



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS)

Le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS) occupe actuellement une place importante dans le débat public, et les directrices et directeurs cantonaux de la santé se penchent également sur la question. Apparemment, la discussion au sein de l'assemblée plénière de la CDS porte sur un «non de principe, mais» à l'EFAS.

Appel à l'ouverture

curafutura en appelle aux conseillères et conseillers d'État de la CDS pour qu'ils ne ferment pas la porte de manière précipitée mais pour qu'ils s'engagent activement en faveur de l'introduction de l'EFAS dans l'intérêt de l'ensemble du système de santé et, dans cette optique, pour qu'ils adoptent la position d'un «oui de principe».

- Car l'EFAS satisfait aux neuf critères de la CDS.

Le modèle EFAS satisfait aux neuf critères formulés par la CDS pour évaluer les propositions de réforme et qui seront appliqués par l'assemblée plénière (cf. **annexe**).

- Car les cantons partagent la responsabilité du système global.

Il est de la responsabilité de tous les acteurs du système de santé (Confédération, cantons, fournisseurs de prestations, assureurs-maladie, autorités, milieux politiques) de joindre leurs forces pour que l'approvisionnement en soins médicaux de base en Suisse soit financièrement viable à l'avenir également, pour que la qualité des prestations médicales soit élevée et pour que l'accès à ceux-ci soit garanti à toute la population.

- Car les incitatifs financiers erronés doivent être systématiquement abolis.

Les incitatifs financiers erronés du système actuel sont autant d'éléments permettant de gagner en efficacité et donc d'atténuer la hausse des coûts. Il convient donc les abolir de manière conséquente. Il s'avère à cet égard impératif de mettre fin au financement inégal. Il n'y a en effet aucune raison objective à ce qu'un traitement en ambulatoire soit intégralement à la charge des assurés, alors que le canton prend en charge plus de la moitié des coûts si le patient passe la nuit à l'hôpital.

- Car l'introduction d'EFAS a pris du retard.

Les milieux politiques ont toujours déclaré que l'introduction du financement hospitalier dual fixe était une étape vers un financement uniforme. L'heure est venue de faire le deuxième pas. En ce moment, une sous-commission de la CSSS-N élabore un projet relatif au financement uniforme. Adopter la position du «non, mais» n'est pas signe d'ouverture. Cette position est inadéquate pour un acteur aussi important que les cantons. Ils sont les obligés de leur population, assujettie à l'impôt et au paiement des primes.

- Car le retrait des cantons du financement de l'AOS ne répond pas au souhait du législateur.

En 2004, la CSSS-E avait soumis au Conseil des États un projet prévoyant l'égalité de traitement des prestations stationnaires et ambulatoires. La clé de répartition était alors de 30% pour les cantons (impôts) et de 70% pour les assureurs-maladie (primes). Actuellement, ce rapport est déjà de 25% - 75%, ce qui ne correspond pas au souhait du législateur, comme cela peut être démontré. L'introduction du



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

financement hospitalier dual fixe a été justifiée par des motifs de politique sociale¹. Pour le législateur, il était manifeste que les cantons devaient constituer une source importante de financement. Il est donc inacceptable que des projets visant simplement un transfert des coûts à la charge des assurés, tels que ceux discutés actuellement entre les cantons, soient envisagés.

- Car d'autres réformes sont indissociablement liées à l'EFAS.

Empiriquement, il est peu judicieux d'associer un trop grand nombre d'objectifs politiques à une proposition de réforme. Il faut donc considérer la situation globale et entamer les réformes de manière distincte et en parallèle. En 2017, des projets importants et étroitement liés font l'objet de débats: financement uniforme (lv. pa. Humbel 09.528), intervention tarifaire du Conseil fédéral et interventions concernant l'organisation tarifaire, solution pour faire suite à la limitation des admissions et projet visant à renforcer la qualité et l'économicité (CF 15.083).

- Car les intérêts des instances de financement doivent déployer des effets dans la même direction.

Les cantons et les assureurs-maladie sont soumis à des pressions particulièrement fortes en tant qu'instances de financement des prestations médicales. Il est donc d'autant plus important que leurs intérêts déploient des effets dans la même direction. Or, ce n'est pas le cas tant que les prestations médicales – selon qu'elles sont fournies en ambulatoire ou en stationnaire – sont financées de manière inégale (en ambulatoire, à 100% par les primes; en stationnaire, à 45% par les primes et à 55% par l'impôt).

- Car la devise doit être: faire l'un sans laisser subsister l'autre.

Deux axes prioritaires doivent être suivis pour gagner en efficacité. D'une part, il s'agit de promouvoir le transfert des prestations du stationnaire vers l'ambulatoire. Une étude de PWC évalue à 1 milliard de francs le gain potentiel en efficacité². D'autre part, il est fondamental de favoriser les soins intégrés. Et ce, en particulier si l'on prend en considération le vieillissement d'une population de plus en plus multimorbide et affectée par des maladies chroniques. Une étude mandatée par les Académies suisses des sciences estime à 3 milliards de francs le potentiel d'efficacité des soins intégrés³. Actuellement, le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire est avant tout freiné par des incitatifs financiers erronés en matière tarifaire. Quant aux soins intégrés, leur promotion est freinée avant tout par le financement inégal. Des incitatifs financiers uniformes conduiraient à une optimisation de la chaîne de soins. En matière de réforme, le principe à suivre est donc: tant-que.

¹ cf. ATF 138 II 398 consid. 6.3

² PricewaterhouseCoopers (2016). « Ambulatoire avant stationnaire. Ou comment économiser un milliard de francs chaque année. »

³ (Trageser, J., A. Vettori, et al. (2012). « Efficacité, utilisation et financement du système de santé suisse. » Académies suisses des sciences. Berne).



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

ANNEXE

L'assemblée plénière de la CDS a défini neuf critères pour évaluer les propositions de réforme. Si l'on considère attentivement ces critères, force est de constater que l'EFAS les satisfait.

CDS 1: «Une adaptation du système doit conduire à ce que les décisions sur la forme de traitement la plus adéquate et en même temps la plus économique (y c. lieu du traitement) soient prises pour des raisons scientifiques (médicales) et non sur la base d'incitatifs financiers erronés.»

curafutura soutient sans réserve cet objectif. Pour s'en approcher, il est essentiel d'éliminer systématiquement les incitatifs financiers erronés. L'incitatif erroné du financement actuellement inégal des prestations ambulatoires et stationnaires peut être corrigé par l'introduction de l'EFAS.

CDS 2: «En cas de changement de système, les cantons conservent la responsabilité de la prise en charge.»

Par principe, la responsabilité de la prise en charge n'a rien à voir avec la provenance des moyens, à savoir d'où provient l'argent pour le remboursement des prestations médicales. À cet égard, l'EFAS ne modifie en rien la responsabilité cantonale de la prise en charge.

CDS 3: «Les cantons doivent, pour exercer leur responsabilité de prise en charge, disposer des instruments nécessaires à cet effet.»

Actuellement, les cantons veillent à l'approvisionnement médical de base de leur population résidente. L'EFAS ne soustrait rien aux cantons, ni leur responsabilité de la prise en charge, ni leurs instruments tels que les listes d'hôpitaux, pas plus que leur compétence de pouvoir prendre des mesures conformes à leur législation cantonale en cas d'offre insuffisante.

CDS 4: «Des adaptations du système doivent au total conduire à une réduction des coûts de l'ensemble du système.»

Une des plus-values de l'EFAS est justement d'atténuer les coûts en favorisant les soins intégrés, de réduire le surapprovisionnement et les allocations erronées, de promouvoir le principe «l'ambulatoire prime le stationnaire» et de veiller à ce que les intérêts des cantons et des assureurs-maladie, en leur qualité d'organismes de financement, développent des effets dans la même direction.

CDS 5: «La part de financement des cantons aux coûts globaux ne doit au total pas s'accroître.»

Dans le modèle EFAS, les contributions cantonales correspondent dans l'ensemble à 55% des coûts actuels en stationnaire. À cet égard, une part de financement minimal uniforme fixe, valable à l'échelon national et exprimée en pour cent, doit être inscrite dans la loi sur l'assurance-maladie, par laquelle les cantons participent à la couverture des coûts AOS nets de leur population résidente. À l'avenir, la part fiscale et celle des primes devraient évoluer au même rythme.



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

CDS 6: «Un changement de système garantit la prévisibilité pour les cantons de l'engagement des ressources.»

Par le biais du modèle EFAS, le canton verse une contribution aux coûts AOS nets de sa population résidente, au lieu de rembourser les prestations stationnaires dont celle-ci bénéficie. Il s'agit donc toujours de dépenses cantonales liées. La sécurité budgétaire et la prévisibilité restent donc identiques.

CDS 7: «La garantie des soins et la viabilité financière ne doivent pas être menacées par un changement de système.»

La responsabilité des cantons en matière d'approvisionnement n'est pas remise en question par l'EFAS. L'EFAS améliore tant la qualité que l'efficacité.

CDS 8: «Un changement de système doit globalement accroître la transparence pour toutes les parties prenantes (également pour les patients).»

L'EFAS devrait fortement améliorer la transparence des coûts des prestations et donc mettre en évidence le besoin d'ajustements. Exemples:

- Actuellement, un patient ne voit qu'une demi-vérité sur sa facture de prestations stationnaires. Il ne voit pas la part cantonale du remboursement. La statistique nationale de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) n'affiche en conséquence pas la totalité des coûts AOS nets.
- Dans certains cantons, le financement des hôpitaux publics passe par un budget forfaitaire prospectif. La différence entre les coûts effectifs et l'indemnisation forfaitaire n'est pas publique.
- Actuellement, il y a un problème de délimitation entre les prestations couvertes par des tarifs AOS et celles d'intérêt général. L'EFAS rendrait plus transparente la frontière tirée par certains cantons entre ces deux éléments.

CDS 9: «Un changement de système ne doit globalement pas entraîner de charges administratives supplémentaires.»

Le modèle EFAS entraîne une réduction de la charge administrative. D'une part, la double facturation actuelle pour les prestations stationnaires aux assureurs-maladie et aux cantons n'aurait plus lieu d'être. D'autre part, l'affectation des contributions cantonales aux assureurs-maladie par le biais de l'Institution commune serait effectuée selon les règles de la compensation des risques. En d'autres termes, les processus seraient établis, éprouvés et réduits à l'essentiel.

Berne, mai 2017

Anita Holler, curafutura