

## 09.528n Initiative parlementaire. Financement uniforme des prestations de soins (Humbel)

### Variantes dans le traitement de la participation aux coûts et différences cantonales en ce qui concerne l'importance du secteur hospitalier

Rapport de l'Office fédéral de la santé publique du 5 mars 2018

---

#### Sommaire

<b>1</b>	<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Variantes dans le traitement de la participation aux coûts</b>	<b>1</b>
2.1	Les cantons financent une partie de l'ensemble des coûts, les assurés assument une participation à l'ensemble des coûts (option 2a).....	2
2.2	Les cantons financent une partie de l'ensemble des coûts, les assurés participent aux coûts après déduction du cofinancement cantonal (option 2b) .....	4
2.3	Les cantons financent une part des prestations nettes des assureurs, les assurés assument une participation à l'ensemble des coûts (option 2c) .....	6
2.4	Vue d'ensemble des trois options (2a, 2b et 2c).....	7
<b>3</b>	<b>Différences cantonales dans l'importance du secteur hospitalier</b>	<b>9</b>

#### 1 Introduction

À l'occasion de sa séance du 22 janvier 2018, la sous-commission « Financement moniste » a chargé l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) d'examiner différentes variantes de traitement de la participation aux coûts dans le cadre d'un financement uniforme, après que l'Office fédéral de la justice (OFJ), dans un premier avis, a émis quelques réserves, sous l'angle du droit constitutionnel, à l'égard de la solution initialement retenue par la sous-commission.

Elle lui a aussi demandé d'examiner quelle était dans chaque canton l'importance du secteur hospitalier par rapport aux autres domaines de prestations touchés par un financement uniforme, cela en vue de déterminer l'ampleur des adaptations nécessaires dans les différents cantons pour atteindre le pourcentage minimal fixé à l'échelle nationale, ainsi que le délai à leur accorder, le cas échéant, pour procéder à ces adaptations. Si les cantons ont besoin de davantage de temps, cela pourrait leur être accordé moyennant un report de l'entrée en vigueur des adaptations, ou la fixation d'un délai de transition dans des dispositions transitoires.

#### 2 Variantes dans le traitement de la participation aux coûts

Dans le système actuel, les cantons financent une partie (55 % au moins) des coûts bruts dans un secteur particulier (hospitalier non ambulatoire) de l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Aucune participation aux coûts n'est perçue sur cette partie. Les assureurs prennent intégralement en charge le reste des prestations et les assureurs prélèvent auprès des assurés, sur cette partie, une participation aux coûts sous la forme d'une franchise et d'une quote-part.

Il est maintenant prévu que les cantons participent au financement de toutes les prestations. Leur participation diminuera pour les prestations du secteur hospitalier, qui deviendront plus chères pour les assureurs, tandis que les prestations ambulatoires, qui bénéficieront également de ce cofinancement, deviendront pour eux moins onéreuses. La question se pose de savoir de quelle manière traiter la participation des assurés aux coûts de ces prestations. Cette question a déjà été abordée dans le rapport de l'OFSP du 19 juin 2017. Diverses possibilités sont envisageables, mais les réserves émises par l'OFJ sous l'angle du droit constitutionnel ont amené un changement dans leur appréciation. Les solutions envisageables, ainsi que leurs avantages et inconvénients, sont décrites ci-après. Elles sont désignées, comme dans les propositions de formulation de l'administration, en tant qu'options 2a, 2b et 2c.

## **2.1 Les cantons financent une partie de l'ensemble des coûts, les assurés assument une participation à l'ensemble des coûts (option 2a)**

Cette solution a été retenue par la sous-commission lors de sa séance du 6 juillet 2017. Elle correspond à la variante 3 du rapport de l'OFSP du 19 juin 2017. L'option 2a prévoit que les assurés participent aux coûts bruts des prestations dans le secteur ambulatoire, comme aujourd'hui, mais aussi désormais dans le secteur hospitalier.

Son avantage réside dans sa relative simplicité administrative. Dans le système du tiers garant, les assurés qui n'ont pas atteint le montant de leur franchise n'ont, comme aujourd'hui, pas d'incitation immédiate, à envoyer leurs factures à l'assureur. Celui-ci est donc déchargé du traitement de ces factures. Mais cet avantage est relativisé si l'on prend aussi en compte les effets indirects. Car les assureurs eux-mêmes ont intérêt à réclamer toutes les factures des assurés ou à introduire le système du tiers payant, car cela leur permettra demander des fonds au canton. Il faut donc aussi s'attendre, avec cette option, à une légère augmentation des frais administratifs, mais un peu moins marquée que dans l'option 2b.

L'inconvénient que cette solution présente tient à la question, soulevée par l'OFJ, de savoir s'il est admissible, sous l'angle du droit constitutionnel, d'obliger les cantons à verser aux assureurs des fonds pour des coûts que ceux-ci n'ont pas eu à assumer, puisqu'ils ont été payés par les assurés dans le cadre de la participation aux coûts. Cette partie des fonds cantonaux ne bénéficie aux assurés qu'indirectement, via les baisses de primes. L'art. 117 de la Constitution (Cst. ; RS 101) dit que la Confédération légifère sur l'assurance-maladie. Le doute subsiste quant à savoir si cela suffirait pour obliger les cantons à procéder aux paiements en questions. Il n'est donc pas sûr que cette solution soit admissible sous l'angle du droit constitutionnel.

Les paragraphes qui suivent décrivent les deux effets principaux de cette solution et les conséquences que celle-ci aurait sur les primes, la participation aux coûts et le cofinancement cantonal.

### *Effet de l'augmentation de la participation aux coûts dans le secteur hospitalier (effet 1a)*

Étant donné que l'ensemble des coûts des prestations hospitalières seraient soumis à la participation aux coûts (contre seulement 45 % des coûts au maximum aujourd'hui), il est possible que les assurés qui sont soumis principalement à des traitements hospitaliers mais ne sont guère traités en ambulatoire et qui n'ont pas atteint le plafond de la participation aux coûts doivent supporter une charge plus lourde qu'aujourd'hui. On ne sait pas combien d'assurés seraient concernés, car il est probable que nombre de traitements hospitaliers sont si onéreux que la

participation maximale aux coûts est déjà atteinte aujourd'hui. Il n'est pas possible de se prononcer de façon plus précise, car l'OFSP ne dispose pas de données individuelles sur le déroulement des traitements qui font la distinction entre prestations hospitalières et prestations ambulatoires. L'effet ne peut pas être estimé, parce que les données individuelles que l'OFSP reçoit actuellement des assureurs dans le cadre de BAGSAN ne font pas cette distinction. La CSSS-E traite en ce moment l'iv. pa. 16.411 Eder « Surveillance de l'assurance-maladie. Garantir la protection de la personnalité », qui implique une nouvelle réglementation de la fourniture de données par les assureurs à l'OFSP. On ne sait pas encore quelles données l'OFSP obtiendra à l'avenir.

Les assurés traités en ambulatoire ne seront par contre pas déchargés, car dans ce secteur aussi la participation sera perçue sur l'ensemble des coûts, comme c'est déjà le cas aujourd'hui. La participation aux coûts augmentera dans une mesure minimale, et les primes devraient baisser dans la même mesure. Les fonds cantonaux ne sont pas touchés par cet effet.

Le montant maximal de la participation aux coûts par assuré reste inchangé. L'augmentation de la participation aux coûts ne touchera donc pas les personnes qui occasionnent des coûts moyens ou élevés et doivent aussi les assumer : demain comme aujourd'hui, ces assurés assumeront, la participation maximale aux coûts. Elle concernera les assurés qui occasionnent dans le domaine hospitalier des coûts relativement faibles, mais supérieurs à zéro. Ceux qui ne génèrent pas de coûts du tout ne seront pas non plus touchés par cette augmentation. Une augmentation limitée de la participation aux coûts pour quelques-uns coïncidera avec une baisse minimale des primes pour l'ensemble des assurés.

*Effet de la participation aux coûts non visible aujourd'hui sous forme de paiements « Out-of-pocket » ou paiements directs (effet IIa)*

Les assureurs seront incités à pousser les assurés à leur envoyer toutes les factures, car ils obtiendront du canton des fonds pour tous les coûts dont ils pourront faire état, puisque les cantons cofinanceront les coûts bruts. Si les assurés n'envoient pas leurs factures, des fonds cantonaux échapperont aux assureurs. Ceux-ci tenteront donc de faire en sorte que les factures que les assurés paient aujourd'hui de leur poche et qui ne figurent dans aucune statistique sur l'assurance-maladie bien qu'elles portent en fait sur des prestations visées par la LAMal passent aussi par eux. En contrepartie des fonds supplémentaires obtenus des cantons, ils pourront abaisser les primes des assurés.

On ne sait pas dans quelle mesure les assurés pourront être amenés à envoyer ces factures, car ils n'y ont pas d'avantage direct et devront faire des démarches supplémentaires. On peut plutôt s'attendre à ce que les assureurs s'emploient davantage qu'aujourd'hui à convenir avec les fournisseurs de prestations de pratiquer le système du tiers payant, comme l'art. 42, al. 2, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) en prévoit la possibilité. Même avec l'option 2a, on ne peut donc pas exclure une certaine hausse indirecte des frais administratifs due à l'augmentation du nombre de factures qui passeront par les assureurs, ce que ceux-ci souhaiteraient pour bénéficier dans tous les cas du cofinancement cantonal.

Cet effet touche de la même manière la variante 1 (paiement par tête en lien avec la compensation des risques) et la variante 2 (remboursement des coûts). On peut néanmoins relever une petite différence entre les deux variantes : l'incitation pour l'assureur à exiger toutes les factures ou à convenir de l'application du système du tiers payant devrait être légèrement plus faible dans la variante 1 que dans la variante 2. En effet, les frais administratifs seraient supportés par chaque assureur, mais le bénéfice (part plus importante de financement cantonal) serait, dans la variante 1, réparti entre tous les assureurs sous forme d'augmentation du montant forfaitaire,

tandis que, dans la variante 2, il profiterait directement aux assureurs qui font état des coûts. L'effet pourrait donc être légèrement plus faible dans la variante 1.

Les deux variantes tendraient donc à ce que, par rapport à aujourd'hui, davantage de coûts qui ont trait à des prestations visées par la LAMal, mais qui aujourd'hui n'apparaissent pas dans la statistique parce que les assurés les assument directement, passent par les assureurs. Les prestations brutes des assureurs affichées dans la statistique augmenteront en conséquence, mais les prestations nettes resteront constantes, puisque la participation aux coûts continuera d'être perçue. La participation aux coûts visible dans la statistique augmentera, puisqu'aujourd'hui une partie de la participation effective n'y figure pas (paiements directs des assurés, d'un montant inconnu, pour des prestations LAMal), mais la participation effective restera inchangée.

La part de financement des cantons est fixée sur la base des prestations brutes actuelles. Les prestations brutes affichées dans la statistique augmenteront dans la mesure où les paiements directs des assurés, aujourd'hui « cachés », y seront inclus. Si l'on applique la part de financement calculée sur la base de la statistique actuelle, la part cantonale de financement devrait augmenter légèrement, et les primes baisser dans la même proportion. Il serait aussi possible d'abaisser légèrement le niveau de la part cantonale de financement fixée par la loi, ou alors de l'adapter, après une phase d'introduction au cours de laquelle les coûts aujourd'hui cachés deviendraient visibles, suivant le principe de la neutralité des coûts. Il n'est guère possible d'estimer à l'avance de façon fiable les paiements directs aujourd'hui « cachés » des assurés. Il est tout au plus possible de délimiter l'effet maximal possible sur la base d'hypothèses peu réalistes. Celui-ci pourrait se traduire par un écart maximal d'environ deux points de pourcentage, ou 770 millions de francs par an, dans la répartition cantonale des coûts<sup>1</sup>. Mais il est hautement probable que cette délimitation est fortement exagérée et que l'effet serait nettement moindre.

### *Somme des deux effets*

La somme des deux effets, dans l'option 2a, peut aboutir à ce que la participation aux coûts augmente légèrement par rapport à aujourd'hui, que les primes baissent un peu et que la contribution des cantons augmente quelque peu. L'effet IIa pourrait être évité, si on le souhaite, en adaptant la contribution des cantons, après une phase d'introduction, suivant le principe de la neutralité des coûts. Il ne resterait plus ainsi qu'une légère augmentation de la participation aux coûts et une légère baisse des primes (effet Ia), que l'on pourrait compenser, si souhaité, par des échelons de franchise plus bas.

## **2.2 Les cantons financent une partie de l'ensemble des coûts, les assurés participent aux coûts après déduction du cofinancement cantonal (option 2b)**

Cette solution était prévue dans le projet de la CSSS-E de 2005 et correspond à la variante 1 du rapport de l'OFSP du 19 juin 2017. Elle prévoit que les assurés ne s'acquittent de la participation aux coûts que sur les coûts restants après déduction du cofinancement cantonal. Pour ce

---

<sup>1</sup> Cette valeur maximale imaginable est déduite d'hypothèses peu réalistes, avec des valeurs très élevées, mais elle constitue la seule possibilité de limitation. On sait, par la statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2016, combien d'assurés ont opté pour chaque franchise (tableau 7.16). Nous prenons pour hypothèse que tous les assurés ayant choisi une franchise à option présentent exactement les coûts de traitement qui seraient encore rationnels avec leur franchise, d'après la prime moyenne par échelon de franchise (tableau 3.03). En pratique, beaucoup d'assurés optent pour des franchises plus basses, soit par aversion pour le risque, soit par manque de liquidités, ou sont en suffisamment bonne santé pour n'avoir que peu de frais de traitement ou pas de frais du tout. On déduit du montant en question, beaucoup trop élevé en pratique, la participation aux coûts payée par échelon de franchise (tableau 2.23). La différence correspond au montant maximal qui pourrait être payé directement aujourd'hui par les assurés sans apparaître dans les statistiques. Le volume effectif de ces paiements directs devrait être bien plus faible, pour les raisons mentionnées, mais il ne peut pas être limité davantage sur la base des données disponibles.

qui est de la participation aux coûts, elle correspond donc à la pratique actuelle pour le secteur hospitalier. Le canton finance (mais maintenant via les assureurs) une partie de l'ensemble des coûts, et les assureurs perçoivent auprès des assurés une participation à la partie des coûts qui n'est pas assumée par le canton.

L'avantage de cette solution est qu'elle ne devrait pas susciter de réserves sous l'angle du droit constitutionnel. La participation aux coûts n'est perçue que sur les coûts qui n'ont pas été déjà payés par le canton. Le cas échéant, il peut aussi être utile, pour la communication avec les cantons et avec les assurés, que les cantons ne doivent pas aux assureurs de l'argent pour des prestations qui en fait ont déjà été payées directement par les assurés via la participation aux coûts. Dans la variante 2a, cet argent ne bénéficie aux assurés qu'indirectement, via les baisses de primes.

L'inconvénient de cette solution est que les assurés, dans le système du tiers garant, seront incités à envoyer toutes les factures des fournisseurs de prestations pour faire valoir auprès de leur assureur leur droit au cofinancement cantonal. S'ils ne le font pas, ils perdront la part de financement cantonal et devront s'en acquitter eux-même. La charge administrative augmentera donc pour les assureurs par rapport à aujourd'hui. Cet effet concerne toutefois aussi la variante 2a, sous une forme sans doute un peu atténuée et pour d'autres raisons.

Les paragraphes qui suivent décrivent les deux effets principaux de cette solution et les conséquences que celle-ci aurait sur les primes, la participation aux coûts et le cofinancement cantonal.

*Effet sur la participation aux coûts des différences de déroulement du traitement entre secteur ambulatoire et secteur hospitalier (effet Ib)*

Comme une part plus importante des coûts des prestations hospitalières serait soumise à la participation aux coûts (78 % contre seulement 45 % au maximum aujourd'hui), les assurés qui sont principalement soumis à des traitements hospitaliers et pratiquement pas à des traitements ambulatoires et qui n'ont pas atteint le plafond de la participation aux coûts subiraient une charge plus importante qu'aujourd'hui.

À l'inverse, la charge diminuerait pour les personnes qui suivent principalement des traitements ambulatoires et pratiquement pas de traitements hospitaliers et qui n'ont pas atteint le plafond de la participation aux coûts, car dans leur cas la participation aux coûts ne serait plus de 100 % mais de 78 %.

Si la répartition des coûts entre secteur ambulatoire et secteur hospitalier était la même pour tous les assurés, les deux effets se compenseraient exactement, et tant la participation aux coûts que les primes resteraient constantes. Mais il est vraisemblable que les assurés qui sont traités dans le secteur hospitalier paient dans la majorité des cas le montant maximal de la participation aux coûts. Il n'y aurait donc guère d'assurés qui subiraient une charge supplémentaire dans ce secteur. Dans le secteur ambulatoire, en revanche, il est probable que beaucoup d'assurés sont traités sans que les coûts générés atteignent le montant maximal de la participation aux coûts. Ces assurés bénéficieraient d'un allègement modéré de la participation aux coûts.

En raison de la différence de structure des coûts entre secteur ambulatoire et secteur hospitalier, il est donc vraisemblable que la participation aux coûts baisserait légèrement. En contrepartie, les primes augmenteraient probablement quelque peu, parce que dans bien des cas les assureurs ne pourraient plus exiger pour les traitements dont ils devraient désormais assumer une plus grande part de financement (secteur hospitalier, 78 % au lieu de 45 %) une participation aussi importante que pour le secteur dans lequel ils seraient déchargés (ambulatoire, 78 % au lieu de 100 % aujourd'hui). Cet effet n'affecte pas les fonds cantonaux.

Il n'est malheureusement pas possible de calculer plus précisément l'ampleur de cet effet. Il faudrait pour cela des données individuelles dont l'OFSP ne dispose pas pour l'instant (voir les explications données au ch. 2.1).

*Effet de la participation aux coûts non visible aujourd'hui sous forme de paiements directs (effet IIb)*

Étant donné que les assurés seraient incités à envoyer toutes leurs factures aux assureurs pour profiter du cofinancement cantonal, leurs paiements directs aujourd'hui « cachés », qui constituent en fait une partie de la participation aux coûts des prestations LAMal, apparaîtraient dans la statistique. L'effet est similaire à celui décrit pour l'option 2a (effet IIa), mais il a d'autres conséquences. De plus, il est le même dans la variante 1 (paiement par tête en lien avec la compensation des risques) et dans la variante 2 (remboursement des coûts), car il est produit par les assurés eux-mêmes. L'augmentation des prestations brutes des assureurs visibles dans la statistique fait augmenter un peu la contribution des cantons. Cette hausse tient aux prestations fournies aux assurés qui aujourd'hui n'envoient pas aux assureurs les factures correspondantes. Il est donc probable que celles-ci n'atteignent pas le montant de la franchise qu'ils ont choisie. En conséquence, la participation aux coûts diminuerait légèrement ; cet effet n'a pas d'impact sur les primes<sup>2</sup>.

*Somme des deux effets*

La somme des deux effets, dans l'option 2b, peut aboutir à ce que les primes et la part de financement des cantons augmentent quelque peu, et que la participation aux coûts diminue. L'effet IIb pourrait être évité, si on le souhaite, en adaptant la contribution des cantons, après une phase d'introduction, suivant le principe de la neutralité des coûts. Il ne resterait plus ainsi qu'une légère diminution de la participation aux coûts et une légère hausse des primes (effet Ib), que l'on pourrait compenser, si souhaité, par des échelons de franchise plus élevés.

### **2.3 Les cantons financent une part des prestations nettes des assureurs, les assurés assument une participation à l'ensemble des coûts (option 2c)**

L'option 2c prévoit que le cofinancement cantonal porte sur les prestations nettes des assureurs, non sur les prestations brutes comme dans les options 2a et 2b. Les assureurs n'obtiendraient donc des fonds cantonaux que pour les prestations qu'ils prennent en charge après déduction de la participation des assurés aux coûts. Le cofinancement des cantons ne porterait que sur une partie des prestations des assureurs, non sur le coût total des prestations. Cela représente un changement de système par rapport à la pratique actuelle dans le secteur hospitalier.

L'avantage de cette solution réside dans sa simplicité administrative. Comme le canton ne cofinancerait pas la participation des assurés aux coûts, ni les assureurs (comme dans l'option 2a) ni les assurés (comme dans l'option 2b) ne seraient incités à réclamer ou à envoyer davantage de factures qu'aujourd'hui. Il ne faut donc pas s'attendre à une hausse des frais administratifs de ce côté. Il n'y aurait pas non plus de changement du côté des paiements directs « cachés » des assurés, car ceux-ci n'apparaîtraient toujours pas dans la statistique en tant que participation aux coûts.

---

<sup>2</sup> Nous négligeons ici l'effet, également imaginable, dans lequel les assurés adaptent leur comportement de consommation en raison de la baisse des prix relatifs des traitements ambulatoires (parce que la part cantonale de financement concernerait désormais chaque facture) et consommeraient davantage de prestations médicales ambulatoires du fait que, pour eux, les prix auraient baissé. Cet effet, possible en théorie, dépend de l'élasticité des prix de la demande en prestations médicales, qui ne peut être ni chiffrée ni estimée.

L'inconvénient de cette solution est qu'elle n'est pas neutre sur le plan des franchises. Les assurés ayant opté pour une franchise élevée assument, dans une situation médicale identique, une participation aux coûts plus importante que les assurés ayant la franchise ordinaire. Ils bénéficieraient donc d'un soutien cantonal moindre que dans l'option 2c. Il en résulte deux effets.

Le premier ne devrait guère exister en pratique. Comme les assurés ayant opté pour une franchise élevée bénéficient de moins de fonds cantonaux que les assurés ayant la franchise ordinaire, dans une situation médicale identique, les primes des premiers pourraient, par rapport à aujourd'hui, subir une distorsion vers le haut, et les primes des assurés ayant une franchise ordinaire être abaissées. Toutefois, le rabais sur les primes accordé pour les franchises à option est déjà limité aujourd'hui à 70 % du risque supplémentaire assumé, afin de garantir la solidarité entre bien portants et malades. Les coûts ne devraient pas être un peu plus élevés pour les assureurs avec les franchises élevées, parce qu'en pratique ce seuil n'est probablement pas atteint.

Le deuxième effet aurait plus d'incidence en pratique. Dans cette option, le cofinancement cantonal ne dépend pas de l'ensemble des coûts des prestations, mais des coûts qui restent pour les assureurs. Si, au fil du temps, davantage d'assurés optaient pour une franchise plus élevée, ou si les échelons de franchise étaient relevés de manière générale (observation dynamique), cela déchargerait le canton par rapport à l'ensemble des coûts (participation aux coûts incluse), car la participation des assurés à l'ensemble des coûts serait plus importante et les cantons n'y participeraient pas. Si le canton ne cofinance que les prestations nettes, les primes, après une augmentation de la participation aux coûts, seront plus élevées que si le canton cofinçait les prestations brutes (observation dynamique), parce que dans l'option 2c les payeurs de primes ne sont pas (comme dans les options 2a et 2b) les seuls à profiter de l'augmentation de la participation aux coûts, le canton en bénéficie aussi. Si on ne le souhaite pas, il faudrait, pour éviter de décharger le canton (par rapport à l'ensemble des coûts de prestations LAMal, participation aux coûts incluse), adapter partout dans la loi les clés de répartition fixées.

Si l'on optait pour cette solution, la participation aux coûts (comme avec l'effet Ia décrit pour l'option 2a au ch. 2.1) augmenterait légèrement, parce qu'elle serait perçue sur l'ensemble des coûts du secteur hospitalier et non plus, comme aujourd'hui, sur 45 % seulement de ces coûts. En contrepartie, les primes baisseraient légèrement. Si on le souhaite, on pourrait aussi compenser cet effet en abaissant les échelons de franchise. À la différence de l'option 2a, la contribution étatique diminuerait aussi dans l'option 2c, car elle serait calculée sur les prestations nettes, lesquelles, pour la raison mentionnée, seraient plus basses qu'aujourd'hui. L'abaissement combiné des primes et de la contribution étatique correspondrait à la hausse de la participation aux coûts.

De plus, le calcul de la clé de répartition changerait par rapport aux options 2a et 2b. Avec le même mode de calcul (période, sources de données, correction de la période transitoire pour le financement hospitalier, etc.), la part de financement serait de 25,5 %.

#### **2.4 Vue d'ensemble des trois options (2a, 2b et 2c)**

Toutes les options présentent des avantages et des inconvénients et peuvent avoir des répercussions sur les primes, la participation aux coûts et la part de financement assumée par les cantons. Le tableau qui suit en donne une vue d'ensemble.

	Option 2a : cofinancement cantonal de l'ensemble des coûts, participation des assurés à l'ensemble des coûts	Option 2b : cofinancement cantonal de l'ensemble des coûts, participation des assurés aux coûts après déduction de la contribution du canton	Option 2c : cofinancement cantonal des prestations nettes des assureurs, participation des assurés à l'ensemble des coûts
Primes	baissent (effets Ia et IIa)	augmentent (effet Ib)	Statique : baissent (effet Ia), Dynamique : tendent à augmenter
Contribution du canton	augmente (effet IIa)	augmente (effet IIb)	Statique : baisse (effet Ia), Dynamique : tend à baisser
Participation aux coûts	augmente (effet Ia)	baisse (effets Ib et IIb)	augmente (effet Ia)
Correctifs possibles (sélection)	Adaptation de la clé de répartition après délai de transition, quote-part plus basse, échelons de franchise plus bas	Adaptation de la clé de répartition après délai de transition, quote-part plus élevée, échelons de franchise plus élevés	Adaptation périodique de la clé de répartition, quote-part plus basse, échelons de franchise plus bas
Nombre de factures traitées par les assureurs (frais administratifs)	augmente indirectement	augmente directement	Statique : inchangé Dynamique : Tend éventuellement à augmenter
Appréciation juridique (droit constitutionnel)	Potentiellement problématique : cantons tenus de payer pour des prestations qui ne sont pas payées directement par les assureurs ; assurés n'en bénéficiant qu'indirectement (via des baisses de primes)	Non problématique	Potentiellement problématique : inégalité de traitement des assurés, distorsion entre échelons de franchise, cantons déchargés et charge des primes plus lourde si franchises augmentent avec le temps (dynamique)
Autres remarques	Assureurs incités à appliquer le système du tiers payant	Était prévue dans l'avant-projet de 2005	Changement de système : passage des prestations brutes aux prestations nettes

Tableau 1 : Vue d'ensemble des trois options

### 3 Différences cantonales dans l'importance du secteur hospitalier

Le projet de la sous-commission prévoit la fixation d'une part minimale de financement uniforme à l'échelle nationale. Les cantons seraient libres d'appliquer une part plus importante. Au terme du délai transitoire prévu par la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, une part minimale de financement de 55 % s'applique à l'échelle nationale pour le secteur hospitalier ; à ce jour, aucun canton n'a adopté une part de financement plus élevée. Une uniformisation s'est donc faite dans ce secteur. L'importance du secteur hospitalier par rapport aux autres domaines qui seraient concernés par un financement uniforme diffère toutefois d'un canton à l'autre. C'est pourquoi, à l'heure actuelle, les cantons n'affichent pas tous la même part de financement pour le domaine d'application d'un financement uniforme.

Afin d'évaluer s'il convient d'accorder aux cantons un délai pour atteindre la nouvelle part minimale, et la durée de ce délai, nous estimons ci-après les différences existant actuellement entre les cantons ainsi que le besoin d'adaptation d'ordre financier dans chacun d'eux. Nous nous fondons pour cela sur la statistique de l'AOS, où les prestations brutes des assureurs figurent par groupe de coûts et par canton<sup>3</sup>. En prenant pour hypothèse une part de financement de 55 % exactement pour les prestations hospitalières, on peut également en déduire le montant approximatif des contributions cantonales aux prestations hospitalières.

Cette estimation n'est pas exacte parce que, d'une part, les paiements des assureurs aux hôpitaux conventionnés sont inclus dans la statistique de l'AOS, mais qu'aucune contribution des cantons n'est due en ce qui les concerne. De ce fait, la part cantonale tend à être sous-estimée. D'autre part, dans certains cantons, les budgets globaux peuvent induire une tendance à surestimer la part cantonale. L'importance de ces deux facteurs devrait différer d'un canton à l'autre, raison pour laquelle ils peuvent produire des distorsions même si l'on se borne à observer les différences relatives entre les cantons.

Le tableau ci-après reprend les indications de la statistique de l'AOS pour 2016 et indique, en francs par assuré, la part approximative de financement cantonal des prestations hospitalières, calculée sur cette base. On en déduit la part approximative de financement cantonal dans le champ d'application d'un financement uniforme. On calcule, pour finir, le besoin d'adaptation, en millions de francs par année, nécessaire dans chaque canton<sup>4</sup> pour obtenir une valeur équivalant exactement à la moyenne suisse.

---

<sup>3</sup> Source : Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2016, tableau 2.26. Sont incluses dans le champ d'application d'un financement uniforme les prestations brutes des assureurs pour les types de prestations suivants : ambulatoire médecin, hospitalier, ambulatoire hospitalier (sans les médicaments), ambulatoire hospitalier : médicaments, médecin et pharmacie, physiothérapie, laboratoire, moyens et appareils, autres prestations. N'y sont pas inclus les types de prestations suivants : EMS et soins à domicile.

<sup>4</sup> Pour ce faire, on multiplie les chiffres du tableau 2.26 de la statistique de l'AOS 2016, exprimés en CHF par assuré, par le nombre d'assurés par canton (tableau 7.03 de la statistique de l'AOS 2016).

Tableau 2 : Parts de financement cantonales et besoins d'adaptation respectifs					
Canton	Prestations brutes des assureurs pour le champ d'application d'un financement uniforme, en CHF par année et par personne	Prestations brutes des assureurs pour le secteur hospitalier, en CHF par année et par personne	Estimation de la part cantonale de financement du secteur hospitalier, en CHF par année et par personne	Estimation de la part cantonale, pour le champ d'application d'un financement uniforme	Estimation du besoin d'adaptation, en millions de francs par année
ZH	3497	830	1015	22,5 %	-1,6
BE	3454	858	1049	23,3 %	-37,6
LU	2950	706	863	22,6 %	-2,4
UR	2675	774	946	26,1 %	-4,8
SZ	3069	750	917	23,0 %	-3,3
OW	2928	706	863	22,8 %	-0,4
NW	2843	694	848	23,0 %	-0,8
GL	3038	786	960	24,0 %	-2,5
ZG	2915	682	834	22,2 %	+1,1
FR	3198	714	873	21,4 %	+13.1
SO	3560	920	1124	24,0 %	-19,4
BS	4'475	1'216	1486	24,9 %	-27,4
BL	3994	1'030	1259	24,0 %	-22,3
SH	3330	863	1054	24,0 %	-5,6
AR	2963	887	1084	26,8 %	-9,7
AI	2511	748	915	26,7 %	-2,3
SG	3061	817	999	24,6 %	-43,4
GR	2981	731	894	23,1 %	-4,6
AG	3248	829	1013	23,8 %	-37,2
TG	3056	828	1012	24,9 %	-26,4
TI	3703	810	990	21,1 %	+22,6
VD	3755	753	921	19,7 %	+100,0
VS	3251	759	928	22,2 %	+3,9
NE	3585	750	916	20,4 %	+17,0
GE	4335	797	974	18,4 %	+99,1
JU	3565	919	1124	24,0 %	-5,1
CH	3451	818	1000	22,5 %	0

Tableau 2 : Prestations brutes des assureurs et estimation des prestations, des parts de financement cantonales et des besoins d'adaptation des cantons en cas d'introduction d'un financement uniforme. Source : Statistique de l'AOS 2016, tableau 2.26, et calculs de l'OFSP.

En résumé, on constate que l'estimation de la part de financement des différents cantons pour le champ d'application d'un financement uniforme en 2016 se situe entre 18,4 % et 26,8 %. Cinq cantons affichent des parts de financement nettement inférieures à la moyenne (écart supérieur à 0,5 point) : Fribourg, Tessin, Vaud, Neuchâtel et Genève. Pour 14 cantons, en revanche, la part de financement est nettement supérieure à la moyenne (écart supérieur à 0,5 point). Pour les autres, elle correspond plus ou moins à la moyenne nationale. Dans certains cantons, le besoin d'adaptation pour atteindre la moyenne nationale peut aller jusqu'à 100 millions de francs de financement cantonal supplémentaire par année (Vaud et Genève)<sup>5</sup>. À l'inverse, les cantons qui se situent au-delà de la moyenne exigée pourraient économiser jusqu'à 37 millions de francs par année (Berne et Argovie), s'ils le souhaitent.

Ces estimations peuvent servir de point de départ pour répondre à la question de savoir si un délai de transition doit être accordé aux cantons pour atteindre la part minimale de financement exigée et, dans l'affirmative, de quelle manière et pour combien de temps. Pour mettre en œuvre un délai de transition, on pourrait envisager soit de retarder l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions, soit de prévoir dans les dispositions transitoires une période de transition, comme dans le cas de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier.

---

<sup>5</sup> Avec ce mode de calcul, la moyenne suisse est de 22,5 % pour 2016. Cette valeur diffère légèrement des chiffres donnés par le rapport de l'OFSP du 20 décembre 2017, car la méthode de calcul et la période considérée diffèrent. D'autres sources de données ont en effet été utilisées, parce qu'une différenciation par canton s'imposait.