régime des prestations complémentaires, c'est actuellement le lieu de domicile du patient avant son entrée en EMS qui est déterminant. Mais si l'on veut garantir une cohérence sur ce point au sein de la LAMal, c'est le lieu de domicile au sens du droit civil qui devrait être dans tous les cas déterminant pour le versement de la contribution cantonale.

Qu'il intègre ou non les soins, le système du financement uniforme apportera à certains cantons un supplément de charges et à d'autres un allègement. En effet, les cantons dans lesquels les prestations ambulatoires sont comparativement importantes contribuent aujourd'hui relativement peu aux coûts de l'ensemble des prestations, et inversement. Afin que la charge des cantons respectivement les primes dans les cantons concernés n'augmentent pas d'un coup, le passage à la nouvelle répartition du financement devrait être progressif. La prolongation à quatre ans de la période transitoire prévue dans le projet du Conseil national en vue de l'adaptation de la répartition du financement permettrait de répondre à la demande des cantons, qui souhaitent que la progression annuelle ne soit pas supérieure à un point de pourcentage. En revanche, si les prestations de soins ne sont intégrées dans un système de financement uniforme que dans un deuxième temps, une deuxième période transitoire pour atteindre la part de financement minimale serait inutile, étant donné que les différences entre les cantons sont moins importantes dans ce domaine et que les parts financées par l'impôt et par les primes ne devraient varier, dans presque tous les cantons, que d'environ un point tout au plus.

La révision de la LAMal du 19 juin 2020 relative à l'admission des fournisseurs de prestations accorde aux cantons des instruments adéquats pour le pilotage de l'offre. Ceux-ci pourraient s'appliquer à l'offre des psychothérapeutes pratiquant la psychothérapie et des autres fournisseurs de prestations non médicaux, comme le demande aussi la motion 20.3914 « Gestion de l'admission des psychologues pratiquant la psychothérapie », soutenue par le Conseil fédéral. Le DFI propose un nouvel art. 55b LAMal donnant aux cantons la possibilité de piloter également ces domaines de prestations. Pour le surplus, le DFI estime qu'il n'est pas nécessaire de modifier la loi dans le domaine des possibilités de pilotage par les cantons. La CDS n'a pas non plus soumis de propositions alternatives à l'OFSP, ni par écrit ni dans le cadre de la rencontre de travail.

Le DFI propose d'adopter la solution choisie par le Conseil national, vu sa simplicité administrative et sa compatibilité constitutionnelle, qui consiste à calculer la contribution cantonale sur la base des prestations nettes des assureurs, comme le recommande aussi le Conseil fédéral dans son avis du 14 août 2019. Cette solution ne devrait pas avoir d'impact sur la structure des primes des différents échelons de franchise, ni sur le degré de solidarité entre personnes en bonne santé et personnes malades.

En ce qui concerne la répartition de la contribution des cantons et de celle de la Confédération entre les différents assureurs, le DFI recommande de reprendre la solution déjà adoptée par le Conseil national, également soutenue par le Conseil fédéral dans son avis du 14 août 2019, qui prévoit une répartition proportionnelle aux coûts supportés par les assureurs. Administrativement simple à mettre en œuvre, cette solution est transparente et, sur le plan de la sélection des

risques, elle est avantageuse par rapport à une répartition proportionnelle aux coûts attendus (risques).

Dès lors que les cantons participeraient aussi au financement des prestations ambulatoires dans le cadre d'un financement uniforme, le DFI estime que rien ne s'oppose à ce qu'ils soient également partie intégrante de l'organisation tarifaire proposée pour le domaine ambulatoire. Cette organisation tarifaire pourrait également être chargée de la tarification des prestations de soins, et le Conseil fédéral peut étendre sa compétence à d'autres domaines de prestations ambulatoires.

En vue d'alléger au maximum le traitement administratif des données et des flux financiers, l'institution commune pourrait être chargée des tâches suivantes : recueillir les données sur les coûts des différents assureurs, calculer la contribution des cantons, la collecter auprès des cantons sous la forme d'acomptes et de versements finaux, et la répartir entre les différents assureurs. Afin que les cantons soient intégrés de manière appropriée dans ce processus administratif, ils pourraient être invités par les assureurs à intégrer l'institution commune.

Par contre, le contrôle des factures individuelles, comme la création de modèles d'assurance et de modèles de soins, est le moyen déterminant grâce auquel les assureurs se distinguent les uns des autres. Ce contrôle devrait donc rester de leur compétence, y compris pour des raisons d'efficacité. Dans le cadre de sa surveillance des assureurs, l'OFSP examine entre autres le processus de contrôle des factures et pourrait, si nécessaire, renforcer encore cet examen. Les assureurs pourront aussi assurer le contrôle du lieu de domicile, dans le cadre des deux 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 », le Conseil fédéral prépare en ce moment les bases légales permettant un échange de données entre assureurs et cantons. Les innovations prévues dans la loi sur le service des adresses pourraient apporter une possibilité supplémentaire pour le contrôle du lieu de domicile par les assureurs. La demande des cantons à obtenir des assureurs des données à des fins de pilotage et de budgétisation peut éventuellement être considérée dans le cadre de la gestion nationale des données prévue. Toutefois, il convient encore de clarifier si la demande des cantons peut être prise en compte dans ce cadre, et de quelle manière.

Du fait de l'augmentation de la part de financement de l'AOS pour les prestations des hôpitaux conventionnés, qui passerait de 45 % à environ 75 %, il faut s'attendre à ce que l'AOS supporte des coûts supplémentaires récurrents de 100 à 150 millions de francs par an, déchargeant d'un montant équivalent les assureurs complémentaires. Par ailleurs, vu l'augmentation de la part de financement de l'AOS pour les hôpitaux ne figurant pas sur une liste cantonale mais ayant conclu un contrat avec un assureur (complémentaire), la planification hospitalière cantonale perd de son intérêt pour les fournisseurs de prestations. Il n'est pas exclu non plus que la baisse des coûts des assurances complémentaires favorise la diffusion de ces assurances. Cela produirait une augmentation du volume des coûts générés en dehors de la planification hospitalière cantonale et des obligations y relatives, mais tout de même avec la possibilité (partielle) de facturer à la charge de l'AOS. Il en résulterait alors des coûts additionnels pour l'AOS. Afin d'au moins ne pas augmenter les incitations inopportunes à l'interface entre l'AOS et les assurances complémentaires par rapport à la situation actuelle, le DFI propose de maintenir la part de financement des cantons à 45 % pour les hôpitaux conventionnés.

Un financement uniforme peut accélérer le transfert des prestations stationnaires vers les prestations ambulatoires et promouvoir ainsi la coordination des traitements relevant de domaines de prestations actuellement financés selon des régimes différents. Les économies réalisées dans le domaine stationnaire moyennant la fourniture de certains traitements ambulatoires ne sont

aujourd'hui rentables pour les assureurs que si ces traitements coûtent moins de la moitié de ce que coûterait le traitement stationnaire évité. Sinon, bien qu'elles réduisent le coût global des soins de santé, ces économies ne se répercuteront pas sur les primes ; au contraire, elles les augmenteront, puisqu'elles ne bénéficient qu'aux cantons. Ainsi, les modèles d'assurance qui, grâce à une bonne coordination des fournisseurs de prestations ambulatoires, permettent de prévenir des problèmes de santé à l'origine de séjours à l'hôpital sont moins attrayants pour les assurés et donc aussi pour les assureurs qu'ils ne pourraient l'être dans le cadre d'un financement uniforme. Certes, le potentiel d'économies d'un financement uniforme ne peut être clairement quantifié. Les estimations correspondantes vont jusqu'à 3 milliards de francs par an, sans que l'on sache exactement dans quelle mesure elles sont réalisables en pratique. On peut toutefois supposer un potentiel d'économies substantiel.

Enfin, la pandémie de Covid-19 pourrait avoir des conséquences directes sur le financement uniforme selon qu'elle entraîne une modification, temporaire ou permanente, de la répartition entre prestations ambulatoires et prestations stationnaires. Cependant, la statistique de l'AOS, sur laquelle se base la répartition du financement, ne sera pas disponible pour l'exercice 2020 avant la fin du premier semestre 2021. Cette répartition ne sera pas influencée par la pandémie si elle est fixée avant cette date ou sur la base des données relatives aux années précédentes. S'agissant des conséquences indirectes de la pandémie de Covid-19, il faut s'attendre à une aggravation de la situation financière des ménages privés et des collectivités publiques, laquelle devrait renforcer la pression exercée pour freiner l'évolution des coûts de la santé et adopter des réformes visant à en accroître l'efficacité.

13.2 Proposition : compléments au projet de loi du Conseil national

Art. 18, al. 2^{sexies}

^{2sexies} Elle calcule et prélève la contribution cantonale et la contribution fédérale selon l'art. 60, et les répartit entre les assureurs conformément à l'art. 60a.

Art. 25, al. 2, let. a

² Ces prestations comprennent:

- a. les examens, traitements et prestations de soins dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social par:
 1. des médecins,
 2. des chiropraticiens,
 3. des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien;

Art. 25a

Abrogé

Art. 41, al. 1

¹ En cas d'examens, traitements et prestations de soins dispensés sous forme ambulatoire ou dans un établissement médico-social, l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. L'assureur prend en charge les coûts selon le tarif applicable au fournisseur de prestations choisi par l'assuré.

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

¹ 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 pour les traitements médicaux ambulatoires ainsi que pour les prestations de soins qui sont dispensées sous forme ambulatoire ou dans un établissement médico-social. Les fédérations qui y prennent part et les cantons doivent être représentés de manière équilibrée dans les organes de l'organisation qui sont responsables de la structure tarifaire les concernant.

² 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.

³ Il peut établir des principes relatifs à la forme, au fonctionnement et au financement de l'organisation.

⁴ Si une telle organisation fait défaut ou si elle ne satisfait pas aux exigences légales, le Conseil fédéral l'institue pour les fédérations visées à l'al. 1 et les cantons.

⁵ Les fournisseurs de prestations sont tenus de communiquer gratuitement à l'organisation les données nécessaires à l'élaboration, au développement, à l'adaptation et à la maintenance des structures tarifaires pour les traitements ambulatoires.

⁶ 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.

⁷ Les structures tarifaires élaborées par l'organisation et leurs adaptations sont soumises par les partenaires tarifaires au Conseil fédéral pour approbation.

Art. 49a Hôpitaux et maisons de naissance conventionnés

¹ Les assureurs peuvent conclure avec les hôpitaux ou les maisons de naissance non répertoriés au sens de l'art. 41, al. 1^{bis}, mais qui remplissent les conditions fixées aux art. 38 et 39, al. 1, let. a à c et f, des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'assurance obligatoire des soins.

² La rémunération prévue par les conventions ne peut être supérieure à 45 % de la rémunération prévue à l'art. 49, al. 1.

Art. 50, al. 1 à 4 Prise en charge des coûts des prestations de soins fournies dans un établissement médico-social ou sous forme ambulatoire

¹ Les assureurs prennent en charge les coûts des prestations de soins qui sont fournies conformément à l'art. 25, al. 2, let. a:

a. dans un établissement médico-social;

b. sous forme ambulatoire par un fournisseur de prestations désigné à l'art. 35, al. 2, let. e.

² Les fournisseurs de prestations visés à l'al. 1 disposent d'instruments de gestion adéquats; afin de calculer les coûts d'exploitation et d'investissement et de classer les prestations, ils tiennent notamment une comptabilité analytique et une statistique des prestations selon une méthode uniforme. Ces instruments contiennent toutes les données nécessaires à l'évaluation du caractère économique des prestations et à la tarification, ainsi que dans le cas des établissements médico-sociaux aussi les données requises pour la comparaison entre établissements.

³ Le Conseil fédéral détermine pour les fournisseurs de prestations visés à l'al. 1 une structure uniforme pour la comptabilité analytique et la statistique des prestations.

⁴ Il convient de procéder à l'échelle nationale à des comparaisons entre établissements médico-sociaux en ce qui concerne notamment les coûts et la qualité des résultats. Les établissements médico-sociaux et les cantons sont tenus de livrer les documents requis à cette fin. Le Conseil fédéral peut, après consultation des cantons, régler les détails de la mise en œuvre des comparaisons entre établissements. Il publie les comparaisons entre établissements.

⁵ Les fournisseurs de prestations visés à l'al. 1 ont l'obligation de tenir à disposition pour consultation leur comptabilité analytique et leur statistique des prestations, ainsi que les documents correspondants. Les parties à la convention tarifaire et les autorités chargées d'approuver les conventions tarifaires ainsi que de fixer les tarifs ont le droit de consulter ces informations.

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

¹ 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, 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.

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

Art. 60, al. 2, let. a ainsi que 3 et 5

² Sont déterminants pour le calcul de la contribution cantonale les coûts des prestations qui remplissent les conditions suivantes:

- a. elles sont visées aux art. 25 à 31; les prestations rémunérées sur la base de conventions au sens de l'art. 49a sont exclues;

³ Chaque canton fixe pour chaque année civile, au plus tard neuf mois avant le début de celle-ci, le pourcentage de la contribution cantonale. Ce pourcentage est de 27,7 % au moins.

⁵ Les assureurs transmettent à l'institution commune (art. 18) les données qui sont nécessaires pour le calcul de la contribution cantonale et de la contribution fédérale. Les cantons et la Confédération versent leur contribution à l'institution commune.

Art. 64, al. 5^{bis}, 7, let. b, et 8 première phrase

^{5bis} Les assurés versent pour les prestations de soins qui leur sont fournies sous forme ambulatoire ou dans un établissement médico-social une contribution aux coûts pour les prestations de soins. Le Conseil fédéral fixe le montant maximal de la contribution en francs. Les cantons peuvent prendre en charge la totalité ou une partie de la contribution.

⁷ L'assureur ne peut prélever aucune participation aux coûts des prestations suivantes:

- b. prestations visées à l'art. 25 qui sont fournies à partir de la treizième semaine de grossesse, pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement.

⁸ La participation aux coûts prévue aux al. 2 et 5 ne peut être assurée ni par une caisse-maladie, ni par une institution d'assurance privée. ...

Dispositions transitoires relatives à la modification du (Financement uniforme)

¹ Le pourcentage pour la contribution cantonale doit correspondre au moins à la valeur prévue à l'art. 60, al. 3, au plus tard quatre ans après l'entrée en vigueur.

² Les cantons dans lesquels la part des coûts des prestations stationnaires, comparée aux coûts de l'ensemble des prestations concernées par la modification du ... avant l'entrée en vigueur de l'abrogation de l'art. 25a, est inférieure à la moyenne trois ans avant l'entrée en vigueur de la modification du ..., fixent pour leur contribution cantonale un pourcentage d'au moins 21 %. L'augmentation annuelle du pourcentage est ensuite d'au moins 1,0 point de pourcentage tant que la valeur prévue à l'art. 60, al. 3, n'est pas atteinte.

³ Les cantons dans lesquels la part des coûts des prestations stationnaires, comparée aux coûts de l'ensemble des prestations concernées par la modification du ... avant l'entrée en vigueur de l'abrogation de l'art. 25a, est supérieure à la moyenne trois ans avant l'entrée en vigueur de la modification du ..., peuvent abaisser le pourcentage de leur contribution cantonale de 1,0 point de pourcentage au plus par an jusqu'à la quatrième année suivant l'entrée en vigueur de la présente modification. Le pourcentage fixé ne peut en aucun cas être inférieur à la valeur prévue à l'art. 60, al. 3.

⁴ Jusqu'à l'entrée en vigueur de l'abrogation de l'art. 25a, les prestations au sens de l'art. 25a, al. 1, sont exclues du calcul de la contribution cantonale visée à l'art. 60.

⁵ Jusqu'à l'entrée en vigueur de l'abrogation de l'art. 25a, les prestations de soins aigus et de transition visées par l'art. 25a, al. 2, sont rémunérées uniquement par l'assurance obligatoire des soins.

⁶ Jusqu'à l'abrogation de l'art. 25a, le pourcentage visé à l'art. 60, al. 3, est de 25,5 %.

Ch. IV

¹ La présente loi est sujette au référendum.

² Si dix jours après l'échéance du délai référendaire aucun référendum contre la loi n'a abouti, elle entre en vigueur comme suit:

- a. les art. 18, al. 2^{sexies}, 47a, al. 1 et 4, 49a, 55b et 60 entrent en vigueur trois ans après l'échéance du délai référendaire, au 1^{er} janvier;
- b. les art. 25, 25a, 41, al. 1, 50 ainsi que 64, al. 5^{bis} et 7, entrent en vigueur sept ans après l'échéance du délai référendaire, au 1^{er} janvier.

³ Si la loi est acceptée par le peuple, elle entre en vigueur comme suit:

- a. les art. 18, al. 2^{sexies}, 47a, al. 1 et 4, 49a, 55b et 60 entrent en vigueur trois ans après la votation, au début de l'année;
- b. les art. 25, 25a, 41, al. 1, 50 ainsi que 64, al. 5^{bis} et 7, entrent en vigueur sept ans après la votation, au début de l'année.

13.3 Commentaire des dispositions

Art. 18, al. 2^{sexies}

La fondation institution commune sera chargée du calcul et du prélèvement des contributions respectives des cantons et de la Confédération, et plus uniquement de leur répartition entre les différents assureurs. L'attribution de ces deux tâches à un même acteur peut accroître l'efficacité.

Art. 25, al. 2, let. a

L'AOS prendra en charge les prestations de soins dispensées sur prescription ou sur mandat d'un médecin. La présente modification réintroduit à l'art. 25, al. 2, let. a, LAMal les prestations prévues actuellement à l'art. 25a, al. 1, et pour lesquelles l'AOS verse déjà une contribution. Elle rétablit ainsi la disposition légale qui existait avant le nouveau régime de financement des soins.

Le 17 décembre 2019, le Conseil national, à la suite de l'initiative parlementaire 19.401 « Pour un renforcement des soins infirmiers, une sécurité des patients accrue et une meilleure qualité des soins », a adopté un projet de loi qui prévoit notamment de compléter l'art. 25, al. 2, let. a, LAMal par un ch. 2^{bis} qui propose que le personnel infirmier soit considéré également comme exécutant éventuel d'une partie des prestations de soins. Le 10 juin 2020, le Conseil des États a pris une décision identique sur ce point précis, bien que différente par ailleurs. Si les deux conseils approuvent finalement cet ajout, il faudra modifier en ce sens le projet de loi relatif à un financement uniforme.

Art. 25a

L'actuel art. 25a LAMal, qui prévoit des dispositions particulières concernant les prestations de soins en cas de maladie fournies en dehors d'un hôpital, peut être abrogé. La teneur de son al. 1 est transférée sous une forme adaptée à l'art. 25, al. 2, let. a (cf. ci-dessus). La phrase proposée par le Conseil fédéral en complément de l'art. 25a, al. 1 et 2, LAMal,³⁴ selon laquelle la rémunération des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques utilisés pour les soins doit être régie par l'art. 52 LAMal, peut être éliminée. D'une part, en effet, la catégorie des soins aigus et de transition visée à l'al. 2 sera supprimée et, d'autre part, les soins seront rémunérés selon des tarifs et non plus par des contributions et un financement résiduel. En outre, comme l'art. 50 P-LAMal ne prévoit pas de disposition analogue à l'art. 49, al. 5, LAMal, en vertu duquel les rémunérations prévues par cet article épuisent toutes les prétentions de l'hôpital quant aux prestations de l'AOS, il s'ensuit que les autres prestations telles que les moyens et appareils sont régies par les dispositions correspondantes (comme l'art. 52 LAMal). En revanche, il faudrait remplacer en partie la disposition que le Conseil fédéral proposait d'ajouter à l'art. 52, al. 3, LAMal, car une fois l'art. 25a LAMal abrogé, il ne sera évidemment plus possible d'y renvoyer. Le renvoi aux prestations de soins fournies sous forme ambulatoire, dans un EMS ou à l'hôpital pour les patients en attente de placement au sens de l'art. 49, al. 4, LAMal, mais qui ne concerne toutefois pas les patients en traitement stationnaire normal, peut être remplacé par un autre se référant aux prestations de soins visées à l'art. 25, al. 2, let. a, P-LAMal qui ne sont pas rémunérées par les conventions tarifaires passées avec les hôpitaux en vertu de

³⁴ Cf. message du Conseil fédéral du 27 mai 2020 concernant la modification de la LAMal (Rémunération du matériel de soins) (20.046), FF 2020 4695, ici 4711.

l'art. 49 LAMal. Le complément introduit par le Conseil fédéral à l'art. 52, al. 3, LAMal ne constitue encore qu'une proposition, puisqu'il n'a pas encore fait l'objet d'une décision des chambres. Il n'est donc pas inclus dans le présent projet de réglementation.

La catégorie des soins aigus et de transition visée à l'al. 2 serait supprimée (cf. ch. 2.4.4) Les ajouts (soins aigus et de transition prescrits conjointement par un médecin et un infirmier) que le Conseil national et le Conseil des États ont apportés dans le cadre de l'initiative parlementaire 19.401 « Pour un renforcement des soins infirmiers, une sécurité des patients accrue et une meilleure qualité des soins » n'auraient également plus lieu d'être.

L'al. 3 peut également être abrogé, car l'art. 33, al. 2, LAMal prévoit déjà que le Conseil fédéral désigne en détail les autres prestations au sens de l'art. 25, al. 2, qui ne sont pas fournies par un médecin ou un chiropraticien. La procédure d'évaluation des soins requis n'aura plus besoin d'être fixée par le Conseil fédéral, puisque cela pourra être fait dans le cadre des conventions tarifaires, dans le cas où les partenaires tarifaires préfèrent une orientation des tarifs sur le besoin en soins. À la suite de l'initiative parlementaire 19.401, le Conseil national et, dans une version légèrement différente, le Conseil des États ont adopté un projet qui prévoit notamment de compléter l'art. 25a, al. 3, LAMal, selon lequel le Conseil fédéral ne désigne pas seulement les prestations de soins, mais distingue également les prestations selon qu'elles sont dispensées sur prescription ou sur mandat médical ou sans prescription ni mandat médical. Le Conseil national et le Conseil des États entendent prévoir à l'art. 35, al. 2, let. d^{bis}, P-LAMal la possibilité pour le personnel infirmier d'intervenir pour certaines prestations même sans prescription médicale. Ils souhaitent également ajouter à l'art. 25a P-LAMal des nouveaux al. 3^{bis} et 3^{ter}, selon lesquels le Conseil fédéral doit tenir compte des besoins en soins des personnes qui souffrent de maladies complexes et de celles qui ont besoin de soins palliatifs dans sa désignation des prestations. De plus le Conseil fédéral doit à côté de la procédure d'évaluation des besoins en soins également régler la coordination entre les médecins traitants et le personnel infirmier. Si ces ajouts à la LAMal étaient définitivement adoptés par les deux conseils, ils pourraient être transférés à l'art. 33 LAMal, si les soins sont inclus dans un financement uniforme.

L'al. 4 peut être en partie abrogé, puisque le Conseil fédéral n'aura plus à fixer de montant. Il faudrait plutôt convenir de tarif, et les art. généraux 46 et 47 LAMal s'appliqueraient ainsi que l'art. 47a P-LAMal adapté pour l'organisation tarifaire pour les prestations de soins. Quant à l'autre partie de cet al. 4 le contrôle de la qualité, il est déjà réglementé de manière générale à l'art. 58 LAMal. En effet, la révision votée le 21 juin 2019 par l'Assemblée fédérale vise à garantir et améliorer la qualité des soins et à renforcer durablement la sécurité des patients, comme l'annoncé le Conseil fédéral dans son message du 4 décembre 2015 relatif à la modification de la LAMal (Renforcement de la qualité et de l'économicité) (15.083).³⁵ Cette modification de loi concerne aussi les prestations de soins.

La première phrase de l'al. 5 (contribution maximale des assurés aux coûts des prestations de soins) peut être déplacée à l'art. 64 LAMal, qui régit la participation aux coûts, moyennant des adaptations. La deuxième phrase peut être purement et simplement abrogée, car les cantons n'auront plus à régler de financement résiduel. La troisième phrase tombe pour la même raison ; l'obligation de payer la contribution cantonale sera attribuée, en vertu de l'art. 60 P-LAMal, au canton dans lequel l'assuré a son lieu de domicile. La quatrième phrase accorde la liberté de choix dans le domaine des soins ambulatoires, ce qui est déjà réglé à l'art. 41, al. 1, LAMal. La cinquième phrase, qui s'aligne sur la réglementation prévue par la LPC, ne s'appliquera plus,

³⁵ L'entrée en vigueur de cette modification est prévue pour le 1^{er} janvier 2021. Texte adopté lors du vote final dans FF 2019 4293.

puisque le lieu de domicile au sens du droit civil sera désormais déterminant pour désigner le canton chargé de payer la contribution cantonale pour l'ensemble des prestations (cf. ch. 2.4.6 et art. 60 P-LAMal). Les sixième et septième phrases concernent la prise en charge des coûts d'un patient séjournant dans un EMS situé en dehors de son canton de domicile. Si le législateur ne souhaite pas que les assurés aient une liberté de choix totale dans le domaine des EMS, ces éléments pourraient être réglés à l'art. 41 LAMal, dans un nouvel al. 1^{quater}.

Art. 41, al. 1

Parallèlement à la suppression de la compétence cantonale pour la fixation du financement résiduel, la liberté de choix des assurés dans toute la Suisse peut être introduite également pour le séjour en EMS, comme elle s'applique déjà aux prestations fournies par les organisations de soins et d'aide à domicile et par les infirmiers indépendants, ainsi qu'à toutes les autres prestations ambulatoires au sens de la loi. L'AOS prend en charge les traitements ambulatoires, et donc aussi les prestations de soins dispensées en EMS, à concurrence du tarif valable dans le canton où est situé le fournisseur de prestation.

La structure de l'art. 41 LAMal pourrait encore changer en fonction des modifications prévues dans le cadre du 2^e volet des mesures visant à freiner la hausse des coûts. La présente modification ne tient pas compte de ces modifications prévues, mais s'appuie sur la structure existante, en tenant compte des modifications décidées par le Conseil national dans le cadre du financement uniforme sur l'art. 41 LAMal.

Art. 47a

La tarification des prestations de soins ne doit pas à être réglée spécifiquement dans la LAMal ; les règles générales concernant les tarifs, inscrites aux art. 43 à 47 LAMal, sont applicables. Le message du 21 août 2019 relatif au 1^{er} volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts (19.046) prévoit, à l'art. 47a P-LAMal, une organisation tarifaire pour le domaine des prestations médicales ambulatoires, dont le Conseil fédéral pourra étendre la compétence à d'autres domaines. Afin de donner aux cantons l'assurance qu'ils seront représentés dans l'organisation qui sera chargée de la tarification des prestations de soins (cf. ch. 6), cette même disposition pourrait prévoir expressément que cette organisation traitera aussi des prestations de soins et que les cantons y seront représentés. Pour le reste, les dispositions prévues dans le message mentionné peuvent être reprises telles quelles.

Art. 49a, al. 1 et 2

La rémunération par l'AOS des hôpitaux et des maisons de naissance conventionnés sera limitée à 45 % de la rémunération prévue pour les hôpitaux et les maisons de naissance répertoriés. Cela signifie que la part de financement de l'AOS pour ces fournisseurs de prestations reste inchangée par rapport à la situation actuelle.

Art. 50

La dénomination de l'article couvre désormais non seulement la prise en charge des coûts des prestations de soins dans un EMS, mais aussi des prestations de soins fournies sous forme ambulatoire. A l'al. 1, la référence actuelle à l'article 25a, qui est abrogé, est remplacée par une référence aux prestations de soins conformément à l'article 25. La prise en charge des coûts des prestations de soins dans un EMS ne couvre explicitement que les prestations de soins, mais

pas les autres examens et traitements, à savoir ceux dispensés par les médecins. Ceux-ci continueront à être remboursés séparément, sauf si des forfaits spéciaux sont convenus, par exemple dans le cas de modèles de soins coordonnés.

L'art. 50 actuel mentionne simplement que l'art. 49, al. 7 et 8, est applicable par analogie aux prestations dispensées dans les EMS. La présente modification consiste à reprendre expressément la teneur de ces deux alinéas de l'art. 49 aux al. 2 et 5 et de l'étendre aux fournisseurs de prestations désignés à l'art. 35, al. 2, let. e, qui fournissent des prestations de soins au sens de l'art. 25, al. 2, let. a (les organisations de soins et d'aide à domicile ainsi que les infirmiers indépendants). Le but est d'atteindre dans ce domaine aussi une certaine uniformité de la comptabilité analytique. Selon le rapport de base de Polynomics / HSLU (2020), une transparence suffisante des coûts est particulièrement importante pour la fixation de tarifs appropriés. Les conventions librement consenties par la branche ne suffisent probablement pas pour y parvenir. Toutefois, les instruments de gestion requis doivent continuer à contenir les données nécessaires aux comparaisons entre établissements et à la planification uniquement dans le cas des EMS. Le Conseil fédéral établit une structure uniforme pour la comptabilité analytique et la statistique des prestations, dans chaque cas pour les EMS, d'une part, et pour les fournisseurs de prestations désignés à l'art. 35, al. 2, let. e, d'autre part. Outre les parties à la convention tarifaire, les autorités chargées d'approuver les conventions tarifaires et de fixer les tarifs sont également habilitées à consulter la comptabilité analytique et la statistique des prestations.

Art. 55b

Comme instrument de pilotage supplémentaire, le projet prévoit de laisser aux cantons la possibilité de refuser l'admission de psychothérapeutes et d'autres fournisseurs de prestations non médicaux si l'augmentation des coûts de ces fournisseurs de prestations dans le canton concerné est plus forte que l'augmentation des coûts pour les prestations de ces fournisseurs de prestations dans toute la Suisse. La disposition se fonde sur la compétence décidée par le Parlement pour les cantons de limiter le nombre des médecins qui fournissent des prestations ambulatoires, visée à l'art. 55a, al. 6, LAMal.

Art. 60, al. 2, let. a, ainsi que 3 et 5

Il faut adapter le calcul de la contribution cantonale prévu dans le projet du Conseil national. Ce sont les coûts de l'ensemble des prestations visées aux art. 25 à 31 LAMal qui doivent être déterminants. L'exception des prestations visées à l'art. 25a LAMal à abroger est supprimée, puisque ces prestations seront également intégrées dans un financement uniforme. Le calcul de la contribution cantonale ne tiendra pas compte des coûts des soins pris en charge par les cantons, financement qui a pour effet d'abaisser la contribution maximale fixée des assurés aux coûts des prestations de soins à un niveau légèrement inférieur au maximum fixé à l'art. 64, al. 5^{bis} : il s'agit d'une prise en charge supplémentaire délibérément décidée par les cantons ; elle ne réduit pas leur contribution ordinaire.

La part minimale de la contribution cantonale visée à l'al. 3 est supérieure à celle prévue dans le projet du Conseil national, car les prestations de soins seront aussi intégrées dans un financement uniforme de toutes les prestations au sens de la LAMal. La part minimale est de 27,7 %, ce qui correspond au pourcentage requis pour un passage neutre en termes de coûts, si l'on se fonde sur les chiffres de 2016.

L'institution commune étant chargée de calculer la contribution cantonale et la contribution fédérale (voir art. 18, al. 2^{sexies}, du présent projet), les assureurs seront tenus de lui livrer les données nécessaires, ce qui est réglé à l'al. 5.

Art. 64, al. 5^{bis}, 7, let. b, et 8

Si l'on part du principe que les modifications par rapport à la réglementation actuelle doivent être maintenues aussi bas que possible, la participation des patients aux coûts des soins devrait rester du même ordre de grandeur qu'aujourd'hui, que ces soins soient dispensés sous forme ambulatoire ou dans un EMS. Cette proposition a également été faite par la CDS. La disposition correspondante pourrait être déplacée de l'actuel art. 25a, al. 5, à l'art. 64 LAMal, qui régit la participation de l'assuré aux coûts. Celui-ci règle aussi, par exemple, la contribution aux frais de séjour en cas d'hospitalisation (art. 64, al. 5, LAMal).

Comme il n'y aura plus de contribution de l'AOS aux prestations de soins fixée par le Conseil fédéral, il faut adapter la valeur de référence. La disposition pourrait prévoir que le Conseil fédéral détermine désormais la contribution maximale des assurés aux prestations de soins sous la forme d'un montant fixe en francs (cf. ch. 2.4.2).

Le Conseil fédéral devrait fixer dans l'ordonnance une contribution des assurés aux coûts des prestations de soins (sous la forme d'un montant fixe en francs) analogue à la franchise et à la quote-part, ou à la contribution aux frais de séjour en cas d'hospitalisation. Comme c'est déjà le cas aujourd'hui, il devrait également déterminer si ce montant maximal doit être calculé en francs par jour ou s'il faut choisir une autre manière de le définir, par exemple en fonction des unités de prestation.

La possibilité pour les cantons de reprendre à leur charge tout ou partie de la contribution des assurés aux coûts des prestations de soins sur une base volontaire, comme certains le font aujourd'hui, peut être maintenue. La CDS le propose également. La loi pourrait la mentionner expressément. Toutefois, une éventuelle prise en charge ne devrait avoir aucune incidence sur le calcul de la part de financement du canton.

La modification de l'al. 7, let. b, n'est due qu'à l'abrogation de l'art. 25a LAMal.

L'al. 8 précise en plus que l'interdiction de prise en charge des coûts ne concerne que la participation aux coûts visée aux al. 2 et 5 et ne concerne donc pas la contribution des assurés aux coûts des prestations de soins au sens de l'art. 5^{bis}.

Dispositions transitoires relatives à la modification du (Financement uniforme)

La prolongation d'une année du délai transitoire au terme duquel la part de financement minimale visée à l'art. 60, al. 3, LAMal devra être atteinte (quatre ans au lieu des trois prévus dans le projet du Conseil national) et la réduction de l'adaptation annuelle minimale de la part de financement, qui passe de 1,5 à 1,0 point de pourcentage, ralentiront la vitesse à laquelle la charge des cantons ou les primes des assurés augmenteront lors du passage au financement uniforme. Ces ajustements sont aussi demandés par les cantons. Le délai de quatre ans après l'entrée en vigueur correspond précisément à la période au terme de laquelle les soins seront inclus dans un financement uniforme et les dispositions correspondantes entreront en vigueur (cf. dispositions finales). Cela requiert l'adaptation des al. 1 à 3 des dispositions transitoires.

Dans l'hypothèse d'une entrée en vigueur échelonnée, cantons, assureurs et assurés se partageront le financement des soins visés à l'art. 25a LAMal durant une période transitoire qui pourrait durer plusieurs années supplémentaires après l'entrée en vigueur de la modification de loi relative au financement uniforme. Ce cofinancement restera réglé par les dispositions actuelles. En d'autres termes, les dispositions de l'art. 25a LAMal, qui seront abrogées plus tard, resteront déterminantes durant cette période, notamment en ce qui concerne l'obligation pour les assureurs de payer des contributions fixées par le Conseil fédéral, la limitation de la contribution des assurés aux coûts des prestations de soins, et la responsabilité incombant aux cantons de

déterminer et de payer le financement résiduel. Pendant cette période, l'entrée dans un EMS ne créera encore aucune nouvelle obligation pour les cantons. C'est ce que prévoit le nouvel al. 4 des dispositions transitoires.

Par conséquent, pendant cette période supplémentaire (de quatre ans, par exemple), le calcul de la contribution cantonale ne tiendra pas compte des contributions payées pour les prestations visées à l'art. 60, al. 2, LAMal. À l'inverse, les cantons ne paieront aucune contribution au sens de l'art. 60, al. 1, LAMal, puisqu'ils y participeront selon les modalités de financement en vigueur avant cette modification.

En outre, l'al. 5 des dispositions transitoires doit préciser que, jusqu'à l'abrogation de l'art. 25a LAMal, les soins aigus et de transition seront rémunérés uniquement par l'AOS, une fois que les dispositions de l'art. 49a LAMal relatives au financement des hôpitaux seront abrogées et que les prestations stationnaires seront intégrées dans le financement uniforme. À moins que le législateur n'en décide autrement, la règle prévue à l'art. 25a, al. 2, LAMal concernant les soins aigus et de transition restera inchangée jusqu'à l'entrée en vigueur des dispositions réglant l'intégration des soins dans le financement uniforme.

Pour la même raison, en vertu de l'al. 6 des dispositions transitoires, la part minimale de la contribution cantonale fixée à l'art. 60, al. 3, LAMal restera de 25,5 % jusqu'à l'abrogation de l'art. 25a LAMal. Cela correspond à la valeur fixée par le Conseil national pour un financement uniforme sans les soins.

Dispositions finales relatives à la modification du (Financement uniforme)

Les dispositions finales doivent régler le délai jusqu'à l'intégration dans un financement uniforme des soins visés à l'art. 25a LAMal, article qui doit être supprimé. Il est supposé que les autres prestations ambulatoires et stationnaires seront financées uniformément dès l'entrée en vigueur des autres dispositions. Les dispositions finales du projet adopté par le Conseil national prévoient déjà que la modification de loi n'entrera en vigueur que trois ans après son adoption par le Parlement ou suivant son acceptation en votation populaire, au début de l'année. En revanche, le législateur pourrait aussi fixer la date d'entrée en vigueur des dispositions relatives à l'intégration des soins dans le financement uniforme, par exemple sept années après leur adoption par le Parlement, ou le cas échéant leur acceptation en votation populaire, au début de l'année.

14 Bibliographie

ASSM (2012): Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.

Bill, Marc / Meyer, Delia / Telser, Harry (2019): Aktualisierung der PCG-Liste für den Schweizer Risikoausgleich. Schlussbericht zur Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Bern: BAG.

Blatter, Hannes / Albin, Nina (2015): Managed Care in der Schweiz. Eine Literaturanalyse zu Kostenunterschieden zwischen traditioneller Versorgung und Managed Care unter Einbezug der Qualität. Arbeitsbericht IBR 005/2015. Luzern: Hochschule Luzern.

CDS (2018): Financement hospitalier: Parts de financement cantonales dès 2012. Spitalfinanzierung: Kantonale Finanzierungsanteile ab 2012. Abrufbar unter: https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/TB_Zusammenstellung_Kostentiler_20180718.pdf [Stand: 10.08.2020].

Conseil fédéral (2016): Etat des lieux et perspectives dans le secteur des soins de longue durée. Rapport du Conseil fédéral du 25 mai 2016 donnant réponse aux postulats 12.3604, 14.3912 et 14.4165. Berne.

Felder, Stefan / Straumann, Rachel (2019): Kosteneffizienz in der stationären Langzeitpflege – Welchen Einfluss hat die Restfinanzierung? Basel: Universität Basel.

Huber, Carola A. / Reich, Oliver / Früh, Mathias / Rosemann, Thomas 2016. Effects on Integrated Care on Disease-Related Hospitalisation and Healthcare Costs in Patients with Diabetes, Cardiovascular Diseases and Respiratory Illnesses: A Propensity-Matched Cohort Study in Switzerland. International Journal of Integrated Care 16(1): 11, pp 1–18.

Infras (2019): Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär mit Einbezug der Pflege. Schlussbericht im Auftrag der GDK. Zürich.

IWSB (2018): Rechnungskontrolle 2016 bei Krankenversicherern: Nutzen und Kosten. Studie im Auftrag von santésuisse. Basel: Institut für Wirtschaftsstudien.

IWSB (2019): Effekte einer einheitlichen Finanzierung ambulant-stationär auf die Kantonsbeiträge pro Franchisestufe. Kurzgutachten im Auftrag von santésuisse. Basel: Institut für Wirtschaftsstudien.

Obsan (2018): Le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire. Obsan Dossier 63. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Polynomics / HSLU (2020): Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung. Olten, Luzern: Polynomics, Hochschule Luzern.

Polynomics (2016): Fehlanreize im schweizerischen Gesundheitssystem und Lösungsvorschläge. Olten: Polynomics.

Polynomics (2018): Kosteneinsparungen durch EFAS. Olten: Polynomics.

PWC (2016): Ambulant vor stationär: oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen. PriceWaterhouseCoopers.

ZHAW (2017a): Sparpotentiale im Gesundheitswesen: Massnahmen und Instrumente zur Beeinflussung der Kostenentwicklung im Schweizer Gesundheitswesen aus der Perspektive des Kantons Zürichs. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

ZHAW (2017b): Wie wirkt sich eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen auf Effizienz und Versorgungsqualität aus? Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Annexe : Calcul de la répartition du financement et tableaux des flux financiers

Annexe 1 : Tableaux pour le calcul de la répartition du financement

Tableau 7 : Dépenses de l'AOS pour l'ensemble des prestations LAMal

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ZH	4'500'407'689	4'952'219'707	5'045'917'542	5'295'916'393	5'530'450'474	5'634'367'959	5'695'388'196
BE	3'376'032'946	3'511'251'391	3'549'150'536	3'797'113'762	3'955'705'566	4'033'407'205	4'085'107'994
LU	1'097'571'425	1'182'196'665	1'213'139'038	1'256'743'844	1'318'036'440	1'355'206'497	1'288'984'232
UR	95'348'317	100'543'061	103'340'322	104'060'894	108'195'629	107'209'440	109'266'986
SZ	428'323'109	458'567'408	466'522'245	492'342'402	514'172'615	526'487'290	532'846'106
OW	98'167'926	109'380'060	107'815'202	113'633'339	119'686'478	120'742'803	118'402'943
NW	110'970'320	121'689'896	121'755'314	125'600'626	131'343'703	136'353'618	135'547'776
GL	116'414'645	121'851'630	126'119'853	133'470'341	135'032'428	138'672'411	141'179'225
ZG	316'235'460	341'382'971	350'021'205	369'913'504	385'174'831	393'508'045	396'371'153
FR	849'945'933	972'927'016	982'655'759	1'026'969'390	1'080'724'247	1'114'425'160	1'160'683'818
SO	825'224'834	895'004'321	928'820'665	981'198'454	1'037'139'226	1'044'835'174	1'052'265'863
BS	787'503'171	832'170'002	851'494'285	889'200'854	918'275'449	934'867'435	935'332'343
BL	981'816'738	1'064'241'522	1'082'031'484	1'172'218'509	1'207'768'027	1'229'462'496	1'231'324'197
SH	243'077'167	260'777'492	269'585'886	278'138'762	294'281'411	305'247'667	298'999'525
AR	149'576'043	159'752'103	165'719'504	171'737'520	181'789'649	182'230'730	183'300'651
AI	37'748'349	39'261'355	41'252'836	43'602'009	44'924'789	43'616'672	44'799'875
SG	1'394'359'129	1'502'888'479	1'564'341'045	1'609'877'910	1'669'154'606	1'717'179'581	1'717'696'287
GR	552'914'620	593'732'179	612'924'718	627'742'402	656'875'244	676'330'345	686'033'336
AG	1'912'177'928	2'066'465'098	2'115'461'554	2'229'049'382	2'304'850'560	2'368'074'200	2'396'935'183
TG	702'609'439	779'895'091	810'459'436	845'637'055	887'200'047	904'262'241	927'952'633
TI	1'203'059'352	1'269'591'226	1'341'340'459	1'411'315'605	1'468'269'899	1'528'313'764	1'557'928'259
VD	2'535'989'009	2'787'970'547	2'859'774'713	2'991'771'990	3'179'140'466	3'292'589'481	3'291'645'721
VS	984'820'630	1'035'150'050	1'072'051'021	1'141'015'775	1'205'555'855	1'251'833'389	1'284'795'021
NE	576'538'348	631'710'330	658'004'508	681'715'730	726'113'559	741'856'966	770'628'829
GE	1'789'782'787	1'877'054'757	1'925'196'717	2'041'857'234	2'118'985'912	2'220'936'577	2'189'476'887
JU	233'087'615	253'427'997	267'400'511	281'107'900	295'240'588	304'653'277	305'586'551
Total CH	25'899'702'927	27'921'102'354	28'632'296'357	30'112'951'586	31'474'087'701	32'306'670'424	32'538'479'591
Étran-ger	1'525'365	5'387'555	6'686'823	9'416'109	9'716'607	10'972'819	12'775'902
Total	25'901'228'292	27'926'489'909	28'638'983'180	30'122'367'695	31'483'804'307	32'317'643'243	32'551'255'494

Dépenses annuelles de l'AOS en francs (prestations brutes). Calculs de l'OFSP sur la base des données financières ISAK (2012-2015) ainsi que de la Statistique de l'AOS de l'OFSP, T2.26 et T7.14 (2016-2018)

Tableau 8 : Dépenses de l'AOS pour les prestations stationnaires LAMal

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ZH	969'020'234	1'217'306'349	1'198'589'480	1'246'955'386	1'220'213'916	1'157'136'646	1'103'666'984
BE	840'734'018	865'889'407	818'007'724	865'795'758	874'396'506	876'257'973	909'501'235
LU	266'894'087	299'405'163	299'621'684	301'309'198	284'029'564	277'775'766	268'465'961
UR	24'360'814	28'255'086	27'736'676	28'213'864	28'048'326	25'642'153	26'847'877
SZ	103'374'970	114'985'732	112'876'407	114'301'167	116'718'498	111'849'770	112'619'676
OW	22'770'194	28'267'276	25'271'240	27'286'302	26'529'036	24'681'037	23'849'190
NW	28'110'442	32'845'952	29'959'699	28'916'272	29'332'052	28'426'212	28'706'584
GL	29'057'502	32'663'660	31'248'241	33'476'698	31'788'075	31'566'383	35'231'653
ZG	77'335'525	86'352'281	83'129'176	83'716'779	83'969'341	79'345'327	81'878'397
FR	183'073'290	250'453'375	232'235'557	219'830'950	221'104'925	204'021'880	223'010'105
SO	198'122'920	231'805'988	233'011'314	249'512'862	247'806'968	226'999'368	227'204'843
BS	191'168'410	218'132'166	221'657'552	232'301'413	226'533'310	221'003'372	220'647'038
BL	236'535'095	271'827'890	267'504'684	304'556'604	291'624'172	288'152'188	279'314'169
SH	54'789'967	63'861'015	66'793'813	67'917'976	69'251'697	68'530'362	68'881'617
AR	41'199'704	47'029'045	47'756'447	47'856'164	49'225'216	46'445'584	46'046'826
AI	10'295'522	11'569'454	11'796'325	12'199'333	12'077'772	10'773'817	11'404'739
SG	368'584'531	414'443'336	410'751'185	402'496'156	409'708'171	412'689'471	392'550'696
GR	132'461'157	145'149'623	146'191'420	149'406'854	147'012'921	151'122'626	147'360'752
AG	492'614'018	552'680'354	552'186'164	560'258'335	548'608'007	514'951'335	497'600'814
TG	184'087'268	222'330'929	226'212'115	225'814'156	222'820'203	215'979'950	221'688'280
TI	262'445'775	282'081'250	290'041'396	291'946'659	284'123'485	288'534'023	278'587'413
VD	436'871'300	564'855'444	544'974'691	558'282'056	575'347'133	559'838'426	562'389'905
VS	229'299'502	241'232'723	232'243'643	267'193'539	258'470'472	257'576'801	259'814'162
NE	108'632'686	130'509'291	136'542'125	134'761'874	134'277'405	124'790'965	140'082'233
GE	340'565'909	341'896'231	350'787'290	357'269'181	358'673'860	382'562'094	352'547'158
JU	50'725'899	60'946'113	62'669'102	66'617'247	67'269'898	69'715'744	79'472'632
Total CH	5'883'130'738	6'756'775'133	6'659'795'149	6'878'192'782	6'818'960'926	6'656'369'274	6'599'370'938
Étran-ger	2'459	1'008'445	1'197'404	1'395'888	1'420'439	1'398'186	1'452'824
Total	5'883'133'197	6'757'783'578	6'660'992'553	6'879'588'670	6'820'381'365	6'657'767'460	6'600'823'763

Dépenses annuelles de l'AOS en francs (prestations brutes). Calculs de l'OFSP sur la base des données financières ISAK (2012-2015) ainsi que de la Statistique de l'AOS de l'OFSP, T2.26 et T7.14 (2016-2018)

Tableau 9 : Dépenses de l'AOS pour les soins au sens de la LAMal

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ZH	393'685'899	389'593'935	371'241'268	371'898'988	392'092'739	405'682'858	394'176'255
BE	387'969'412	386'335'180	417'852'938	422'168'292	435'220'901	431'263'613	355'661'792
LU	111'072'067	113'547'554	118'132'190	120'902'388	131'107'803	129'735'998	129'327'522
UR	10'954'567	10'910'830	11'451'187	10'968'202	11'286'897	11'017'371	10'637'786
SZ	31'948'053	35'352'482	35'302'878	34'642'540	36'455'715	37'054'804	38'169'409
OW	9'170'076	9'599'437	9'428'110	9'128'337	9'698'511	9'664'797	9'003'497
NW	9'475'565	9'887'833	9'974'562	10'265'310	11'115'806	11'678'558	11'598'803
GL	12'197'035	11'920'704	12'193'493	12'173'566	12'097'288	12'165'237	12'048'637
ZG	27'950'402	28'089'065	26'747'767	26'751'801	26'269'290	26'479'924	26'315'869
FR	85'215'976	88'312'440	82'532'791	84'908'783	90'411'151	96'607'396	95'758'238
SO	66'789'201	68'945'935	72'882'659	74'095'684	78'171'821	80'007'559	70'841'194
BS	79'149'140	77'539'156	80'319'520	82'057'852	84'703'492	91'145'815	83'187'884
BL	78'128'235	80'762'498	74'472'804	74'082'542	76'634'094	79'305'096	76'944'450
SH	24'677'364	25'361'046	25'334'477	24'911'567	26'955'809	26'625'093	25'572'668
AR	18'217'925	17'639'721	17'071'420	16'485'051	17'305'972	17'126'661	17'139'377
AI	3'996'393	3'951'541	4'112'549	4'228'817	4'404'537	4'128'893	4'184'570
SG	115'021'861	119'507'887	124'087'677	125'725'915	134'353'380	130'515'246	126'527'078
GR	53'474'770	54'821'742	56'411'572	56'953'104	57'477'719	59'458'683	61'296'155
AG	139'953'309	141'858'865	140'224'007	143'869'362	155'988'486	155'589'104	151'118'114
TG	61'869'668	63'494'315	62'905'280	65'131'502	64'873'223	69'207'686	70'350'771
TI	149'777'595	147'403'580	152'469'739	159'575'146	169'720'902	181'991'506	173'979'010
VD	252'811'331	266'561'441	269'283'994	286'739'040	310'670'463	323'903'232	328'721'244
VS	84'041'996	85'407'937	89'315'611	90'067'432	98'476'312	104'052'492	108'720'492
NE	75'563'045	79'858'013	80'275'229	80'834'871	84'034'181	87'287'589	93'344'463
GE	158'792'807	161'872'405	168'983'145	172'147'806	168'587'772	173'977'284	173'561'867
JU	28'615'151	29'950'690	30'395'933	32'181'233	34'395'037	35'167'292	34'528'095
Total CH	2'470'518'842	2'508'486'231	2'543'402'799	2'592'895'130	2'722'509'298	2'790'839'786	2'682'715'241
Étran-ger	-	316'707	347'411	316'061	297'361	413'812	60'327
Total	2'470'518'842	2'508'802'938	2'543'750'210	2'593'211'192	2'722'806'659	2'791'253'598	2'682'775'568

Dépenses annuelles de l'AOS en francs (prestations brutes). Calculs de l'OFSP sur la base des données financières ISAK (2012-2015) ainsi que de la Statistique de l'AOS de l'OFSP, T2.26 et T7.14 (2016-2018)

Tableau 10 : Dépenses de l'AOS pour les autres prestations au sens de la LAMal (prestations ambulatoires)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ZH	3'137'701'556	3'345'319'423	3'476'086'795	3'677'062'019	3'918'143'819	4'071'548'455	4'197'544'957
BE	2'147'329'516	2'259'026'804	2'313'289'874	2'509'149'713	2'646'088'158	2'725'885'618	2'819'944'967
LU	719'605'271	769'243'948	795'385'164	834'532'257	902'899'074	947'694'733	891'190'749
UR	60'032'936	61'377'146	64'152'458	64'878'828	68'860'406	70'549'915	71'781'323
SZ	293'000'085	308'229'194	318'342'960	343'398'694	360'998'403	377'582'716	382'057'022
OW	66'227'656	71'513'347	73'115'852	77'218'700	83'458'930	86'396'969	85'550'257
NW	73'384'313	78'956'110	81'821'052	86'419'045	90'895'845	96'248'848	95'242'389
GL	75'160'107	77'267'266	82'678'119	87'820'077	91'147'065	94'940'790	93'898'935
ZG	210'949'532	226'941'626	240'144'263	259'444'924	274'936'201	287'682'794	288'176'886
FR	581'656'666	634'161'201	667'887'411	722'229'657	769'208'171	813'795'884	841'915'476
SO	560'312'713	594'252'397	622'926'691	657'589'908	711'160'438	737'828'247	754'219'826
BS	517'185'621	536'498'680	549'517'214	574'841'589	607'038'648	622'718'248	631'497'421
BL	667'153'409	711'651'134	740'053'997	793'579'364	839'509'762	862'005'212	875'065'579
SH	163'609'837	171'555'431	177'457'596	185'309'219	198'073'905	210'092'212	204'545'239
AR	90'158'414	95'083'336	100'891'638	107'396'306	115'258'461	118'658'485	120'114'449
AI	23'456'434	23'740'360	25'343'962	27'173'860	28'442'480	28'713'962	29'210'566
SG	910'752'738	968'937'256	1'029'502'183	1'081'655'839	1'125'093'055	1'173'974'864	1'198'618'513
GR	366'978'694	393'760'814	410'321'726	421'382'444	452'384'604	465'749'037	477'376'429
AG	1'279'610'601	1'371'925'879	1'423'051'383	1'524'921'684	1'600'254'067	1'697'533'761	1'748'216'255
TG	456'652'503	494'069'848	521'342'041	554'691'397	599'506'621	619'074'605	635'913'582
TI	790'835'982	840'106'396	898'829'324	959'793'800	1'014'425'512	1'057'788'236	1'105'361'837
VD	1'846'306'377	1'956'553'662	2'045'516'028	2'146'750'894	2'293'122'870	2'408'847'823	2'400'534'572
VS	671'479'132	708'509'390	750'491'768	783'754'804	848'609'072	890'204'096	916'260'367
NE	392'342'617	421'343'026	441'187'154	466'118'986	507'801'974	529'778'412	537'202'133
GE	1'290'424'071	1'373'286'120	1'405'426'282	1'512'440'247	1'591'724'281	1'664'397'199	1'663'367'862
JU	153'746'566	162'531'195	174'335'476	182'309'420	193'575'654	199'770'241	191'585'824
Total CH	17'546'053'347	18'655'840'990	19'429'098'409	20'641'863'674	21'932'617'476	22'859'461'364	23'256'393'412
Étranger	1'522'906	4'062'403	5'142'009	7'704'160	7'998'807	9'160'821	11'262'750
Total	17'547'576'253	18'659'903'393	19'434'240'417	20'649'567'834	21'940'616'282	22'868'622'185	23'267'656'163

Dépenses annuelles de l'AOS en francs (prestations brutes). Calculs de l'OFSP sur la base des données financières ISAK (2012-2015) ainsi que de la Statistique de l'AOS de l'OFSP, T2.26 et T7.14 (2016-2018)

Tableau 11 : Parts de financement des cantons pour les prestations stationnaires LAMal

Canton	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ZH	51,0%	51,0%	51,0%	51,0%	53,0%	55,0%	55,0%
BE	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%
LU	50,0%	50,0%	49,0%	51,0%	53,0%	55,0%	55,0%
UR	52,0%	50,0%	50,0%	51,0%	53,0%	55,0%	55,0%
SZ	50,0%	51,0%	52,0%	53,0%	54,0%	55,0%	55,0%
OW	47,0%	47,0%	49,0%	51,0%	53,0%	55,0%	55,0%
NW	45,0%	47,0%	49,0%	51,0%	53,0%	55,0%	55,0%
GL	52,0%	52,0%	53,0%	53,0%	54,0%	55,0%	55,0%
ZG	47,0%	49,0%	51,0%	53,0%	53,0%	55,0%	55,0%
FR	47,0%	49,0%	49,0%	51,0%	53,0%	55,0%	55,0%
SO	50,0%	51,0%	51,0%	51,0%	53,0%	55,0%	55,0%
BS	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%	56,0%	56,0%	56,0%
BL	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%
SH	53,0%	53,0%	53,0%	53,0%	53,0%	55,0%	55,0%
AR	47,0%	47,0%	49,0%	51,0%	53,0%	55,0%	55,0%
AI	49,0%	49,0%	49,0%	51,0%	53,0%	55,0%	55,0%
SG	50,0%	52,0%	54,0%	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%
GR	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%
AG	47,0%	48,6%	49,0%	51,0%	53,0%	55,0%	55,0%
TG	48,0%	48,0%	49,0%	51,0%	53,0%	55,0%	55,0%
TI	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%
VD	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%
VS	52,5%	53,0%	53,5%	54,0%	54,0%	55,0%	55,0%
NE	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%
GE	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%
JU	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%	55,0%

Représentation de l'OFSP, d'après les indications fournies par la CDS (2018)

Tableau 12 : Dépenses des cantons pour les prestations stationnaires LAMal

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ZH	1'008'572'081	1'266'992'322	1'247'511'499	1'297'851'524	1'375'985'906	1'414'278'123	1'348'926'314
BE	1'027'563'800	1'058'309'275	999'787'218	1'058'194'815	1'068'706'841	1'070'981'967	1'111'612'620
LU	266'894'087	299'405'163	287'871'814	313'607'533	320'288'657	339'503'714	328'125'063
UR	26'390'881	28'255'086	27'736'676	29'365'450	31'628'964	31'340'410	32'814'072
SZ	103'374'970	119'679'027	122'282'774	128'892'806	137'017'367	136'705'275	137'646'270
OW	20'192'436	25'067'207	24'280'211	28'400'028	29'915'722	30'165'712	29'149'009
NW	22'999'453	29'127'543	28'784'809	30'096'528	33'076'570	34'743'148	35'085'825
GL	31'478'961	35'385'632	35'237'378	37'750'319	37'316'436	38'581'135	43'060'910
ZG	68'580'560	82'965'917	86'522'203	94'404'027	94'688'831	96'977'622	100'073'597
FR	162'348'012	240'631'674	223'128'280	228'803'642	249'331'085	249'360'076	272'567'906
SO	198'122'920	241'267'457	242'521'980	259'697'061	279'441'900	277'443'672	277'694'808
BS	233'650'278	266'605'981	270'914'786	283'923'949	288'315'121	281'277'018	280'823'503
BL	289'098'449	332'234'088	326'950'169	372'235'849	356'429'543	352'186'007	341'383'984
SH	61'784'430	72'013'485	75'320'683	76'588'356	78'092'339	83'759'332	84'188'643
AR	36'535'586	41'705'002	45'883'645	49'809'477	55'509'286	56'766'825	56'279'454
AI	9'891'776	11'115'750	11'333'724	12'697'264	13'619'615	13'167'999	13'939'125
SG	368'584'531	448'980'280	482'186'174	491'939'746	500'754'431	504'398'242	479'784'184
GR	161'896'969	177'405'094	178'678'402	182'608'377	179'682'459	184'705'432	180'107'586
AG	436'846'393	522'573'253	530'531'804	583'126'023	618'643'072	629'384'965	608'178'773
TG	169'926'709	205'228'550	217'341'052	235'031'060	251'265'336	263'975'494	270'952'342
TI	320'767'058	344'765'972	354'495'040	356'823'694	347'262'037	352'652'695	340'495'726
VD	533'953'811	690'378'876	666'080'178	682'344'735	703'202'051	684'246'965	687'365'440
VS	253'436'292	272'028'390	267'205'052	313'661'981	303'421'858	314'816'090	317'550'642
NE	132'773'283	159'511'356	166'884'820	164'708'957	164'116'828	152'522'290	171'211'618
GE	416'247'222	417'873'171	428'740'021	436'662'332	438'379'162	467'575'892	430'890'971
JU	61'998'321	74'489'693	76'595'569	81'421'080	82'218'764	85'208'131	97'133'217
Étran ger	-	-	-	-	-	-	-
CH	6'423'909'270	7'463'995'245	7'424'805'961	7'830'646'613	8'038'310'179	8'146'724'232	8'077'041'603

Dépenses annuelles des cantons pour les prestations stationnaires au sens de la LAMal, en francs (prestations brutes)

Remarque : Calcul des dépenses cantonales sur la base des dépenses de l'AOS (Tableau 8) et des parts de financement cantonales (Tableau 11)

Tableau 13 : Dépenses hypothétiques de l'AOS et des cantons pour les prestations stationnaires LAMal

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Dépenses effectives de l'AOS et des cantons pour les prestations stationnaires LAMal							
Cantons (Tableau 12)	6'423'909'270	7'463'995'245	7'424'805'961	7'830'646'613	8'038'310'179	8'146'724'232	8'077'041'603
AOS (Tableau 8)	5'883'130'738	6'756'775'133	6'659'795'149	6'878'192'782	6'818'960'926	6'656'369'274	6'599'370'938
Total	12'307'040'008	14'220'770'378	14'084'601'110	14'708'839'394	14'857'271'106	14'803'093'506	14'676'412'542
Parts de financement effectives							
Cantons	52,20%	52,49%	52,72%	53,24%	54,10%	55,03%	55,03%
AOS	47,80%	47,51%	47,28%	46,76%	45,90%	44,97%	44,97%
Dépenses hypothétiques des cantons avec une part de financement de 55 %¹							
Facteur de multiplication ²	1.0537	1.0479	1.0433	1.0331	1.0166	0.9994	0.9994
Dépenses hypothétiques des cantons ³	6'768'872'004	7'821'423'708	7'746'530'611	8'089'861'667	8'171'499'108	8'141'701'428	8'072'026'898
Déduction dépenses effectives des cantons	6'423'909'270	7'463'995'245	7'424'805'961	7'830'646'613	8'038'310'179	8'146'724'232	8'077'041'603
Différence ⁴	344'962'734	357'428'463	321'724'650	259'215'054	133'188'929	-5'022'804	-5'014'705
Dépenses hypothétiques de l'AOS avec une part de financement de 45%							
Dépenses effectives de l'AOS	5'883'130'738	6'756'775'133	6'659'795'149	6'878'192'782	6'818'960'926	6'656'369'274	6'599'370'938
Différence ⁵	-344'962'734	-357'428'463	-321'724'650	-259'215'054	-133'188'929	5'022'804	5'014'705
Dépenses hypothétiques de l'AOS	5'538'168'004	6'399'346'670	6'338'070'500	6'618'977'727	6'685'771'998	6'661'392'078	6'604'385'644

Dépenses annuelles de l'AOS et des cantons en francs. Sources : Dépenses de l'AOS, hôpital, stationnaire (Tableau 8), dépenses des cantons, hôpital, stationnaire (Tableau 12).

Notes : ¹ Part minimale de financement à la fin du délai transitoire prévu par la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier ; ² Facteur de multiplication servant à calculer la part de financement effective à partir d'une part de financement hypothétique de 55 % ; ³ Part de financement de 55 % ; dépenses effectives des cantons * facteur de multiplication ; ⁴ Dépenses supplémentaires des cantons avec une part de financement de 55 % ; ⁵ Montant à soustraire en plus pour le calcul d'une part de financement de 45 % ; (différence cantons * -1).

Tableau 14 : Répartition du financement de l'AOS et des cantons en cas de financement uniforme des prestations LAMal ambulatoires et stationnaires (soins exclus)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Dépenses de l'AOS et des cantons pour les prestations LAMal ambulatoires et stationnaires (soins exclus, prestations brutes)							
Dépenses de l'AOS (prestations brutes) pour les prestations LAMal ambulatoires (soins exclus) (Tableau 10)	17'546'053'347	18'655'840'990	19'429'098'409	20'641'863'674	21'932'617'476	22'859'461'364	23'256'393'412
Dépenses hypothétiques de l'AOS (prestations brutes) pour les prestations stationnaires LAMal (Tableau 13)	5'538'168'004	6'399'346'670	6'338'070'500	6'618'977'727	6'685'771'998	6'661'392'078	6'604'385'644
Dépenses de l'AOS (prestations brutes) pour les prestations LAMal ambulatoires et stationnaires (soins exclus)	23'084'221'351	25'055'187'660	25'767'168'908	27'260'841'401	28'618'389'474	29'520'853'442	29'860'779'056
Dépenses hypothétiques des cantons pour les prestations stationnaires LAMal (Tableau 13)	6'768'872'004	7'821'423'708	7'746'530'611	8'089'861'667	8'171'499'108	8'141'701'428	8'072'026'898
Dépenses totales de l'AOS (prestations brutes) et des cantons pour les prestations LAMal ambulatoires et stationnaires (soins exclus)	29'853'093'355	32'876'611'368	33'513'699'519	35'350'703'068	36'789'888'582	37'662'554'870	37'932'805'954
Parts de financement (sur la base des prestations brutes)							
Part de financement des cantons	22,7%	23,8%	23,1%	22,9%	22,2%	21,6%	21,3%
Part de financement de l'AOS	77,3%	76,2%	76,9%	77,1%	77,8%	78,4%	78,7%

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Dépenses de l'AOS et des cantons pour les prestations LAMal ambulatoires et stationnaires (soins exclus, prestations nettes)							
Dépenses de l'AOS (prestations nettes) pour les prestations LAMal ambulatoires (soins exclus) ¹	14'415'468'268	15'350'961'725	15'983'789'934	17'101'434'309	18'266'142'999	19'163'367'872	19'397'110'993
Dépenses de l'AOS (prestations nettes) pour les prestations stationnaires LAMal ¹	5'395'764'506	6'282'102'805	6'175'163'602	6'438'023'213	6'421'951'222	6'291'335'763	6'154'962'762
Différence (montant à déduire pour calculer les prestations brutes à la charge de l'AOS avec une part de 45 % (Tableau 13))	344'962'734	357'428'463	321'724'650	259'215'054	133'188'929	-5'022'804	-5'014'705
Dépenses hypothétiques de l'AOS (prestations nettes) pour les prestations stationnaires LAMal	5'050'801'772	5'924'674'342	5'853'438'952	6'178'808'159	6'288'762'293	6'296'358'567	6'159'977'468
Dépenses hypothétiques de l'AOS (prestations nettes) pour les prestations LAMal ambulatoires et stationnaires (soins exclus)	19'466'270'040	21'275'636'068	21'837'228'886	23'280'242'468	24'554'905'292	25'459'726'439	25'557'088'461
Dépenses hypothétiques des cantons pour les prestations stationnaires LAMal (Tableau 13)	6'768'872'004	7'821'423'708	7'746'530'611	8'089'861'667	8'171'499'108	8'141'701'428	8'072'026'898
Dépenses totales de l'AOS (prestations nettes) et des cantons pour les prestations LAMal ambulatoires et stationnaires (soins exclus)	26'235'142'044	29'097'059'776	29'583'759'497	31'370'104'135	32'726'404'400	33'601'427'868	33'629'115'359
Parts de financement (sur la base des prestations nettes)							
Part de financement des cantons	25,8%	26,9%	26,2%	25,8%	25,0%	24,2%	24,0%
Part de financement de l'AOS	74,2%	73,1%	73,8%	74,2%	75,0%	75,8%	76,0%

Dépenses annuelles de l'AOS et des cantons en francs. Sources : Dépenses de l'AOS, domaine ambulatoire (Tableau 10 : Dépenses de l'AOS pour les autres prestations au sens de la LAMal (prestations ambulatoires)), dépenses de l'AOS, domaine stationnaire (Tableau 8 pour les prestations brutes, pool de données SASIS pour les prestations nettes), dépenses hypothétiques des cantons et de l'AOS, domaine stationnaire (Tableau 13). Note : ¹ Utilisation des dépenses selon le pool de données de SASIS (cube longue durée, état au 3.8.2020). Ces indications diffèrent légèrement de celles de la Statistique de l'AOS (tableau T2.20). Les effets de cet écart sur la répartition du financement atteignent au plus 0,1 point de pourcentage.

Tableau 15 : Financement des prestations de soins au sens de la LAMal par l'AOS, les personnes dépendant de soins et les cantons (communes incluses)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Dépenses de l'AOS et des personnes dépendant de soins pour des prestations de soins au sens de la LAMal							
Dépenses de l'AOS pour des prestations de soins au sens de la LAMal (Tableau 9) ¹	2'470'518'842	2'508'486'231	2'543'402'799	2'592'895'130	2'722'509'298	2'790'839'786	2'682'715'241
Participation des patients aux soins (contribution des assurés aux coûts des prestations de soins) ²	-	-	-	-	650'000'000	-	-
Dépenses des cantons (et des communes) pour le financement résiduel des prestations de soins au sens de la LAMal							
Financement résiduel des cantons (et des communes) (estimation minimale) ²	-	-	-	-	2'084'000'000	-	-
Financement résiduel des cantons (et des communes) (estimation maximale) ²	-	-	-	-	2'312'000'000	-	-
Dépenses totales pour les prestations de soins au sens de la LAMal (estimation minimale)					5'456'509'298		
Dépenses totales pour les prestations de soins au sens de la LAMal (estimation maximale)					5'684'509'298		
Parts de financement (estimation minimale et maximale)							
Part de financement minimale des cantons	-	-	-	-	38,2%	-	-
Part de financement maximale de l'AOS	-	-	-	-	49,9%	-	-
Part de financement maximale des personnes dépendant de soins	-	-	-	-	11,9%	-	-
Part de financement maximale des cantons	-	-	-	-	40,7%	-	-
Part de financement minimale de l'AOS	-	-	-	-	47,9%	-	-
Part de financement minimale des personnes dépendant de soins	-	-	-	-	11,4%	-	-

Dépenses annuelles de l'AOS et des cantons en francs. Sources : Dépenses de l'AOS pour les soins (Tableau 9), Infras (2019)

Notes : ¹ Estimation Infras (2019) : dépenses de l'AOS en 2016 : 2,78 millions de fr. ; ² Estimation Infras (2019, indications uniquement pour les dépenses de 2016).

Tableau 16 : Répartition du financement de l'AOS et des cantons en cas de financement uniforme des prestations LAMal ambulatoires et stationnaires (soins inclus, sur la base des prestations brutes)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Dépenses de l'AOS et des cantons pour les prestations LAMal ambulatoires et stationnaires (soins inclus, prestations brutes)							
Dépenses de l'AOS pour les prestations LAMal ambulatoires (soins exclus) (Tableau 10)	17'546'053'347	18'655'840'990	19'429'098'409	20'641'863'674	21'932'617'476	22'859'461'364	23'256'393'412
Dépenses hypothétiques de l'AOS pour les prestations stationnaires LAMal (Tableau 13)	5'538'168'004	6'399'346'670	6'338'070'500	6'618'977'727	6'685'771'998	6'661'392'078	6'604'385'644
Dépenses de l'AOS pour les prestations de soins au sens de la LAMal (Tableau 9)	2'470'518'842	2'508'486'231	2'543'402'799	2'592'895'130	2'722'509'298	2'790'839'786	2'682'715'241
Total des dépenses hypothétiques de l'AOS pour les prestations LAMal ambulatoires et stationnaires (soins inclus)	25'554'740'193	27'563'673'891	28'310'571'708	29'853'736'531	31'340'898'772	32'311'693'228	32'543'494'297
Dépenses des cantons pour les prestations LAMal (estimation minimale pour les soins)							
Dépenses hypothétiques des cantons pour les prestations stationnaires LAMal (Tableau 13)	6'768'872'004	7'821'423'708	7'746'530'611	8'089'861'667	8'171'499'108	8'141'701'428	8'072'026'898
Dépenses des cantons (et des communes) pour le financement résiduel des prestations de soins au sens de la LAMal (Tableau 15)	-	-	-	-	2'084'000'000	-	-
Total des dépenses hypothétiques des cantons (et des communes) pour les prestations LAMal ambulatoires et stationnaires (soins inclus)	-	-	-	-	10'255'499'108	-	-
Dépenses totales de l'AOS et des cantons pour les prestations LAMal ambulatoires et stationnaires (soins inclus)	-	-	-	-	41'596'397'880	-	-
Parts de financement (sur la base des prestations brutes, estimation minimale pour les soins)							
Part de financement des cantons	-	-	-	-	24,7%	-	-
Part de financement de l'AOS	-	-	-	-	75,3%	-	-

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Dépenses des cantons pour les prestations LAMal (soins inclus, estimation maximale)							
Dépenses hypothétiques des cantons pour les prestations stationnaires LAMal (Tableau 13)	6'768'872'004	7'821'423'708	7'746'530'611	8'089'861'667	8'171'499'108	8'141'701'428	8'072'026'898
Dépenses des cantons (et des communes) pour le financement résiduel des prestations de soins au sens de la LAMal (Tableau 15)	-	-	-	-	2'312'000'000	-	-
Total des dépenses hypothétiques des cantons (et des communes) pour les prestations LAMal ambulatoires et stationnaires (soins inclus)	-	-	-	-	10'483'499'108	-	-
Dépenses totales de l'AOS et des cantons pour les prestations LAMal ambulatoires et stationnaires (soins inclus)							
Dépenses totales de l'AOS et des cantons pour les prestations LAMal ambulatoires et stationnaires (soins inclus)	-	-	-	-	41'824'397'880	-	-
Parts de financement (sur la base des prestations brutes, estimation maximale pour les soins)							
Part de financement des cantons	-	-	-	-	25,1%	-	-
Part de financement de l'AOS	-	-	-	-	74,9%	-	-

Dépenses annuelles de l'AOS et des cantons en francs. Sources : Dépenses de l'AOS, soins, (Tableau 9), prestations ambulatoires (Tableau 10), stationnaire (Tableau 13), dépenses des cantons, stationnaire (Tableau 13). Financement résiduel des soins (Infras 2019, Tableau 15).

Tableau 17 : Répartition du financement de l'AOS et des cantons en cas de financement uniforme des prestations LAMal ambulatoires et stationnaires (soins inclus, sur la base des prestations nettes)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Dépenses de l'AOS et des cantons pour les prestations LAMal ambulatoires et stationnaires (soins inclus, prestations nettes)							
Total des dépenses de l'AOS (prestations brutes) pour les prestations LAMal ambulatoires et stationnaires (soins inclus) (Tableau 7)	25'899'702'927	27'921'102'354	28'632'296'357	30'112'951'586	31'474'087'701	32'306'670'424	32'538'479'591
Déduction participation aux coûts des assurés (Statistique de l'AOS, tableau 2.01)	3'704'427'702	3'894'281'084	3'988'349'209	4'135'182'013	4'296'860'043	4'391'523'583	4'492'730'714
Total des dépenses de l'AOS (prestations nettes) pour les prestations LAMal ambulatoires et stationnaires (soins inclus) (Statistique de l'AOS, tableau 2.20)	22'191'847'250	24'026'821'270	24'643'947'149	25'977'769'572	27'177'227'658	27'915'146'841	28'045'748'877
Différence avec les prestations brutes, calculée pour un pourcentage de 45 % (Tableau 13)	-344'962'734	-357'428'463	-321'724'650	-259'215'054	-133'188'929	5'022'804	5'014'705
Total des dépenses hypothétiques de l'AOS (prestations nettes) pour les prestations LAMal ambulatoires et stationnaires (soins inclus) ¹	21'846'884'515	23'669'392'807	24'322'222'499	25'718'554'518	27'044'038'729	27'920'169'645	28'050'763'582
Dépenses des cantons pour les prestations LAMal (estimation minimale pour les soins)							
Dépenses hypothétiques des cantons pour les prestations stationnaires LAMal (Tableau 13)	6'768'872'004	7'821'423'708	7'746'530'611	8'089'861'667	8'171'499'108	8'141'701'428	8'072'026'898
Dépenses des cantons (et des communes) pour le financement résiduel des prestations de soins au sens de la LAMal (Tableau 15)	-	-	-	-	2'084'000'000	-	-
Total des dépenses hypothétiques des cantons (et des communes) pour les prestations LAMal ambulatoires et stationnaires (soins inclus)	-	-	-	-	10'255'499'108	-	-
Dépenses totales de l'AOS (prestations nettes) et des cantons pour les prestations LAMal ambulatoires et stationnaires (soins inclus)	-	-	-	-	37'299'537'838	-	-

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Parts de financement (sur la base des prestations nettes, estimation minimale pour les soins)							
Part de financement des cantons	-	-	-	-	27,5%	-	-
Part de financement de l'AOS	-	-	-	-	72,5%	-	-
Dépenses des cantons pour les prestations LAMal (estimation maximale pour les soins)							
Dépenses hypothétiques des cantons pour les prestations stationnaires LAMal (Tableau 13)	6'768'872'004	7'821'423'708	7'746'530'611	8'089'861'667	8'171'499'108	8'141'701'428	8'072'026'898
Dépenses des cantons (et des communes) pour le financement résiduel des prestations de soins au sens de la LAMal (Tableau 15)	-	-	-	-	2'312'000'000	-	-
Total des dépenses hypothétiques des cantons (et des communes) pour les prestations LAMal ambulatoires et stationnaires (soins inclus)	-	-	-	-	10'483'499'108	-	-
Total des dépenses hypothétiques de l'AOS (prestations nettes) et des cantons pour les prestations LAMal ambulatoires et stationnaires (soins inclus)	-	-	-	-	37'527'537'838	-	-
Parts de financement (sur la base des prestations nettes, estimation maximale pour les soins)							
Part de financement des cantons	-	-	-	-	27,9%	-	-
Part de financement de l'AOS	-	-	-	-	72,1%	-	-

Dépenses annuelles de l'AOS et des cantons en francs. Sources : Prestations nettes de l'AOS, Statistique de l'AOS 2018, tableau 2.20, dépenses des cantons, stationnaire (cf. Tableau 12).
Financement résiduel des soins (Infras 2019, Tableau 15).

Note : ¹ Avec pour hypothèse que la différence résultant du calcul pour un pourcentage de financement de 45 % bénéficie intégralement aux prestations nettes (participation aux coûts des assurés en cas de séjour hospitalier toujours épuisée).

Tableau 18 : Dépenses de l'AOS pour les prestations LAMal (soins exclus)

Canton	Dépenses (effectives) de l'AOS, stationnaire ¹	Dépenses (effectives) du canton, stationnaire ²	Part des cantons CDS ³	Dépenses (hypothétiques) de l'AOS, stationnaire (45 %) ⁴	Dépenses (hypothétiques) du canton, stationnaire (45 %) ⁴	Dépenses de l'AOS, prestations ambulatoires ⁵	Dépenses (hypothétiques) de l'AOS, toutes prestations (soins exclus)	Dépenses de l'AOS et des cantons, toutes prestations (soins exclus)
ZH	1'220'213'916	1'375'985'906	53%	1'168'289'920	1'427'909'902	3'918'143'819	5'086'433'739	6'514'343'641
BE	874'396'506	1'068'706'841	55%	874'396'506	1'068'706'841	2'646'088'158	3'520'484'664	4'589'191'505
LU	284'029'564	320'288'657	53%	271'943'199	332'375'021	902'899'074	1'174'842'273	1'507'217'294
UR	28'048'326	31'628'964	53%	26'854'781	32'822'510	68'860'406	95'715'186	128'537'696
SZ	116'718'498	137'017'367	54%	114'181'139	139'554'726	360'998'403	475'179'542	614'734'267
OW	26'529'036	29'915'722	53%	25'400'141	31'044'617	83'458'930	108'859'071	139'903'688
NW	29'332'052	33'076'570	53%	28'083'880	34'324'742	90'895'845	118'979'725	153'304'467
GL	31'788'075	37'316'436	54%	31'097'030	38'007'481	91'147'065	122'244'095	160'251'576
ZG	83'969'341	94'688'831	53%	80'396'177	98'261'995	274'936'201	355'332'378	453'594'373
FR	221'104'925	249'331'085	53%	211'696'204	258'739'805	769'208'171	980'904'376	1'239'644'181
SO	247'806'968	279'441'900	53%	237'261'990	289'986'877	711'160'438	948'422'428	1'238'409'305
BS	226'533'310	288'315'121	56%	231'681'794	283'166'637	607'038'648	838'720'442	1'121'887'079
BL	291'624'172	356'429'543	55%	291'624'172	356'429'543	839'509'762	1'131'133'934	1'487'563'476
SH	69'251'697	78'092'339	53%	66'304'816	81'039'219	198'073'905	264'378'721	345'417'941
AR	49'225'216	55'509'286	53%	47'130'526	57'603'976	115'258'461	162'388'987	219'992'963
AI	12'077'772	13'619'615	53%	11'563'824	14'133'563	28'442'480	40'006'305	54'139'868
SG	409'708'171	500'754'431	55%	409'708'171	500'754'431	1'125'093'055	1'534'801'227	2'035'555'658
GR	147'012'921	179'682'459	55%	147'012'921	179'682'459	452'384'604	599'397'525	779'079'984
AG	548'608'007	618'643'072	53%	525'262'985	641'988'093	1'600'254'067	2'125'517'052	2'767'505'145
TG	222'820'203	251'265'336	53%	213'338'493	260'747'047	599'506'621	812'845'113	1'073'592'160
TI	284'123'485	347'262'037	55%	284'123'485	347'262'037	1'014'425'512	1'298'548'997	1'645'811'034
VD	575'347'133	703'202'051	55%	575'347'133	703'202'051	2'293'122'870	2'868'470'003	3'571'672'054
VS	258'470'472	303'421'858	54%	252'851'549	309'040'782	848'609'072	1'101'460'620	1'410'501'402
NE	134'277'405	164'116'828	55%	134'277'405	164'116'828	507'801'974	642'079'379	806'196'206
GE	358'673'860	438'379'162	55%	358'673'860	438'379'162	1'591'724'281	1'950'398'141	2'388'777'303
JU	67'269'898	82'218'764	55%	67'269'898	82'218'764	193'575'654	260'845'552	343'064'316
CH	6'818'960'926	8'038'310'179	54.1%	6'685'771'998	8'171'499'108	21'932'617'476	28'618'389'474	36'789'888'582
Étranger	1'420'439			1'420'439		7'998'807	9'419'246	9'419'246
Total	6'820'381'365	8'038'310'179	54.1%	6'687'192'437	8'171'499'108	21'940'616'282	28'627'808'719	36'799'307'828

Remarque : Calculs sur la base des chiffres pour 2016. Notes : ¹ Cf. Tableau 8 ; ² Cf. Tableau 12 ; ³ Cf. Tableau 11 ; ⁴ Calcul des dépenses hypothétiques des cantons et de l'AOS avec un pourcentage de financement des prestations (stationnaires) de 55 et 45 % respectivement ; ⁵ Cf. Tableau 10.

Tableau 19 : Dépenses en plus ou en moins pour les cantons en cas de financement uniforme, soins exclus

Canton	Dépenses de l'AOS et des cantons pour toutes les prestations (soins exclus)	Dépenses (hypothétiques) du canton, stationnaire (45 %)¹	Part de financement du canton²	Dépenses (hypothétiques) du canton avec un pourcentage de financement de 22,21 %	Dépenses en plus ou en moins pour les cantons en cas de financement uniforme, soins exclus³
ZH	6'514'343'641	1'427'909'902	21,9%	1'446'918'034	19'008'132
BE	4'589'191'505	1'068'706'841	23,3%	1'019'317'419	-49'389'422
LU	1'507'217'294	332'375'021	22,1%	334'772'005	2'396'984
UR	128'537'696	32'822'510	25,5%	28'549'846	-4'272'663
SZ	614'734'267	139'554'726	22,7%	136'540'248	-3'014'477
OW	139'903'688	31'044'617	22,2%	31'074'377	29'760
NW	153'304'467	34'324'742	22,4%	34'050'859	-273'883
GL	160'251'576	38'007'481	23,7%	35'593'900	-2'413'581
ZG	453'594'373	98'261'995	21,7%	100'749'042	2'487'047
FR	1'239'644'181	258'739'805	20,9%	275'340'636	16'600'831
SO	1'238'409'305	289'986'877	23,4%	275'066'354	-14'920'523
BS	1'121'887'079	283'166'637	25,2%	249'185'296	-33'981'341
BL	1'487'563'476	356'429'543	24,0%	330'406'644	-26'022'899
SH	345'417'941	81'039'219	23,5%	76'721'689	-4'317'530
AR	219'992'963	57'603'976	26,2%	48'863'217	-8'740'759
AI	54'139'868	14'133'563	26,1%	12'025'149	-2'108'414
SG	2'035'555'658	500'754'431	24,6%	452'122'632	-48'631'800
GR	779'079'984	179'682'459	23,1%	173'043'509	-6'638'951
AG	2'767'505'145	641'988'093	23,2%	614'697'861	-27'290'232
TG	1'073'592'160	260'747'047	24,3%	238'458'384	-22'288'663
TI	1'645'811'034	347'262'037	21,1%	365'555'426	18'293'389
VD	3'571'672'054	703'202'051	19,7%	793'313'493	90'111'442
VS	1'410'501'402	309'040'782	21,9%	313'290'184	4'249'402
NE	806'196'206	164'116'828	20,4%	179'066'364	14'949'536
GE	2'388'777'303	438'379'162	18,4%	530'577'622	92'198'460
JU	343'064'316	82'218'764	24,0%	76'198'919	-6'019'845
CH	36'789'888'582	8'171'499'108	22,21%	8'171'499'108	0
Étranger	9'419'246				
Total	36'799'307'828	8'171'499'108	22,21%	8'171'499'108	0

Remarque : Calculs sur la base des chiffres pour 2016. Notes : ¹ Calcul des dépenses hypothétiques des cantons et de l'AOS avec un pourcentage de financement des prestations stationnaires de 55 et 45 % respectivement ; ² Part cantonale de financement des dépenses de l'AOS et du canton pour toutes les prestations au sens de la LAMal (soins exclus), calculée sur la base des dépenses hypothétiques du canton pour les prestations LAMal stationnaires selon le Tableau 18 ; ³ Dépenses (hypothétiques) des cantons, en plus ou en moins en cas de financement uniforme, soins exclus, par rapport aux dépenses hypothétiques des cantons pour les prestations LAMal stationnaires selon le Tableau 18, calculées sur la base de la part de financement moyenne de tous les cantons (22,21 %).

Tableau 20 : Dépenses de l'AOS pour les prestations LAMal (soins inclus)

Canton	Dépenses (hypothétiques) de l'AOS, toutes prestations (soins inclus)	Dépenses de l'AOS pour les soins ¹	Dépenses (hypothétiques) de l'AOS, toutes prestations	Dépenses (hypothétiques) du canton, stationnaire (55 %) ²	Financement ré-siduel des soins par les cantons et les communes (moyenne) ³	Dépenses (hypothétiques) du canton, soins et stationnaire	Dépenses de l'AOS et des cantons, toutes prestations soins inclus
ZH	5'086'433'739	392'092'739	5'478'526'478	1'427'909'902	456'287'620	1'884'197'522	7'362'724'000
BE	3'520'484'664	435'220'901	3'955'705'566	1'068'706'841	322'800'000	1'391'506'841	5'347'212'407
LU	1'174'842'273	131'107'803	1'305'950'075	332'375'021	113'725'032	446'100'053	1'752'050'129
UR	95'715'186	11'286'897	107'002'084	32'822'510	9'468'500	42'291'010	149'293'093
SZ	475'179'542	36'455'715	511'635'256	139'554'726	21'201'904	160'756'630	672'391'886
OW	108'859'071	9'698'511	118'557'582	31'044'617	9'266'833	40'311'450	158'869'032
NW	118'979'725	11'115'806	130'095'530	34'324'742	9'283'892	43'608'634	173'704'164
GL	122'244'095	12'097'288	134'341'383	38'007'481	7'249'633	45'257'114	179'598'497
ZG	355'332'378	26'269'290	381'601'668	98'261'995	27'323'506	125'585'501	507'187'169
FR	980'904'376	90'411'151	1'071'315'527	258'739'805	64'760'566	323'500'371	1'394'815'898
SO	948'422'428	78'171'821	1'026'594'249	289'986'877	50'555'996	340'542'873	1'367'137'122
BS	838'720'442	84'703'492	923'423'934	283'166'637	57'347'623	340'514'260	1'263'938'194
BL	1'131'133'934	76'634'094	1'207'768'027	356'429'543	55'290'514	411'720'056	1'619'488'084
SH	264'378'721	26'955'809	291'334'530	81'039'219	19'458'141	100'497'360	391'831'891
AR	162'388'987	17'305'972	179'694'959	57'603'976	15'124'268	72'728'244	252'423'203
AI	40'006'305	4'404'537	44'410'842	14'133'563	3'508'543	17'642'106	62'052'948
SG	1'534'801'227	134'353'380	1'669'154'606	500'754'431	88'380'589	589'135'020	2'258'289'627
GR	599'397'525	57'477'719	656'875'244	179'682'459	43'939'550	223'622'009	880'497'253
AG	2'125'517'052	155'988'486	2'281'505'538	641'988'093	106'962'650	748'950'743	3'030'456'281
TG	812'845'113	64'873'223	877'718'336	260'747'047	47'112'409	307'859'456	1'185'577'792
TI	1'298'548'997	169'720'902	1'468'269'899	347'262'037	106'509'233	453'771'270	1'922'041'168
VD	2'868'470'003	310'670'463	3'179'140'466	703'202'051	197'429'842	900'631'892	4'079'772'359
VS	1'101'460'620	98'476'312	1'199'936'932	309'040'782	81'063'402	390'104'184	1'590'041'116
NE	642'079'379	84'034'181	726'113'559	164'116'828	49'665'000	213'781'828	939'895'387
GE	1'950'398'141	168'587'772	2'118'985'912	438'379'162	216'796'543	655'175'705	2'774'161'618
JU	260'845'552	34'395'037	295'240'588	82'218'764	17'079'170	99'297'933	394'538'522
CH	28'618'389'474	2'722'509'298	31'340'898'772	8'171'499'108	2'197'590'957	10'369'090'065	41'709'988'837
Étra nger	9'419'246	297'361	9'716'607				9'716'607
Total	28'627'808'719	2'722'806'659	31'350'615'379	8'171'499'108	2'197'590'957	10'369'090'065	41'719'705'444

Remarque : Calculs sur la base des chiffres pour 2016. Notes : ¹ Cf. Tableau 9 ; ² Cf. Tableau 19 ; ³ Calculs de l'OFSP sur la base d'Infras, moyenne entre les fourchettes inférieure et supérieure, Infras 2019, tableau 3 (p. 26) et tableau 5 (p. 29).

Tableau 21 : Dépenses en plus ou en moins pour les cantons en cas de financement uniforme, soins inclus

Canton	Dépenses de l'AOS et des cantons, toutes prestations, soins inclus ¹	Dépenses (hypothétiques) du canton, soins et stationnaire ¹	Part de financement du canton	Dépenses (hypothétiques) des cantons avec un pourcentage de financement de 24,86 %	Dépenses (hypothétiques) en plus ou en moins pour les cantons en cas de financement uniforme, soins inclus ²
ZH	7'362'724'000	1'884'197'522	25,6%	1'830'370'863	-53'826'659
BE	5'347'212'407	1'391'506'841	26,0%	1'329'315'317	-62'191'524
LU	1'752'050'129	446'100'053	25,5%	435'559'109	-10'540'944
UR	149'293'093	42'291'010	28,3%	37'114'216	-5'176'794
SZ	672'391'886	160'756'630	23,9%	167'156'411	6'399'781
OW	158'869'032	40'311'450	25,4%	39'494'791	-816'658
NW	173'704'164	43'608'634	25,1%	43'182'800	-425'833
GL	179'598'497	45'257'114	25,2%	44'648'130	-608'984
ZG	507'187'169	125'585'501	24,8%	126'086'570	501'069
FR	1'394'815'898	323'500'371	23,2%	346'750'792	23'250'421
SO	1'367'137'122	340'542'873	24,9%	339'869'857	-673'016
BS	1'263'938'194	340'514'260	26,9%	314'214'636	-26'299'624
BL	1'619'488'084	411'720'056	25,4%	402'604'227	-9'115'830
SH	391'831'891	100'497'360	25,6%	97'409'284	-3'088'076
AR	252'423'203	72'728'244	28,8%	62'752'329	-9'975'915
AI	62'052'948	17'642'106	28,4%	15'426'343	-2'215'763
SG	2'258'289'627	589'135'020	26,1%	561'410'089	-27'724'932
GR	880'497'253	223'622'009	25,4%	218'891'339	-4'730'670
AG	3'030'456'281	748'950'743	24,7%	753'370'475	4'419'732
TG	1'185'577'792	307'859'456	26,0%	294'734'265	-13'125'191
TI	1'922'041'168	453'771'270	23,6%	477'818'828	24'047'558
VD	4'079'772'359	900'631'892	22,1%	1'014'230'121	113'598'229
VS	1'590'041'116	390'104'184	24,5%	395'283'720	5'179'536
NE	939'895'387	213'781'828	22,7%	233'657'697	19'875'869
GE	2'774'161'618	655'175'705	23,6%	689'655'703	34'479'998
JU	394'538'522	99'297'933	25,2%	98'082'152	-1'215'781
CH	41'709'988'837	10'369'090'065	24,86%	10'369'090'065	0
Étranger	9'716'607				
Total	41'719'705'444	10'369'090'065	24,86%	10'369'090'065	0

Remarque : Calculs sur la base des chiffres pour 2016. Notes : ¹ Cf. Tableau 20; ² Dépenses (hypothétiques) des cantons, en plus ou en moins en cas de financement uniforme, soins inclus, par rapport aux dépenses hypothétiques des cantons pour les soins et les prestations LAMal stationnaires calculées sur la base de la part de financement moyenne de tous les cantons (24,86 %).

Annexe 2 : Flux financiers des prestations de la LAMal en 2016 et 2030 dans le statu quo et en cas de financement uniforme

Commentaires concernant les figures dans l'annexe 2

Avec un financement uniforme, les contributions des cantons et de la Confédération³⁶ pour les prestations selon le LAMal sont réparties aux différents assureurs par le biais de l'institution commune LAMal. Dans le terme « fournisseurs de prestations ambulatoires » sont également compris les médicaments, les moyens et appareils ainsi que les analyses.

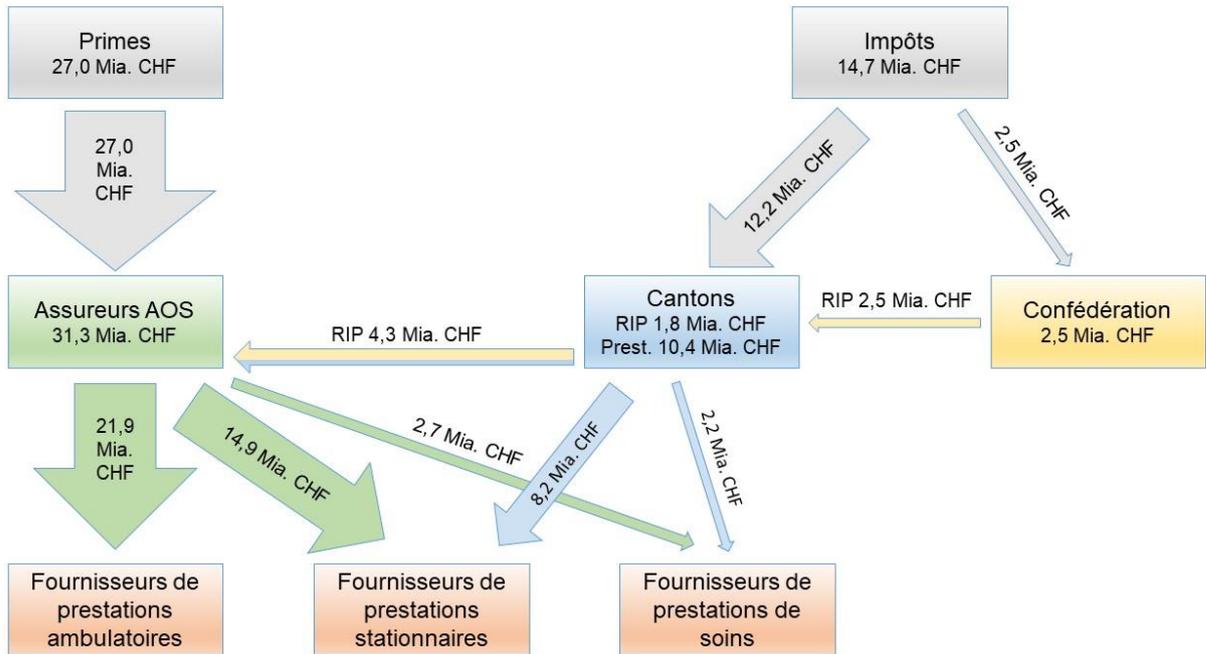
Pour simplifier, les coûts administratifs des assureurs ainsi que ceux des cantons et de la Confédération ne sont pas représentés dans les figures, où seuls les flux financiers pour les coûts des prestations sont représentés. Sous « payeurs de primes » sont donc compris uniquement les coûts des prestations pris en charge par les payeurs de primes, c'est-à-dire après déduction de la RIP et non la prime à recevoir, qui contient également les coûts administratifs des assureurs. De même, sous « contribuables » ne sont compris que les coûts des prestations selon la LAMal financés par les impôts, les coûts des cantons et de la Confédération pour l'administration de ces paiements en revanche non. Finalement, la participation aux coûts des assurés est par simplification subsumée dans le flux financier des payeurs de primes vers les assureurs LAMal.

Le flux financier de la réduction individuelle des primes (RIP) est représenté de manière simplifiée. L'article 65 LAMal prévoit que le canton verse la contribution pour la RIP aux assureurs. Ensuite, l'assureur déduit directement la réduction des primes quand il facture les primes à l'assuré. Puisqu'il n'y a pas de prescriptions contraignantes dans la LAMal concernant le montant de la RIP par le canton (contrairement à la RIP par la Confédération), aucune déclaration ne peut être faite concernant la RIP par le canton car elle dépend des décisions des cantons. Ainsi, la RIP par les cantons en 2030 est toujours désignée par un montant « X », qui doit être ajouté ou déduit des flux financiers.

Afin d'avoir malgré tout un aperçu des coûts qui sont financés par les payeurs de primes (avant déduction de la réduction des primes mais avec la participation aux coûts) et par les contribuables (sans réduction des primes) au moins pour le financement des prestations (sans réduction des primes), sont compris sous « Assureurs-LAMal » les coûts des prestations qui sont financés par les payeurs de primes par le biais des primes ou de leur participation aux coûts. Les contributions communes des cantons et de la Confédération pour les prestations sont visibles dans les flux vers les assureurs-LAMal. Les figures des trois scénarios statu quo, financement uniforme sans les prestations de soins et avec les prestations de soins en 2016 et 2030 partent de l'hypothèse que l'évolution des coûts jusqu'en 2030 sera identique dans les trois scénarios et montrent uniquement les décalages statiques en cas de financement uniforme. Afin de montrer également les effets dynamiques attendus, c'est-à-dire le potentiel d'économies d'un financement uniforme, on a supposé d'un potentiel d'économies en 2030 de 1,0 milliard de francs (financement uniforme sans prestations de soins) respectivement de 1,2 milliard de francs (avec prestations de soins) dans deux figures supplémentaires. Le potentiel d'économies ne peut pas être quantifié de manière fiable, mais les figures doivent néanmoins l'illustrer.

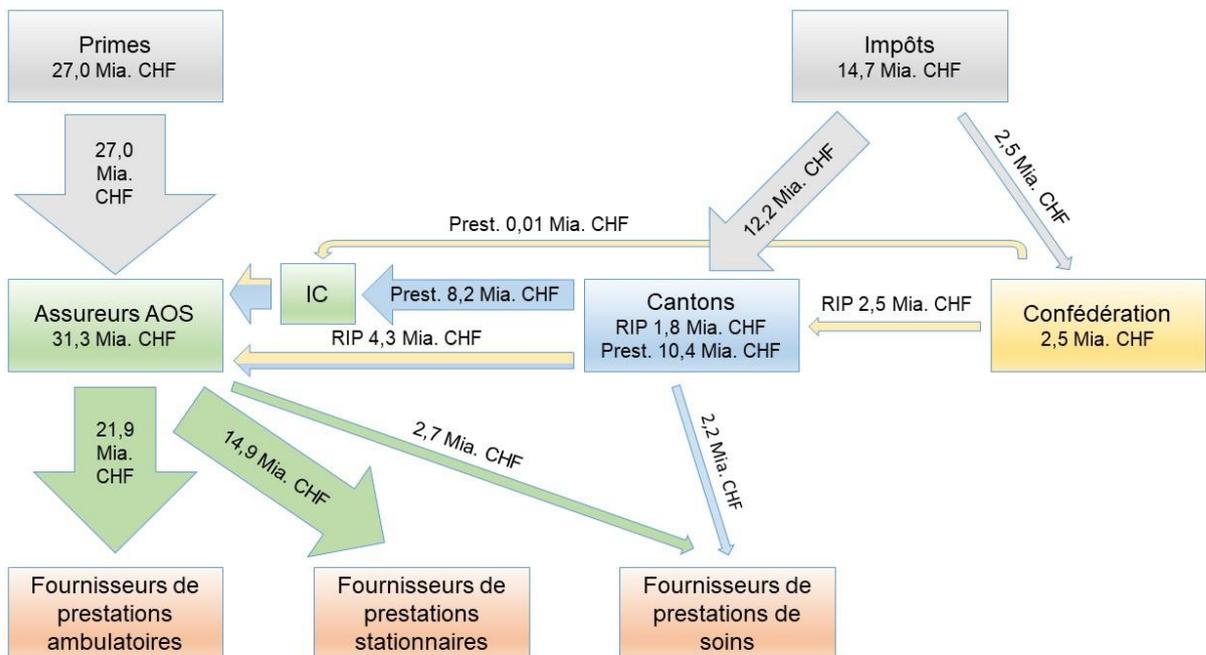
³⁶ Avec le projet adopté par le Conseil national, la Confédération fournit, en cas de traitement en Suisse, une contribution aux coûts des prestations des assurés résidant à l'étranger sans rattachement à un canton parce que les cantons ne peuvent pas être obligés, sur la base de l'article 117 Constitution fédérale, de fournir une contribution pour ces assurés en dehors du domaine stationnaire à l'hôpital. Dans le rapport de la CSSS-N du 5 avril 2019, cette contribution a été estimée à environ 12 millions de francs par année.

Figure 2 : Flux financiers lors d'un financement inchangé des prestations LAMal (statu quo, 2016)



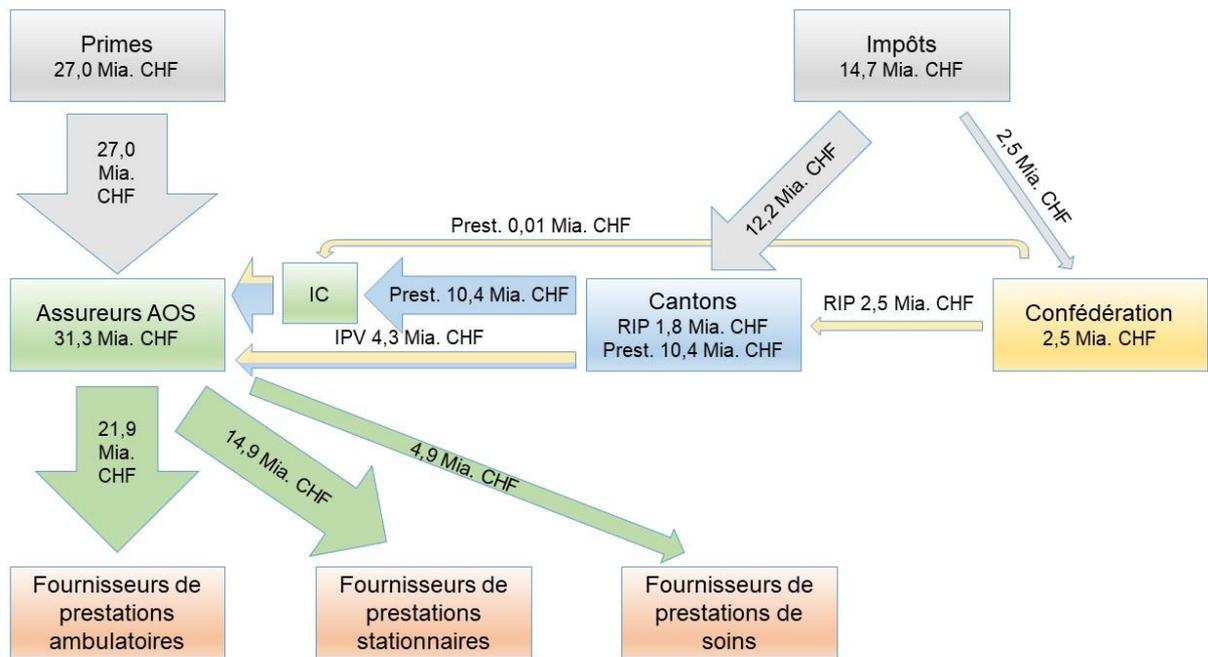
Remarques: RIP = réduction individuelle des primes; Prest. = prestations LAMal; AOS = Assurance obligatoire des soins.

Figure 3 : Flux financiers lors d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires en sens de la LAMal (sans soins, 2016)



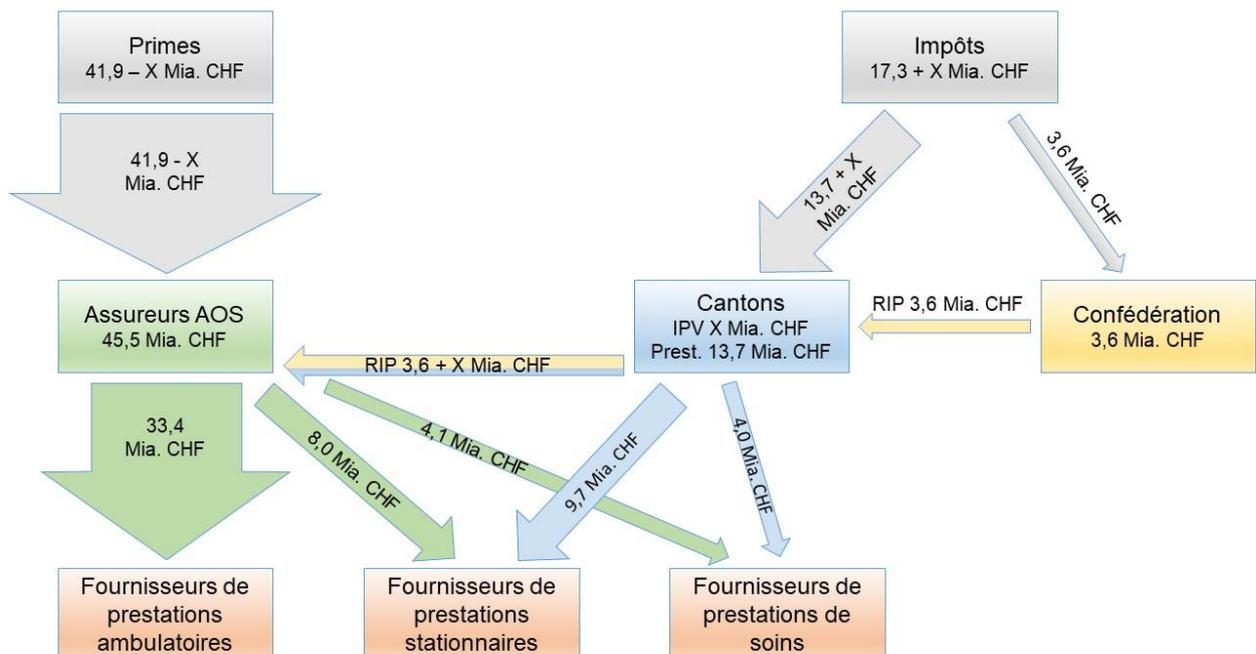
Remarques: RIP = réduction individuelle des primes; Prest. = prestations LAMal; AOS = Assurance obligatoire des soins, IC = Institution commune LAMal.

Figure 4 : Flux financiers lors d'un financement uniforme de toutes les prestations en sens de la LAMal (avec soins, 2016)



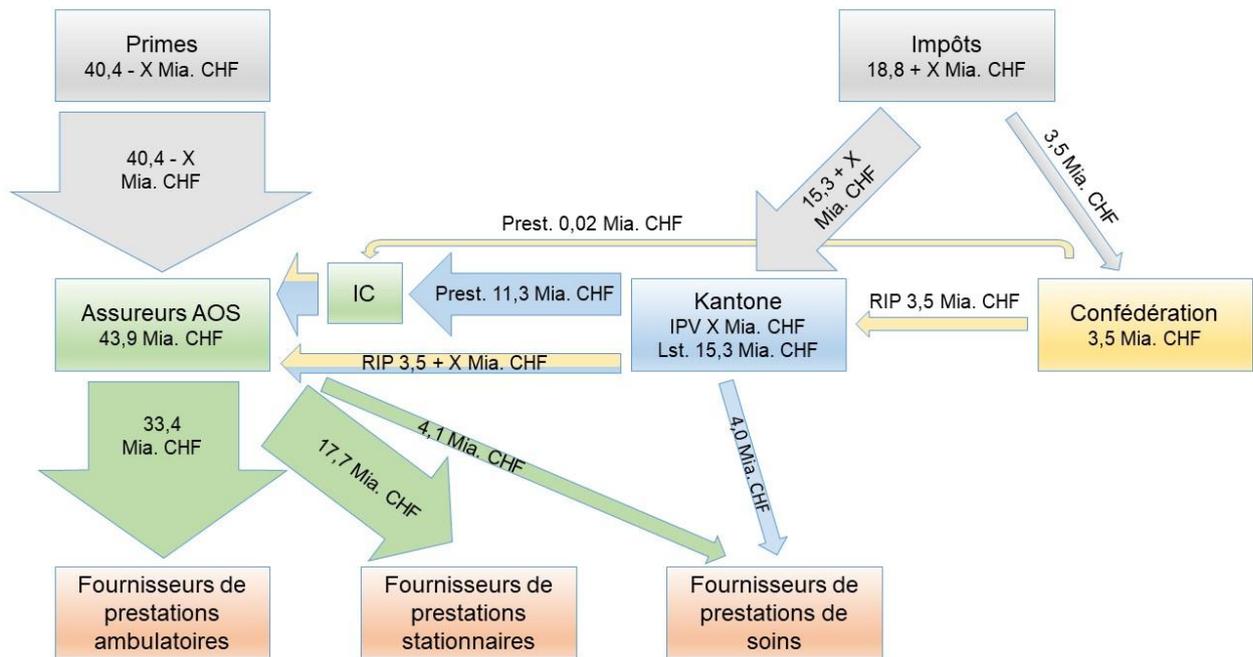
Remarques: RIP = réduction individuelle des primes; Prest. = prestations LAMal; AOS = Assurance obligatoire des soins, IC = Institution commune LAMal.

Figure 5 : Flux financiers lors d'un financement inchangé des prestations LAMal (statu quo, 2030)



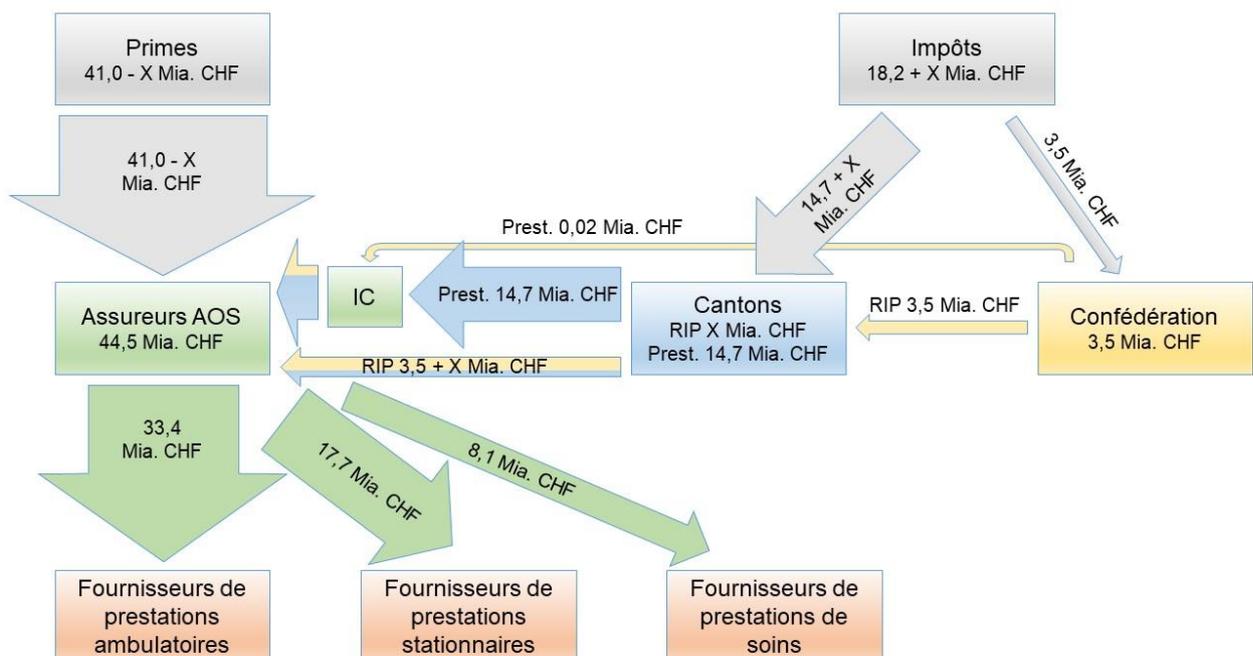
Remarques: RIP = réduction individuelle des primes; Prest. = prestations LAMal; AOS = Assurance obligatoire des soins.

Figure 6 : Flux financiers lors d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires en sens de la LAMal (sans soins, 2030)



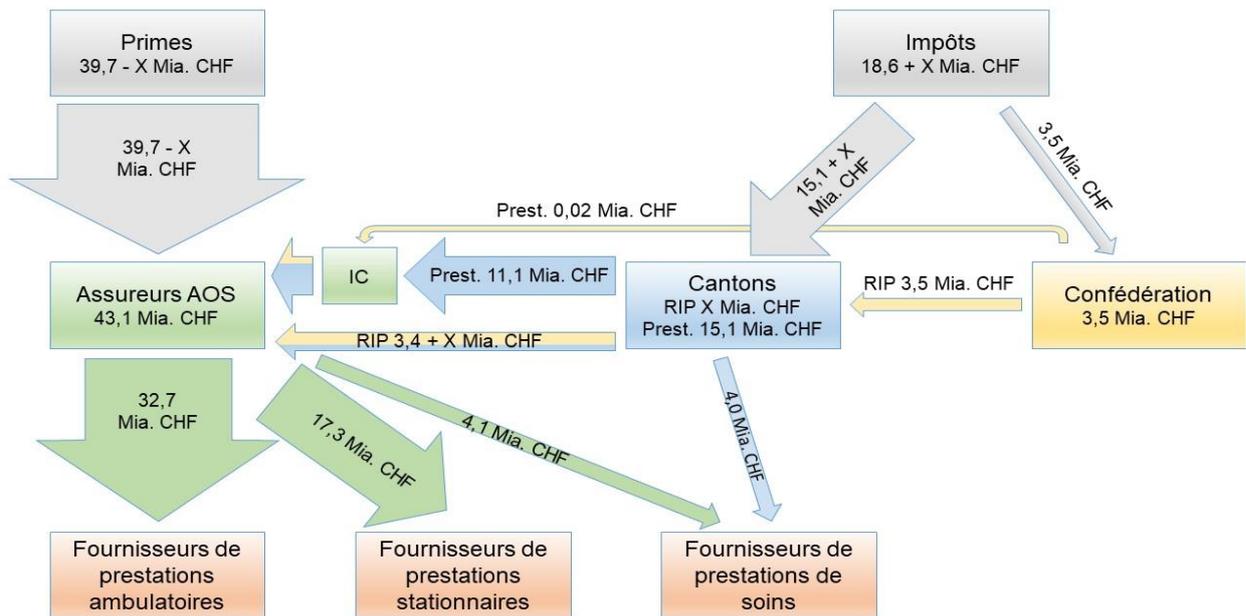
Remarques: RIP = réduction individuelle des primes; Prest. = prestations LAMal; AOS = Assurance obligatoire des soins, IC = Institution commune LAMal.

Figure 7 : Flux financiers lors d'un financement uniforme de toutes les prestations en sens de la LAMal (avec soins, 2030)



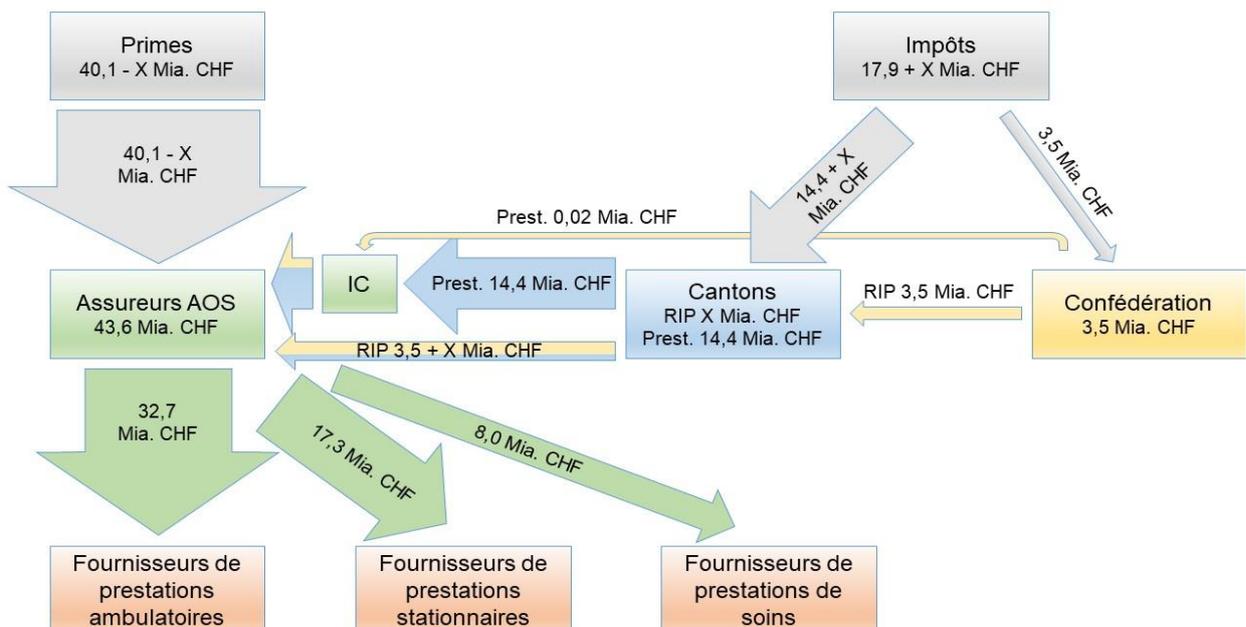
Remarques: RIP = réduction individuelle des primes; Prest. = prestations LAMal; AOS = Assurance obligatoire des soins, IC = Institution commune LAMal.

Figure 8 : Flux financiers lors d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires en sens de la LAMal (sans soins, potentiel d'économies hypothétique, 2030)



Remarques: RIP = réduction individuelle des primes; Prest. = prestations LAMal; AOS = Assurance obligatoire des soins, IC = Institution commune LAMal. La figure montre les flux financiers en cas de potentiel d'économies annuel hypothétique de 1,0 milliard de francs dans le cadre d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires en sens de la LAMal (sans soins).

Figure 9 : Flux financiers lors d'un financement uniforme de toutes les prestations en sens de la LAMal (avec soins, potentiel d'économies hypothétique, 2030)



Remarques: RIP = réduction individuelle des primes; Prest. = prestations LAMal; AOS = Assurance obligatoire des soins, IC = Institution commune LAMal. La figure montre les flux financiers en cas de potentiel d'économies annuel hypothétique de 1,2 milliard de francs dans le cadre d'un financement uniforme de toutes les prestations en sens de la LAMal (avec soins).