



09.528 n

Initiative parlementaire
Financement moniste des prestations de soins

Avant-projet et rapport explicatif de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national

du 19 avril 2018

Condensé

Les prestations prises en charge conformément à la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)¹ font l'objet d'un financement différent selon qu'elles sont dispensées en mode ambulatoire ou dans un hôpital. Les prestations ambulatoires sont entièrement financées par les assureurs, au moyen des primes. Le financement des prestations hospitalières est assuré à 55 % au moins par les cantons et à 45 % au plus par les assureurs. Cette règle peut, directement ou indirectement, créer des effets pervers qui vont à l'encontre de l'objectif d'un traitement peu coûteux et de qualité.

Avec son projet de modification de la LAMal « Financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation », la commission vise trois objectifs. Premièrement, elle veut encourager le transfert des prestations du secteur hospitalier au secteur ambulatoire quand cela se révèle pertinent du point de vue médical. Les traitements ambulatoires étant généralement meilleur marché, la croissance des coûts s'en trouvera globalement ralentie. Une coordination des soins, qui évite une hospitalisation grâce à des traitements ambulatoires effectués suffisamment tôt, devient aussi plus attrayante. Deuxièmement, la commission entend stabiliser les parts financées par les primes et celles financées par les impôts pour ce qui est des frais de maladie concernés par l'assurance obligatoire – sans les soins de longue durée. Troisièmement, elle souhaite favoriser une tarification adéquate.

Désormais, les caisses-maladie devront rembourser tous les traitements ambulatoires et stationnaires. La participation des cantons s'élèvera à 25,5 % au moins des coûts qui resteront à la charge des assureurs après déduction des franchises et des quotes-parts assumées par les assurés. Ce pourcentage, qui aurait correspondu à une moyenne annuelle de 7,5 milliards de francs pour les années 2012 à 2015, est déterminé de telle sorte que le passage à un financement uniforme demeure sans incidence sur le budget des cantons et des assureurs.

Une minorité propose de ne pas entrer en matière sur le projet. A ses yeux, celui-ci engendre de nouveaux effets pervers et oblige les cantons à cofinancer des prestations ambulatoires sans qu'ils puissent piloter le secteur ambulatoire, ni contrôler les factures. Une autre minorité ne veut pas que l'argent des cantons aille aux assureurs sur la base des coûts occasionnés, mais en fonction d'un montant forfaitaire par assuré ; en relation avec la compensation des risques, cette méthode inciterait davantage les assureurs à s'engager en faveur d'un approvisionnement efficient. Certaines dispositions ont donné lieu à d'autres propositions de minorité.

¹ RS 832.10

Table des matières

Condensé	2
1 Genèse du projet	4
2 Contexte	5
2.1 Terminologie	5
2.2 Réglementation en vigueur	6
2.3 Effets pervers du système actuel	7
2.4 Rappel des faits	9
3 Nouvelle réglementation proposée	11
3.1 Grandes lignes du projet	11
3.1.1 Champ d'application	11
3.1.2 Agent payeur et répartition des coûts	12
3.1.3 Injection des fonds publics	13
3.1.4 Propositions de minorité	13
3.2 Solutions examinées mais non retenues	15
3.2.1 Répartition des coûts différenciée selon les cantons	15
3.2.2 Injection des contributions publiques via la réduction individuelle des primes	16
3.2.3 Correction des primes pour enfants	16
3.2.4 Correction de la participation aux coûts	17
3.3 Souhaits des cantons	18
4 Commentaire des dispositions	20
5 Conséquences	25
5.1 Conséquences financières et effets sur l'état du personnel	25
5.2 Applicabilité	28
5.3 Autres conséquences	29
6 Relation avec le droit européen	29
7 Bases légales	30
7.1 Constitutionnalité et légalité	30
7.2 Délégation de compétences législatives	30
7.3 Forme de l'acte à édicter	30
7.4 Frein aux dépenses	30

Rapport

1 Genèse du projet

Le 11 décembre 2009, la conseillère nationale Ruth Humbel (PDC, AG) a déposé l'initiative parlementaire 09.528 n, libellée ainsi : « Un système de financement moniste sera introduit, par le biais d'une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Afin que les cantons puissent garder le contrôle des moyens publics, le système en question respectera notamment les points suivants : 1. Les moyens publics seront consacrés à la formation et au perfectionnement du personnel médical, à la compensation des risques, aux prestations de santé publique et d'intérêt général, de même qu'à la réduction des primes d'assurance-maladie. 2. La part du financement public des prestations couvertes par l'assurance de base sera fixée et adaptée au renchérissement des prestations de santé. 3. Toutes les prestations stationnaires ou ambulatoires inscrites dans la LAMal seront financées par les assureurs-maladie. »

Dans le développement de l'initiative, l'auteur estime qu'il est incontestable que certains effets pervers du système de santé sont dus aux différences entre le financement du domaine ambulatoire et celui du domaine stationnaire. Ce n'est qu'en palliant ce défaut que les soins stationnaires pourraient eux aussi être intégrés au modèle dit « de soins intégrés » (managed care), un élément clé pour la réussite de ce modèle. Pour permettre aux cantons de préserver l'influence et le contrôle qu'ils exercent sur les moyens publics, un modèle moniste pourrait être développé de telle sorte que les cantons mettent leurs moyens en œuvre de manière ciblée et contrôlée.

Le 16 février 2011, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a donné suite à l'initiative parlementaire par 14 voix contre 10 et 1 abstention. Le 14 novembre 2011, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-E) s'est ralliée à cette décision par 7 voix contre 1. La CSSS-N a chargé sa sous-commission « LAMal »² d'élaborer un projet d'acte. Se fondant sur l'art. 112, al. 1, de la loi sur le Parlement³, la sous-commission a fait appel, pour ce faire, à des experts de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Le 17 février 2012, elle s'est renseignée sur les pourparlers alors en cours entre le Département fédéral de l'intérieur (DFI) et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) dans le cadre du dialogue « Politique nationale suisse de la santé ». Elle a décidé d'attendre les premiers résultats de ces travaux pour agir.

Durant les années 2012 à 2015, la sous-commission « LAMal » a été très occupée par d'autres objets. Le 26 août 2015, elle a décidé de reprendre ses travaux sur le projet d'acte relatif à l'initiative parlementaire 09.528. Le 11 novembre 2015, elle a procédé à une première audition de représentants des cantons, des assureurs et d'experts. La sous-commission « LAMal » a été dissoute à l'issue de la 49^e législature.

² Humbel, Bortoluzzi, Carobbio Guscetti, Cassis, Fehr Jacqueline, Frehner, Gilli, Moret, Schmid-Federer, Stahl, Steiert

³ RS 171.10

Le 23 août 2016, la nouvelle sous-commission « Financement moniste »⁴ a entamé ses travaux et procédé à l'audition de représentants des fournisseurs de prestations et des associations de patients ainsi que d'experts. Le 12 octobre 2016, le 11 janvier 2017 et le 21 mars 2017, la sous-commission s'est penchée sur les grandes lignes de l'avant-projet et les différentes options possibles en vue de la mise en œuvre de l'initiative (objectifs, attribution du rôle de l'agent de financement moniste, champ d'application, possibilités de pilotage pour les cantons, définition de la clé de répartition des coûts ou encore injection des contributions des pouvoirs publics). Sur la base de ces délibérations, l'administration a élaboré deux versions d'avant-projet, dont la sous-commission a débuté l'examen le 6 juillet 2017.

Après que la CDS eut publié⁵, le 19 mai 2017, un document détaillant des solutions autres que celle du financement uniforme des secteurs ambulatoire et stationnaire dont avait débattu la sous-commission, cette dernière a entendu une nouvelle fois des représentants de la CDS le 22 août 2017. Le 1^{er} novembre 2017, elle a poursuivi ses délibérations. Le 22 janvier et le 21 mars 2018, elle a mis au net l'avant-projet et le projet de rapport. Le 19 avril 2018, la CSSS-N a examiné l'avant-projet et le rapport explicatif, après avoir elle aussi entendu des représentants de la CDS. La commission a approuvé, par 15 voix contre 7, le projet destiné à la consultation.

2 Contexte

2.1 Terminologie

La notion de « moniste » ou de « monisme » est employée de diverses façons. Dans les concepts connus de financement moniste, la source de financement est unique, si bien que les fournisseurs de prestations ont en face d'eux un seul agent financeur. En ce sens, dans un « vrai » monisme, 100 % des prestations sont financées par un acteur unique. Dans un « faux » monisme, le fournisseur de prestations n'a bien qu'une seule partie en face de lui, mais derrière elle se cache une autre instance qui cofinance les prestations⁶.

Les modèles de financement monistes se caractérisent donc par le fait que la responsabilité formelle du financement (charge du paiement) repose sur un seul acteur. Les factures ne peuvent plus être adressées qu'à un seul et unique agent payeur, qui règle ces factures après les avoir contrôlées. La source dont cet acteur tire ses fonds n'est pas définie. Le financement peut être assuré exclusivement par les primes, exclusivement par les impôts ou par un mélange des deux, comme c'est le cas actuellement avec la LAMal⁷.

4 Humbel, Brand, Carobbio Guscetti, Cassis, de Courten, Frehner, Häslar, Hess Lorenz, Moret, Steiert, Weibel

5 Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. Optimisation du pilotage et du financement dans les services de santé, argumentaire, 19.5.2017

6 Financement uniforme des prestations à l'hôpital et des prestations ambulatoires par l'assurance obligatoire des soins, rapport du Conseil fédéral en réponse à la motion 06.3009 de la CSSS-E et en exécution du postulat Grin 10.3137, 13.12.2010, p. 4

7 Institut d'économie politique de l'Université de Berne, *Center for Studies in Public Economics*, Robert E. Leu, Financement hospitalier moniste, bases de la 3^e révision de la LAMal, sous-projet, éditeur : Office fédéral de la santé publique, Berne, février 2004, p. 29

Comme les différents emplois du terme « monisme » peuvent prêter à confusion, c'est l'expression « financement uniforme des prestations du secteur ambulatoire et du secteur stationnaire » – ou plus brièvement « financement uniforme » – qui est utilisée dans le contexte du présent objet. Au sein de la commission, nul n'a jamais contesté le fait que ce financement devrait être assuré aussi bien au moyen des primes que des recettes fiscales.

2.2 Réglementation en vigueur

La révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009. Elle a remplacé le financement de l'établissement, qui prévalait jusque-là, par un financement axé sur les prestations. Depuis lors, les prestations hospitalières sont rémunérées au moyen de forfaits liées aux prestations. Les coûts d'investissement sont inclus dans le montant de ces rémunérations.

Depuis le 1^{er} janvier 2012, les prestations hospitalières sont financées selon un système dit dual fixe : les cantons sont tenus d'assumer une part fixe du financement (art. 49a, al. 1, LAMal). Est responsable du cofinancement le canton de domicile de l'assuré. Celui-ci fixe chaque année sa part de cofinancement, laquelle doit être d'au moins 55 % depuis la fin de la période transitoire, donc depuis le 1^{er} janvier 2017 (art. 49a, al. 2, LAMal). Les cantons ne doivent cofinancer que les prestations hospitalières des établissements répertoriés sur la liste des hôpitaux des planifications cantonales. Les assureurs peuvent conclure avec les hôpitaux ou les maisons de naissance non répertoriés des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) (établissements conventionnés) (art. 49a, al. 4, LAMal).

Les fournisseurs de prestations facturent leurs prestations tant aux assureurs qu'au canton. Ce dernier verse sa part directement à l'hôpital, mais l'assureur et le canton peuvent convenir que le canton paie sa part à l'assureur et que ce dernier verse les deux parts à l'hôpital (art. 49a, al. 3, LAMal).

Les cantons ont la possibilité de fixer, en tant qu'instrument de gestion des finances, un montant global pour le financement des hôpitaux (et également des établissements médico-sociaux ; art. 51 LAMal). La répartition des coûts décrite ci-dessus reste toutefois réservée. Les rémunérations fondées sur la LAMal ne doivent comprendre aucune part destinée au financement de prestations d'intérêt général, recherche ou formation universitaire par exemple. Ces prestations sont financées, en règle générale par les cantons, en sus des rémunérations dues en vertu de la LAMal.

Dans le domaine ambulatoire, le financement des prestations est aujourd'hui de la compétence exclusive des assureurs. Ces prestations sont donc entièrement financées par les primes, sans participation des cantons.

Pour les soins de longue durée (ambulatoires et stationnaires), l'AOS et les personnes nécessitant des soins versent des contributions depuis l'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins, le financement résiduel étant du ressort du canton.

La réglementation en vigueur est donc caractérisée par une différence de financement selon que les prestations sont fournies dans le cadre d'une hospitalisation ou en

ambulatoire. La tendance au transfert des traitements hospitaliers vers le domaine ambulatoire, rendue possible par les progrès de la médecine, entraîne une diminution des charges pour les cantons dans le domaine hospitalier et peut aller de pair avec un surcroît de charges pour les assureurs et, par voie de conséquence, pour les payeurs de primes. La responsabilité qui incombe aux cantons d'assurer le financement résiduel des soins de longue durée peut compenser en partie cet effet.

Les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier sont étudiés dans le cadre d'une évaluation. Les résultats définitifs sont attendus pour 2019. On a déjà examiné si l'introduction des forfaits par cas liés aux prestations avaient conduit à des transferts de prestations.⁸ Selon les résultats de cette étude, les hôpitaux de soins somatiques aigus ont certes appliqué une stratégie de transfert de prestations vers les domaines situés en amont et en aval (ambulatoire hospitalier et établissements médico-sociaux), mais ces transferts sont pour l'heure encore très limités. À moyen terme, cependant, ils pourraient augmenter nettement. D'autres résultats de l'évaluation montrent que le pourcentage de patients qui, après une hospitalisation pour soins somatiques aigus, ont été traités par des institutions en aval (établissements médico-sociaux ou organisations d'aide et de soins à domicile) a augmenté depuis 2009.⁹

2.3 Effets pervers du système actuel

La réglementation en vigueur est caractérisée par une différence de financement selon que les prestations sont fournies dans le cadre d'une hospitalisation ou en ambulatoire. Cela peut produire, directement ou indirectement, divers effets pervers allant à l'encontre de l'objectif visé : traitement de qualité et efficacité des coûts.

Aujourd'hui, avec cette différence de financement, les assureurs ne sont incités à encourager le transfert de prestations de l'hospitalier vers l'ambulatoire que si les prestations ambulatoires sont au moins 55 % meilleur marché que les prestations stationnaires. Dans les autres cas, il en résulte certes la plupart du temps des économies importantes pour la société dans son ensemble, mais les coûts à prendre en charge par les assureurs augmentent. À l'inverse, les cantons, sous l'angle des coûts qu'ils doivent supporter, ont intérêt à augmenter l'attrait des prestations ambulatoires. Ainsi, les assureurs sont incités à négocier les tarifs avec les fournisseurs de prestations de manière à servir leurs propres intérêts. Ils peuvent par exemple être tentés de négocier dans le domaine hospitalier des tarifs généreux pour les fournisseurs de prestations pour que ces derniers fournissent de préférence des prestations hospitalières. Les cantons peuvent eux aussi fixer les tarifs de manière à être avantagés, si les partenaires tarifaires ne parviennent pas à s'accorder ou si un tarif négocié

- 8 Widmer, P., Hochuli, P., Telsler H., Reich, O., Früh, M. (2017). Erwünschte und unerwünschte Optimierungen betreffend Leistungsmengen und -verlagerungen im stationären Spitalbereich. 2. Teilstudie: Leistungsverlagerungen unter SwissDRG. Olten : Polynomics.
- 9 Hedinger, D., Tuch, A. & Widmer, M. (2017). Qualité des prestations stationnaires suite au nouveau financement hospitalier. Monitoring des indicateurs de qualité de 2009 à 2015. (Obsan Bulletin 2/2017). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé. Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

n'est pas approuvé par le canton. Ces deux effets sont susceptibles de produire des distorsions lors du choix de la forme de thérapie qui est fait par les fournisseurs de prestations. Cela a son importance surtout pour les interventions chirurgicales relativement légères, qui peuvent être effectuées aussi bien en ambulatoire qu'avec hospitalisation. Dans de telles situations, la différence actuelle dans le financement des prestations respectives a pour effet que le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire est entravé par des effets pervers au niveau des tarifs. Il en résulte des coûts inutilement élevés à la charge de l'ensemble de la société et, le cas échéant, une moindre qualité médicale, accompagnée dans certains cas par une baisse de la sécurité des patients.

Si l'on ne considère que la part des coûts stationnaires par rapport à l'ensemble des coûts, la Suisse se trouve – par exemple selon les données de l'OCDE – dans la moyenne des pays européens. Mais une telle comparaison ne permet pas de se prononcer sur le potentiel inutilisé en Suisse de transfert des prestations hospitalières vers le domaine ambulatoire, car les motifs des différences entre les pourcentages respectifs au niveau international sont trop divers. Un pourcentage comparativement élevé de frais dévolus aux traitements hospitaliers peut être dû à un potentiel de transfert inutilisé, mais également à des tarifs hospitaliers élevés ou à des tarifs ambulatoires avantageux, à une conception différente des structures de soins médicaux, à une autre configuration des besoins médicaux ou à d'autres motifs encore.

Un examen spécifique des différentes procédures chirurgicales en Suisse a néanmoins révélé un potentiel de transfert des prestations hospitalières vers le domaine ambulatoire.¹⁰ Une autre étude, qui se réfère au faible pourcentage, en comparaison internationale, des interventions chirurgicales en ambulatoire hospitalier par rapport à l'ensemble des interventions chirurgicales (17 %, contre par ex. 51 % aux Pays-Bas et 62 % aux États-Unis), estime que le potentiel d'économies que permettrait un tel transfert pourrait atteindre jusqu'à un milliard de francs par an.¹¹

La coordination des soins est un autre aspect à prendre en compte. Elle peut contribuer de façon déterminante à éviter des hospitalisations inutiles et à améliorer l'état de santé des assurés, par exemple grâce à des traitements ambulatoires fournis à temps. La coordination des soins recèle ainsi un double potentiel de réduction des coûts et d'amélioration de la qualité. Elle pourrait toutefois entraîner une légère hausse des coûts dans le domaine ambulatoire. La différence actuelle dans le financement respectif des prestations hospitalières et des prestations ambulatoires a pour effet que les économies réalisées dans le domaine hospitalier ne profitent pas toutes aux assurés, alors que ces derniers doivent assumer intégralement, via les primes, les éventuels coûts supplémentaires dans le domaine ambulatoire. Les économies résultant de la coordination des soins ne se répercutent donc pas entièrement sur les primes, ce qui réduit l'attrait que les modèles d'assurance de ce type exercent sur les assurés. Par conséquent, ni les assureurs ni les assurés n'exploitent entièrement aujourd'hui le potentiel d'économies que recèlent ces modèles.

¹⁰ Roth, S. & Pellegrini, S. (2015). Virage ambulatoire. Transfert ou expansion de l'offre de soins ? (Obsan Rapport 68). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

¹¹ PWC (2016). Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen.

La tendance au transfert des traitements hospitaliers vers le domaine ambulatoire, due aux progrès de la médecine, a pour effet à la longue de décharger les cantons dans le domaine du cofinancement des prestations hospitalières. Mais ce transfert vers le domaine ambulatoire produit en même temps un accroissement de charges pour les assureurs et donc pour les payeurs de primes, puisque ceux-ci financent intégralement les prestations ambulatoires. Il a aussi pour effet de réduire la part des prestations visées par la LAMal, hors soins de longue durée, que les cantons financent au moyen des recettes fiscales. Pour les soins de longue durée, depuis l'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins, les assureurs, ou plutôt les payeurs de primes et les patients, paient une contribution, les cantons étant responsables du financement résiduel, ce qui tend à faire augmenter la charge relative des cantons dans ce domaine. Un recul de la part des prestations LAMal financées au moyen des recettes fiscales et la hausse des primes par tête qui va de pair entraînent un déplacement de la charge totale pour différents groupes de revenus. Une hausse des primes par tête représente une charge supplémentaire surtout pour les revenus faibles et moyens, ce qui n'est pas souhaitable sous l'angle de la politique sociale. L'objectif est au contraire que la part des prestations LAMal financées au moyen des recettes fiscales ne diminue pas à moyen et à long terme. Un financement uniforme des prestations, hospitalières et ambulatoires, peut en favoriser la réalisation.

2.4 Rappel des faits

L'initiative 09.528 ne constitue pas la première tentative d'introduire un financement uniforme des secteurs ambulatoire et stationnaire. Dans le cadre de l'examen de la deuxième révision de la LAMal¹², les deux Chambres avaient en effet approuvé une disposition transitoire qui chargeait le Conseil fédéral de présenter, dans un délai de quelques années, une révision de loi prévoyant le passage à un système de financement uniforme. La deuxième révision de la LAMal a toutefois été rejetée par le Conseil national à la session d'hiver 2003.

Dans le même temps, le Conseil fédéral avait fait jeter les bases d'une troisième révision partielle de la LAMal. Le rapport scientifique sur le financement stationnaire moniste, établi dans ce contexte par le professeur Robert. E. Leu (cf. note de bas de page n°7), développe et évalue plusieurs modèles.

Après l'échec de la deuxième révision de la LAMal, les travaux préparatoires en vue de la troisième révision ont été interrompus. Le 15 septembre 2004, le Conseil fédéral a soumis au Parlement son message concernant la révision partielle de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier¹³. Il a renoncé à une transition immédiate vers un système de financement moniste, au motif que le consensus politique nécessaire n'existait pas encore. À la suite de cette décision, la CSSS-E a élaboré un modèle de financement moniste. Celui-ci prévoyait un financement de toutes les prestations selon la même clé de répartition, que celles-ci soient dispensées en ambulatoire, dans un hôpital public ou dans un hôpital privé. Selon ce modèle, les assurances-maladie auraient, en principe, payé 70 % des prestations et les

¹² Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement des hôpitaux (00.079 é)

¹³ Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement hospitalier (FF 2004 5207 ; 04.061 é)

cantons 30 %, étant entendu que les contributions des cantons seraient versées aux prestataires de soins via les assurances-maladie. Dans une prise de position commune datant du 17 novembre 2005, 24 cantons ont catégoriquement rejeté ce projet. Les critiques portaient en particulier sur les points suivants :

- Violation du principe de l'équivalence fiscale si l'argent du contribuable devait aller à des fournisseurs de prestations à but lucratif sans possibilité de pilotage adéquate ;
- Aucun instrument adéquat pour la maîtrise des coûts, notamment dans le domaine ambulatoire ;
- Pas de passage au nouveau système de financement qui soit neutre du point de vue des coûts ;
- Absence d'incitations à contenir les coûts.

Face à la vive opposition suscitée par son projet, la CSSS-E a abandonné le modèle qu'elle avait présenté et a élaboré, en collaboration avec l'administration, une solution de compromis qui a servi de base à la suite des débats sur le financement hospitalier (voir aussi ch. 2.2).

Dans le même temps, la CSSS-E a déposé une motion intitulée « Financement uniforme des prestations hospitalières et ambulatoires » (06.3009) qui visait à charger le Conseil fédéral de soumettre au Parlement, avant la fin de l'année 2008, un projet correspondant, qu'il devait élaborer sur la base des travaux préparatoires effectués par la commission. Le Conseil fédéral a refusé de soumettre une nouvelle proposition avant que le modèle qui était alors débattu n'ait été mis en œuvre et ait pu déployer ses effets. Le Conseil des Etats et le Conseil national ont décidé de maintenir le mandat confié au Conseil fédéral par la CSSS-E, en prolongeant cependant le délai d'exécution jusqu'à la fin de l'année 2010. Le Conseil fédéral n'a pas entièrement rempli ce mandat, mais a remis, le 13 décembre 2010, un rapport (voir note de bas de page n°6) dans lequel il a fait le point sur l'état des discussions et présenté plusieurs modèles de financement possibles. Dans ce rapport, le gouvernement est parvenu à la conclusion suivante : « Le passage à un financement uniforme doit être visé à long terme, en particulier si une nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons entre en compte. La discussion sur les modifications possibles doit cependant démarrer sans tarder. On ne peut en effet attendre d'une solution qu'elle soit porteuse que si elle repose sur un large consensus. »¹⁴

La Confédération et les cantons ont entamé leurs discussions dans le cadre du dialogue « Politique nationale de la santé ». Ils ont demandé à l'expert Markus Moser d'évaluer les solutions et les arguments présentés par le Conseil fédéral et la CDS et de leur indiquer quelles propositions mériteraient d'être approfondies¹⁵. Aucun projet concret relatif au financement uniforme des secteurs ambulatoire et stationnaire n'a pour le moment découlé de ces travaux.

¹⁴ Rapport du Conseil fédéral, p. 18

¹⁵ *Tarife und Eckwerte einer künftigen Finanzierung der Krankenversicherung im Rahmen einer Nationalen Gesundheitsstrategie*, Markus Moser, 22.3.2012

En septembre et en décembre 2011, le Parlement a chargé le Conseil fédéral, au moyen de deux autres motions¹⁶, de proposer un système de financement uniforme pour les secteurs ambulatoire et stationnaire. Le Conseil fédéral veut toutefois attendre de disposer du résultat des délibérations relatives à l'initiative 09.528¹⁷.

3 Nouvelle réglementation proposée

3.1 Grandes lignes du projet

Le projet de financement uniforme des prestations du secteur ambulatoire et du secteur stationnaire poursuit trois objectifs. Premièrement, il vise à encourager le transfert de prestations du secteur stationnaire au secteur ambulatoire lorsque cela est judicieux du point de vue médical. Dans la mesure où les prestations fournies en ambulatoire sont généralement meilleur marché que celles fournies dans le secteur stationnaire, cette mesure permettra, dans l'ensemble, de freiner l'augmentation des coûts¹⁸. Les primes connaîtront également une hausse moins rapide puisque la contribution cantonale est désormais aussi prévue pour les prestations fournies en ambulatoire. Dans ces conditions, une coordination des soins de grande qualité, qui permet d'éviter des hospitalisations inutiles par des traitements ambulatoires en temps utile, sera aussi financièrement plus attrayante pour les assurés.

Deuxièmement, le passage à un financement uniforme doit permettre de stabiliser les parts respectives du financement des prestations de l'assurance obligatoire des soins (AOS) – à l'exclusion des soins de longue durée – par les recettes fiscales et par les primes. Troisièmement, le financement uniforme vise à inciter les agents de financement (assureurs et cantons) à faire davantage d'efforts en vue d'instaurer une tarification adéquate des prestations fournies dans les secteurs ambulatoire et stationnaire.

3.1.1 Champ d'application

Le financement uniforme doit s'appliquer à toutes les prestations ambulatoires et stationnaires de l'AOS (à l'exception des prestations de soins). Il englobe donc aussi les prestations de psychiatrie et de réadaptation, ainsi que les soins aigus et de transition.

Les prestations de soins doivent être exclues du financement uniforme, car elles sont soumises à des règles spéciales depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2011, du nouveau régime de financement des soins¹⁹. Conformément à ce dernier, l'AOS fournit une contribution aux soins dont le montant en francs est fixé par le Conseil fédéral et échelonné en fonction du besoin en soins (art. 25a, al. 1, LAMal). En outre, les coûts des soins ne peuvent être répercutés sur la personne assurée qu'à hauteur de 20 % au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral ; les cantons régulent le financement résiduel (art. 25a, al. 5, LAMal).

¹⁶ Motion 09.3535 « Uniformisation des financements des prestations LAMal » et motion 09.3546 « Transparence dans le financement de l'assurance de base sociale »

¹⁷ Motions et postulats des conseils législatifs 2016, rapport du Conseil fédéral du 3.3.2017, p. 37

¹⁸ Cf. ch. 2.3.

¹⁹ RO 2009 3517

3.1.2 Agent payeur et répartition des coûts

Désormais, les prestations ambulatoires et stationnaires ne devraient plus être payées que par les assureurs. Ces derniers sont en effet les mieux à même d'endosser le rôle d'agent payeur puisque le contrôle des factures émises par les fournisseurs de prestations fait déjà partie de leurs tâches principales. Il est dans l'intérêt des assureurs de soumettre les factures à un contrôle efficace : en évitant des dépenses superflues et en freinant ainsi la hausse des primes, ils se ménagent un avantage par rapport à leurs concurrents.

Le financement uniforme doit modifier les flux financiers afin de supprimer les effets pervers. Mais l'introduction de ce financement doit dans l'ensemble être neutre en termes de coûts aussi bien pour les assureurs que pour les cantons. Conformément à une analyse spéciale non publiée de l'Office fédéral de la statistique (OFS), les cantons et les communes ont versé, de 2012 à 2015, des subventions à hauteur de 7,0 à 7,4 milliards de francs à des hôpitaux de soins aigus, à des cliniques psychiatriques, à des cliniques de réadaptation ainsi qu'à d'autres cliniques spécialisées (hors prestations d'intérêt général). Comme, durant la période transitoire prévue par la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, tous les cantons n'avaient pas encore atteint une part de financement de 55 % pour le secteur hospitalier, ces subventions sont extrapolées de manière à atteindre exactement la proportion de 55 % dans chaque canton. Selon ce calcul, les contributions des cantons pour les années 2012 à 2015 auraient été comprises entre 7,3 et 7,7 milliards de francs.

Les assureurs ont payé au total entre 19,9 et 23,6 milliards de francs (sans participation aux coûts) pour toutes les catégories de fournisseurs de prestations, à l'exclusion des soins infirmiers ambulatoires et des EMS. La part du financement public se monte ainsi à 25,5 % en moyenne. Cette répartition des coûts doit être reprise dans le cadre du financement uniforme des secteurs ambulatoire et stationnaire.

Le projet prévoit que la contribution cantonale minimale s'élève à 25,5 % des prestations nettes des assureurs, donc après déduction de la participation des assurés aux coûts. Il suit ainsi la logique du système de financement des hôpitaux²⁰ en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, lequel prévoit que les cantons prennent en charge au moins 55 % des rémunérations des prestations stationnaires. Toutefois, le canton ne finance plus une partie du coût total des prestations, mais verse une contribution aux coûts que les assureurs supportent après déduction de la participation des assurés.

(Remarque concernant la procédure de consultation : la part de la contribution cantonale minimale devrait en principe être fixée à partir de données aussi récentes que possible, sur la base de la moyenne des quatre dernières années pour lesquelles les données sont disponibles. Des chiffres supplémentaires relatifs à l'année antérieure à l'année précédente sont disponibles chaque année en avril ; la part cantonale pourra être actualisée après la consultation. Il s'agira de déterminer, également à l'issue de la consultation, de quel laps de temps les cantons disposeront pour atteindre cette part minimale.)

²⁰ RO 2008 2049

3.1.3 Injection des fonds publics

Les cantons versent leurs parts des coûts à l'institution commune visée à l'art. 18 de la LAMal. Cette dernière transmet aux assureurs les contributions cantonales, qui sont réparties entre les assureurs en fonction des coûts par assuré qui sont occasionnés pour chaque assureur. Les cantons continuent ainsi de verser une contribution aux coûts, la différence étant que celle-ci ne se limite plus au secteur stationnaire et qu'elle ne correspond plus à un pourcentage de l'ensemble des coûts des prestations, mais constitue une contribution aux coûts que les assureurs supportent après déduction de la participation des assurés aux coûts. Autre différence par rapport à la situation actuelle, les factures ne sont plus adressées aux cantons, mais uniquement aux assureurs (ou aux assurés, dans le système du tiers garant).

Le mécanisme de compensation des risques permet, comme c'est déjà le cas aujourd'hui, de compenser en partie les différences entre les assureurs en ce qui concerne la morbidité des effectifs d'assurés. Ce sont les différences de risques supportées par les assureurs qui sont compensées (après déduction de la part des cantons aux coûts). Les assureurs sont donc indemnisés pour une partie des coûts occasionnés. Comme c'est le cas aujourd'hui, une partie des coûts n'est donc pas soumise au risque d'entreprise des assurances. Sur cette partie, aucune incitation supplémentaire à un approvisionnement efficient n'est créée. A l'inverse, il ne faut pas non plus craindre qu'une compensation des risques qui fonctionnerait de manière insatisfaisante ait des répercussions moins favorables que dans le système actuel, car la somme prise en compte dans le cadre de la compensation des risques resterait identique.

Par rapport à la situation actuelle, les effets pervers liés au choix entre traitement stationnaire ou ambulatoire seraient ainsi éliminés, et l'objectif d'un système de financement uniforme serait donc atteint. Pour les négociations tarifaires également – abstraction faite des interactions avec le domaine des assurances complémentaires –, il n'y aurait plus d'incitation à privilégier l'un ou l'autre secteur. Contrairement à aujourd'hui, l'effet sur les primes des formes d'assurance proposées par les assureurs qui induisent à un transfert du secteur stationnaire au secteur ambulatoire est entier. La pression concurrentielle exercée sur les assureurs et l'incitation à viser un approvisionnement efficient tant dans le secteur stationnaire que dans le secteur ambulatoire restent en revanche inchangés.

3.1.4 Propositions de minorité

Une minorité (Gysi, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Häslar, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia) propose de ne pas entrer en matière sur le projet. Celui-ci ne tiendrait pas suffisamment compte des souhaits des cantons et ne serait de ce fait pas susceptible de rallier une majorité. Avant qu'un financement uniforme des secteurs ambulatoire et hospitalier puisse être introduit, il faudrait que les cantons obtiennent des instruments de pilotage du secteur ambulatoire ; il convient donc d'attendre que l'on sache comment se présentera la réglementation de l'admission des médecins destinée à remplacer celle qui prendra fin au milieu de 2019 (art. 55a LAMal²¹). Dans sa forme actuelle, le projet ne produirait pas non plus suffisamment d'effet pour freiner la croissance des coûts ni, en conséquence, celle des primes. En particu-

²¹ En vigueur jusqu'au 30.6.2019 (RO 2016 2265)

lier, il ne toucherait pas aux incitations négatives créées par les assurances complémentaires et qui se répercutent sur l'AOS. Il ne tiendrait pas non plus compte du fait que la conception du tarif est plus déterminante pour le transfert du secteur hospitalier au secteur ambulatoire qu'un financement uniforme.

Concernant les art. 16, al. 3^{bis}, et 60a, une minorité (Humbel, Aeschi Thomas, de Courten, Herzog, Hess Lorenz, Sauter, Schmid-Federer, Weibel) propose que les contributions cantonales parviennent aux assureurs sous la forme de montants forfaitaires par assuré, ce qui, combiné avec la compensation des risques, conduit à une répartition entre les assureurs qui est conforme aux risques. Les cantons versent leurs parts des coûts à l'institution commune (art. 18 LAMal). Cette dernière transmet aux assureurs les contributions cantonales, qui sont réparties entre les assureurs en fonction de leurs effectifs d'assurés. La contribution cantonale parvient ainsi aux assureurs sous la forme de montants forfaitaires par tête. Le montant forfaitaire varie en fonction des groupes d'assurés (adultes, enfants et autres groupes d'assurés ayant des primes spéciales tels que requérants d'asile et assurés domiciliés à l'étranger). Les jeunes adultes, par contre, devraient donner lieu au même montant forfaitaire que les adultes, car ils sont soumis à la même compensation des risques qu'eux et bénéficient simplement d'un rabais. S'ils donnaient lieu à un montant forfaitaire inférieur, l'allègement décidé pour eux par l'Assemblée fédérale le 17 mars 2017²², qui devrait entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2019, serait en partie annulé. Ce montant correspond toujours à au moins 25,5 % (voir ch. 3.1.2) de la moyenne des coûts générés par ces groupes d'assurés (adultes, enfants, etc.). La morbidité des assurés ne joue aucun rôle à ce stade. Par la suite, cependant, le mécanisme de compensation des risques entre les assureurs fait en sorte que les fonds soient versés aux assureurs qui en dépendent en raison de leur structure d'assurés (morbidité). Ce mécanisme existe déjà : les montants redistribués sont adaptés de manière dynamique aux nouveaux montants plus élevés. Le versement d'un montant forfaitaire par assuré ne revient pas, comme on pourrait le supposer au premier abord, à un paiement indifférencié qui ne tiendrait pas compte des besoins ; il permet, en relation avec la compensation des risques entre les assureurs, d'assurer une répartition adaptée aux besoins des assureurs. Les contributions cantonales que touchent les assureurs ne dépendent donc pas des coûts occasionnés, mais (en lien avec la compensation des risques) du risque attendu. On laisse ainsi le soin aux assureurs de déterminer eux-mêmes comment ils entendent garantir que le montant perçu en fonction du risque attendu suffira à couvrir les coûts effectifs. En plus d'éliminer les effets pervers entre traitements hospitaliers et ambulatoires, cela incitera encore davantage les assureurs à s'engager, aussi bien dans le domaine hospitalier qu'ambulatoire, pour un approvisionnement en soins efficient, puisque celui-ci aura un effet considérable sur les primes. Pour ce faire, il est indispensable que la compensation des risques fonctionne de manière satisfaisante et qu'elle recouvre si possible entièrement les différences de coûts qui sont dues à une nécessité médicale et sur lesquelles un approvisionnement efficient n'aurait aucune incidence.

S'agissant de l'art. 18, al. 2^{octies}, une minorité (Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Häsler, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia) propose que l'institution commune visée à l'art. 18 LAMal puisse contrôler les factures des fournisseurs de pres-

²² FF 2017 2213

tations. Le contrôle des factures serait essentiel aux yeux des cantons. La minorité s'est également montrée ouverte à une solution dans laquelle ce contrôle ne serait pas confié à l'institution commune, mais à un organe encore à créer, au sein duquel les cantons seraient représentés.

Pour ce qui est de l'art. 49a, une minorité (Gysi, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Häslér, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia) propose que l'AOS, comme aujourd'hui, prenne en charge 45 % au plus des coûts des prestations des hôpitaux et des maisons de naissance conventionnés (art. 49a). Les assureurs peuvent conclure avec les hôpitaux et les maisons de naissance qui remplissent les conditions légales mais ne figurent pas sur une liste cantonale des hôpitaux des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'AOS. Si la rémunération de ces prestations passe de 45 % au plus à 74,5 % au plus, des fonds supplémentaires d'un volume inconnu seront transférés de l'AOS à ces fournisseurs de prestations. Cela aura pour effet de faire baisser les primes des assurances complémentaires et d'alléger la charge des personnes assurées auprès de ces assurances. Cet effet, de l'avis de la minorité, n'est pas souhaité.

Une minorité (Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia) veut garantir que le projet de financement uniforme des prestations du secteur ambulatoire et du secteur hospitalier n'entre en vigueur que si une réglementation remplaçant l'art. 55a LAMal dans l'esprit d'un pilotage du secteur ambulatoire entre elle aussi en vigueur. Elle propose de lier les deux choses dans une disposition transitoire.

3.2 Solutions examinées mais non retenues

3.2.1 Répartition des coûts différenciée selon les cantons

La commission s'est demandé si la répartition des coûts entre les assureurs et les cantons devait être fixée de manière uniforme (dans tout le pays) ou différenciée (selon les cantons). Elle n'a pas souhaité laisser complètement aux cantons le soin de définir quelle part du financement uniforme des secteurs ambulatoire et stationnaire ils souhaitent assumer : une telle solution comprendrait le risque que certains cantons réduisent leur contribution au financement des prestations de l'AOS au détriment des assureurs, donc des assurés. Ainsi, l'objectif d'une stabilisation des parts des coûts de l'AOS financées par les impôts et par les primes – à l'exclusion des soins de longue durée – ne pourrait pas être atteint. En outre, si chaque canton pouvait fixer lui-même la part de financement, les assurés risqueraient de payer des primes différentes simplement pour cette raison, ce qui irait à l'encontre de l'égalité de traitement des assurés.

La commission s'est également demandé s'il fallait charger la Confédération de fixer la répartition des coûts de manière différenciée pour chacun des cantons. Elle a toutefois décidé de s'abstenir d'une telle différenciation, car elle entend toujours que les cantons se voient prescrire uniquement une part minimale. Étant donné que l'importance du secteur hospitalier stationnaire diffère aujourd'hui d'un canton à l'autre, la réglementation proposée n'est pas neutre en termes de coûts pour chaque canton. Les cantons dans lesquels l'importance du secteur stationnaire par rapport au secteur ambulatoire est actuellement inférieure à la moyenne devront, en vertu de

cette réglementation, verser une contribution plus élevée qu'aujourd'hui. À l'inverse, les cantons dans lesquels l'importance du secteur stationnaire est actuellement supérieure à la moyenne pourront, s'ils le souhaitent, abaisser quelque peu le montant de leur contribution par rapport à aujourd'hui.

3.2.2 Injection des contributions publiques via la réduction individuelle des primes

La commission a examiné la possibilité d'injecter la part cantonale via la réduction individuelle des primes, solution qui avait aussi été discutée dans les rapports Leu et Moser ainsi que dans le rapport du Conseil fédéral²³.

Si les contributions des cantons aux prestations stationnaires étaient intégralement injectées dans le système de réduction individuelle des primes, le volume de ce système triplerait presque, passant de 4 à quelque 11 milliards de francs (chiffres de l'année 2014). Pour garantir que la proportion entre les parts financées respectivement par les impôts et par les primes dans le financement uniforme reste inchangée, la Confédération devrait prescrire aux cantons des règles plus précises concernant la réduction des primes. D'une certaine manière, cela irait à l'encontre de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), qui avait laissé aux cantons une marge de manœuvre importante en leur permettant de définir dans quelle mesure ils accordent des réductions de primes aux différentes catégories d'assurés sur leur territoire.

Outre ces considérations de nature fédéraliste, d'autres arguments parlent en défaveur d'une injection de la part cantonale via la réduction des primes. Si la réduction des primes en fonction du revenu continuait d'être concentrée sur les assurés « de condition économique modeste »²⁴, un tiers environ de la population verrait ses primes presque entièrement subventionnées par les réductions, ce qui créerait d'importants effets de seuil, lesquels seraient indésirables. Si, au contraire, le cercle des bénéficiaires était étendu à une partie de la classe moyenne, on pourrait douter de l'efficacité d'un système qui prévoit des primes indépendantes du revenu tout en réduisant celles-ci pour plus de la moitié de la population au moyen de fonds publics. Une répartition de la part cantonale entre les assurés du canton au moyen de bons serait une solution administrativement plus lourde qu'une injection directe via les assureurs.

La commission s'est également penchée sur deux variantes dans lesquelles 10 ou 20 % de la part cantonale serait versée via la réduction individuelle des primes, le reste étant versé via la compensation des risques ou directement aux assureurs. Toutefois, la Confédération devrait là aussi prévoir des règles plus précises à l'intention des cantons, ce qui irait à l'encontre de la RPT.

3.2.3 Correction des primes pour enfants

L'effet du passage au financement uniforme n'est pas le même sur les primes pour enfants que sur les primes pour adultes. L'une des raisons est que les enfants recourent moins aux prestations stationnaires que les adultes. En 2014, la part des presta-

²³ Voir notes 6, 7 et 15

²⁴ Art. 65, al 1, LAMal

tions stationnaires par rapport au total des prestations était de 17 % environ pour les enfants et de 24 % environ pour les adultes.

Un financement uniforme profite aux enfants, dont les coûts sont moins fortement cofinancés par les cantons que ceux des adultes dans le système actuel, vu qu'ils utilisent moins les prestations stationnaires. Ainsi, les primes pour enfants pourraient diminuer de quelque 9 %, alors que les primes pour adultes augmenteraient de 0,5 % environ (chiffres de 2014).

Outre les enfants et les adultes, il existe une troisième catégorie d'âge, à savoir les jeunes adultes de 18 à 25 ans, dont la part des prestations stationnaires dans les coûts totaux est plus basse que celle des adultes. Actuellement, les jeunes adultes sont soumis à la même compensation des risques que les adultes ; à partir de 2019, leurs charges seront toutefois allégées dans la compensation des risques, de sorte que les assureurs pourront baisser les primes des jeunes adultes²⁵. Pour ces derniers, les assureurs ne devront alors verser plus que la moitié du montant dû sans le rabais. Vu que les coûts stationnaires des jeunes adultes sont eux aussi plus bas, ils représenteront donc des risques moins élevés par rapport à la situation actuelle si la contribution cantonale couvre également les traitements ambulatoires. L'écart pour les jeunes adultes par rapport au risque moyen se creusera donc encore et le rabais prévu dans la compensation des risques augmentera, vu qu'il dépend du montant effectivement versé au titre de la compensation des risques. Les primes des jeunes adultes diminueront légèrement avec l'introduction du financement uniforme, celles des autres adultes augmenteront légèrement. Les deux conséquences du financement uniforme des secteurs ambulatoire et stationnaire (allègement des coûts pour les enfants et les jeunes adultes) devraient faire augmenter les primes des adultes de moins de 1 % au total.

La commission s'est penchée sur plusieurs mécanismes correctifs qui garantiraient que le passage à un financement uniforme des secteurs ambulatoire et stationnaire n'ait aucune conséquence sur les primes des enfants, des jeunes adultes et des adultes (calcul de la part de financement distinct pour chacune des catégories ; allègement moins important de la compensation des risques pour les jeunes adultes). Elle est arrivée à la conclusion que l'introduction des éléments essentiels du financement uniforme était prioritaire et qu'il ne fallait pas la compliquer et l'alourdir avec des ajustements mineurs. En outre, les augmentations de primes escomptées pour les adultes sont nettement inférieures aux augmentations moyennes annuelles des primes.

3.2.4 Correction de la participation aux coûts

Si les prestations stationnaires ne sont plus cofinancées directement par les cantons, mais intégralement facturées aux assureurs avec le passage au financement uniforme, le montant sur lequel est calculée la participation aux coûts des assurés (franchise, quote-part) augmente. En contrepartie, les primes et les contributions cantonales devraient diminuer dans la même proportion. On peut donc s'attendre à ce que, dans les faits, il n'y ait pratiquement aucune conséquence pour les assurés. Sur une année, les assurés qui auront besoin d'un traitement stationnaire présenteront généralement aussi des coûts dans le secteur ambulatoire tels que la participa-

²⁵ Modification de la LAMal du 17.3.2017 (FF 2017 2213)

tion aux coûts maximale sera atteinte. Toutefois, pour les assurés généralement en bonne santé qui doivent être hospitalisés pour une courte durée, le financement uniforme pourrait conduire à une augmentation de la participation aux coûts par rapport à aujourd'hui et, de ce fait, à une baisse des primes ainsi que des contributions cantonales. Par contre, la participation maximale par assuré ne changera pas.

La commission s'est demandé s'il fallait corriger cet effet. À cette fin, le taux de la quote-part pourrait être réduit de sorte que le passage au financement uniforme des prestations du secteur ambulatoire et du secteur stationnaire reste neutre pour les assurés. La commission a renoncé à prévoir un mécanisme correctif, car le nouveau système ne devrait avoir des conséquences que marginales sur la participation des assurés aux coûts.

3.3 Souhaits des cantons

La commission a longuement examiné les préoccupations et les souhaits que les cantons ont émis au cours des années dans l'optique d'un financement uniforme des secteurs ambulatoire et stationnaire (en 2005²⁶, lors de différentes auditions²⁷ et dans le cadre d'un argumentaire de la CDS²⁸) :

- Pilotage du secteur ambulatoire : les cantons souhaitent pouvoir piloter l'offre de soins ambulatoires de manière ciblée s'ils doivent participer au financement des prestations ambulatoires. Cette demande a reçu un accueil très favorable au sein de la commission. Le remplacement du système actuel de gestion de l'admission dans le secteur ambulatoire²⁹, à la mi-2019, sera l'occasion de renforcer les possibilités de pilotage des cantons dans le secteur ambulatoire. Le Conseil fédéral a mis en consultation³⁰ un avant-projet permettant aux cantons de limiter l'admission des médecins à fournir des prestations ambulatoires dans un ou plusieurs domaines de spécialité en fixant un nombre maximal de manière autonome. Parallèlement, la CSSS-N a déposé une initiative³¹ visant à donner aux cantons la compétence de définir les nombres minimaux et maximaux de fournisseurs de prestations nécessaires pour garantir la couverture des besoins dans le domaine ambulatoire. Même si les projets de financement uniforme et de gestion de l'admission sont étroitement liés, il est préférable de ne pas les rattacher formellement afin de ne pas empêcher une entrée en vigueur du projet de gestion de l'admission dans les meilleurs délais. Dans le cadre de l'examen du projet « LAMal. Renforcement de la qualité et de l'économicité » (15.083 é), on se demande également si l'admission des fournisseurs de prestations devrait être liée à de nouvelles exigences en matière de qualité, dont les cantons devraient vérifier le respect.

²⁶ Voir ch. 2.4

²⁷ Voir ch. 1

²⁸ Voir note 5

²⁹ Art. 55a LAMal, version du 17.6.2016, RO 2016 2265

³⁰ Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant l'admission des fournisseurs de prestations, délai de consultation : du 5.7.2017 au 25.10.2017

³¹ Iv. pa. CSSS-CN. Pour une gestion cantonale de l'admission et un renforcement de l'autonomie contractuelle (17.442 n)

-
- Contrôle du décompte des prestations : pour des raisons budgétaires, les cantons souhaitent pouvoir contrôler si les prestations fournies à leur population respective sont correctement facturées. Ils proposent de créer un organe commun aux assureurs et aux cantons, qui serait chargé de procéder à ces contrôles. Si elle comprend cette demande, la commission part du principe que le contrôle des factures est du ressort des assureurs. La plupart des cantons auraient du reste convenu avec les assureurs que ces derniers contrôlent les factures présentées aux cantons par les hôpitaux visés à l’art. 49a, al. 3, LAMal. De leur côté, les assureurs sont soumis à la surveillance de l’OFSP. La commission a pris connaissance du fait que l’OFSP vérifie, en cas de soupçon ainsi que par sondages ponctuels, si les assureurs respectent les prescriptions légales concernant la rémunération des prestations. Au vu du nombre important de factures dans les secteurs ambulatoire et hospitalier, la commission estime que l’implication directe des cantons dans le contrôle des factures risquerait d’entraîner une charge administrative supplémentaire démesurée.
 - Pas d’incitations inopportunes dans l’assurance complémentaire : les cantons souhaitent que les incitations inopportunes dues aux liens établis entre les conventions contractuelles des partenaires tarifaires dans l’assurance de base et l’assurance complémentaire soient systématiquement éliminées. La commission partage cet avis. Toutefois, elle ne voit pour l’heure aucune nécessité de prendre des mesures législatives, car les autorités compétentes peuvent déjà intervenir sur la base du droit en vigueur. La commission a pris acte de ce que l’OFSP et l’Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) s’efforcent d’améliorer la transparence dans les coûts de l’assurance de base et de l’assurance complémentaire. Il s’agit en particulier d’empêcher que les prestations stationnaires déjà rémunérées au moyen des forfaits prévus à l’art. 49 LAMal soient encore facturées à l’assurance complémentaire. Par ailleurs, le Département fédéral de l’intérieur (DFI) a décidé, le 12 février 2018, une modification de l’ordonnance sur les prestations de l’assurance des soins (OPAS) prévoyant qu’à partir du 1^{er} janvier 2019, certaines interventions soient rémunérées par l’AOS uniquement si elles sont effectuées en ambulatoire. L’objectif est que les fournisseurs de prestations soient moins incités à traiter les patients titulaires d’une assurance complémentaire en stationnaire pour des raisons financières.
 - Surveillance des assureurs : les cantons souhaitent avoir davantage de poids lors des discussions sur la surveillance des assureurs. La commission ne voit quant à elle aucune raison de modifier les compétences actuelles. Conformément à la loi sur la surveillance de l’assurance-maladie³², la surveillance incombe à l’OFSP, lequel, selon la commission, tient suffisamment compte des différences cantonales. De plus, avant l’approbation des tarifs de primes, les cantons peuvent prendre position sur l’évaluation des coûts pour leur territoire.

³² RS 832.12, en vigueur depuis le 1.1.2016

-
- Part de financement cantonale : les cantons souhaitent avoir la garantie que le financement uniforme des secteurs ambulatoire et stationnaire n'entraîne aucune hausse de la part de financement cantonale dans les coûts totaux du système de santé. La commission a tenu compte de cette demande en proposant une répartition des coûts qui reste constante (voir ch. 3.1.2).

4 Commentaire des dispositions

Art.16, al. 3^{bis}

Certes, la compensation des risques continue pour l'essentiel de fonctionner de la même façon, les éléments déterminants restant les mêmes. Toutefois, l'art. 16 doit être complété afin que ce qu'on appelle la neutralité des risques reste garantie. Un nouvel alinéa 3^{bis} prévoit que pour le calcul des redevances de risque et des contributions de compensation de la compensation des risques, les prestations nettes des assureurs, déduction faite de la contribution cantonale, sont déterminantes. Seules les prestations nettes après déduction de la contribution cantonale constituent en fin de compte des coûts que l'assureur doit supporter et qui doivent donc être pris en compte dans la compensation des risques. Sans cette adaptation, les assureurs dont l'effectif comprend des assurés générant des coûts élevés seraient indemnisés à double pour ces coûts : une fois par la contribution cantonale et une seconde fois par la compensation des risques. Il serait donc possible de réaliser des bénéfices systématiques avec des assurés générant des coûts élevés, ce qui inciterait à une autre forme de sélection des risques, elle aussi problématique.

Art.18

Al. 2^{sexies}

La tâche de verser aux assureurs les contributions cantonales est confiée à l'institution commune des assureurs. Cette manière de procéder est appropriée, car sinon chaque canton devrait établir des décomptes avec de multiples assureurs. L'Institution commune connaît déjà – entre autres du fait de la tâche qu'elle remplit pour la compensation des risques – la plupart des données déterminantes des assureurs, notamment leurs effectifs d'assurés et leurs coûts. Par rapport à aujourd'hui, elle devrait relever en plus auprès des assureurs les coûts que ceux-ci assument pour les contributions aux soins de longue durée visées à l'art. 25a, al. 1, LAMal et les prestations remboursées aux hôpitaux conventionnés en vertu de l'art. 49a, al. 4, LAMal actuel, ainsi que des données relatives aux enfants, aux requérants d'asile, aux frontaliers, aux retraités résidant à l'étranger et à d'autres assurés qui aujourd'hui ne sont pas considérés par la compensation des risques.

Al. 2^{octies}

Ce nouvel alinéa reprend telle quelle la teneur de l'al. 2^{sexies} actuel.

Al. 5

La première phrase de l'al. 5 est complétée pour dire que les assureurs devront aussi financer la nouvelle tâche confiée à l'institution commune des assureurs, celle de répartir entre eux les contributions cantonales. La responsabilité du financement est transmise aux assureurs, parce que ceux-ci profitent de la répartition de ces contributions et parce que l'Institution commune est une institution commune des assureurs. Cette réglementation permet d'éviter que d'autres partenaires que la Confédération, par exemple des cantons, doivent participer au financement de cette institution. Les cantons, comme aujourd'hui, ne financeront l'Institution commune que s'ils lui confient de leur propre chef des tâches supplémentaires (nouvel art. 18, al. 2^{octies}). Ainsi, la charge supportée par les assureurs augmentera par rapport à aujourd'hui, tandis que les cantons seront déchargés des frais qu'ils supportent actuellement pour le traitement des factures des fournisseurs de prestations.

Art.25a, al. 2

Comme les soins aigus et les soins de transition ne seront plus rémunérés directement que par les assureurs, comme toutes les prestations concernées par le financement uniforme, quelques adaptations sont nécessaires. Le renvoi au cofinancement par les cantons est donc supprimé. Mais les cantons continueront de financer, par leur contribution, les soins aigus et les soins de transition dans la même mesure que toutes les prestations concernées par le financement uniforme (voir art. 60).

Art. 41, al. 1^{bis}, 1^{er}, 2^{bis} à 2^{quater}, 3, 3^{bis} et 4, 2^e à 5^e phrases

Comme le projet prévoit que le financement direct des traitements hospitaliers sera entièrement assumé par l'assureur, il est nécessaire d'adapter les dispositions relatives au choix du fournisseur de prestations et à la prise en charge des coûts, aux al. 1^{bis}, 1^{er}, 2^{bis}, 2^{ter}, 3 et 3^{bis}. Les renvois au canton ou à sa part de financement sont supprimés partout. De plus, l'article est restructuré. La définition des cas d'urgence ambulatoires à l'al. 3^{bis} peut être supprimée, car depuis l'adaptation de la LAMal au 1^{er} janvier 2018³³, le patient jouit du libre choix dans le domaine ambulatoire dans d'autres cas encore que les cas d'urgence. Pour la même raison, l'al. 4 est adapté, l'ancien renvoi à l'al. 2 entre-temps abrogé étant reformulé. Les dispositions relatives au choix du fournisseur de prestations et aux exceptions à celui-ci, pour raisons médicales, dans le secteur hospitalier se trouvent maintenant à l'al. 1^{bis} reformulé, de sorte que les al. 3 et 3^{bis} peuvent être abrogés. L'al. 2^{bis} prévoit que les règles de l'al. 1^{bis} s'appliquent par analogie aux assurés résidant à l'étranger qui ont un point d'attache dans un canton donné. L'al. 2^{ter} désigne désormais explicitement le canton dans lequel ces assurés ont un point d'attache comme le canton de résidence au sens de la loi. Le nouvel al. 2^{quater} règle par analogie la prise en charge des coûts pour les assurés qui n'ont de point d'attache dans aucun canton comme dans l'al. 2^{ter} entré en vigueur le 1^{er} janvier 2018, et précise quelles règles s'appliquent en cas d'urgence pour ces assurés.

Art. 42, al. 2 et 3

En cas de traitement hospitalier, le système du *tiers payant* reste applicable. Mais comme l'assureur devra l'intégralité de la rémunération du traitement et non plus seulement une part de celle-ci, la formulation de l'al. 2 est adaptée. Pour la même raison, il n'est plus nécessaire que le fournisseur de prestations atteste de manière séparée la part du canton et celle de l'assureur. Aussi la phrase correspondante à l'al. 3 est-elle supprimée.

Art. 49a Conventions avec les hôpitaux et les maisons de naissance

Le titre de cet article est modifié, car l'article ne réglera plus que les hôpitaux et les maisons de naissance conventionnés.

L'art. 49a, al. 4, LAMal actuel prévoit que les assureurs peuvent conclure avec les hôpitaux ou les maisons de naissance non répertoriés au sens de l'art. 39, 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'AOS. Cette disposition est déplacée à l'al. 1. Les assureurs ne pourront payer à ces derniers sur les fonds de l'AOS que la part qu'ils supportent compte tenu de la contribution des cantons, autrement dit 74,5 % du montant qui reviendrait à un hôpital répertorié (al. 2).

À noter que l'instrument des hôpitaux et maisons de naissance conventionnés devrait ainsi devenir un peu plus attrayant qu'aujourd'hui, puisque les assureurs pourront leur payer sur les fonds de l'AOS jusqu'à 74,5 % de la rémunération d'un hôpital répertorié, au lieu de seulement 45 % actuellement. Ainsi, la part à prendre en charge le cas échéant par une assurance complémentaire ou par le patient ne sera plus que de 25,5 % au lieu de 55 %, ce qui devrait permettre d'abaisser les primes des assurances complémentaires. Dans le même temps, la planification hospitalière cantonale perdra quelque peu en importance, du fait que le coût supplémentaire des traitements dans un hôpital non répertorié ne sera plus aussi élevé qu'avec la réglementation actuelle pour les patients qui l'assument eux-mêmes ou qui sont couverts par une assurance complémentaire.

Art.51. al. 1, 2^e phrase

Dans les dispositions relatives au budget global destiné aux hôpitaux, la réserve ayant trait à la répartition des coûts définie à l'art. 49a est remplacée par une réserve relative à la contribution cantonale au sens de l'art. 60.

Art.60

Cet article, précédé du nouveau titre de section « Contribution cantonale », règle le calcul de ladite contribution. Il remplace ainsi, avec l'art. 60a, de larges parties de l'art. 49a actuel.

Al. 1

Cet alinéa pose le principe selon lequel les cantons participent au financement des prestations au sens de la LAMal. Ils versent à cet effet une contribution cantonale. À

la différence de l'art. 49a actuel, il n'est plus question d'un cofinancement des prestations, la contribution du canton se référant désormais aux coûts supportés par les assureurs pour les prestations au sens de la LAMal.

Al. 2

L'al. 2 définit les coûts qui sont déterminants pour le calcul de la contribution cantonale. Ils doivent concerner des prestations visées aux art. 25 à 31. Sont exclus de ce calcul les coûts pour des prestations visées à l'art. 25a, al. 1 (soins de longue durée), pour lesquelles les assureurs, comme aujourd'hui, ne paient que des contributions, les cantons assumant le financement résiduel. Ces prestations sont donc financées aujourd'hui différemment des autres prestations visées par la LAMal, et cette différence doit être maintenue (voir aussi ch. 3.1.1).

Sont également exclus du calcul de la contribution cantonale les coûts des hôpitaux et maisons de naissance conventionnés. Ces établissements ne font pas partie de la planification hospitalière cantonale et, aujourd'hui, les cantons ne doivent pas cofinancer leurs prestations. Les assureurs ne peuvent leur verser au moyen des fonds de l'AOS que des contributions à hauteur de la part couverte par l'assurance-maladie pour un hôpital répertorié. Il doit être exclu également avec un financement uniforme que les fonds des cantons servent à cofinancer des prestations visées par la LAMal fournies par des hôpitaux ou des maisons de naissance ne figurant pas dans une liste cantonale des hôpitaux. Tel est le but de la disposition de l'art. 49a, al. 1. Les assureurs ne doivent pas faire entrer dans le calcul des coûts imputables pour la détermination du niveau de la contribution cantonale les fonds de l'AOS qu'ils versent à des hôpitaux et à des maisons de naissance conventionnés. Les prestations doivent en outre être fournies à des assurés résidant dans le canton en question, ou à des assurés résidant à l'étranger qui ont un point d'attache dans ce canton. La réglementation de l'al. 2 ne s'applique donc pas aux assurés résidant à l'étranger qui n'ont de point d'attache dans aucun canton. Pour être pertinentes pour le calcul de la contribution cantonale, les prestations doivent être fournies en Suisse. Cela correspond à la réglementation aujourd'hui en vigueur pour le secteur hospitalier.

Al. 3

L'al. 3 exclut du calcul de la contribution cantonale la participation aux coûts au sens de l'art. 64. Cette contribution doit se référer aux prestations nettes des assureurs, donc après déduction de la participation aux coûts. Cet alinéa prévoit également qu'un éventuel recours des assureurs selon l'art. 72, al. 1, de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) sera déduit pour le calcul de la contribution cantonale.

Al. 4

Comme aujourd'hui, le canton sera tenu de fixer, au plus tard neuf mois avant le début de l'année civile, le pourcentage de la contribution cantonale. Cette part ne sera plus due uniquement pour les prestations hospitalières, mais pour l'ensemble des prestations visées par la LAMal, à l'exception des soins de longue durée et des prestations des hôpitaux et maisons de naissance conventionnés. La part à fixer par le canton devra être d'au moins 25,5 %. Cette valeur a été choisie de telle sorte que la part de financement de l'ensemble des prestations visées par la LAMal reste, pour

les cantons dans leur ensemble, au même niveau par rapport aux années de référence 2012 à 2015 (voir ch. 3.1.2).

Al. 5

Le projet prévoit que la Confédération assume désormais une contribution aux traitements fournis en Suisse aux assurés résidant à l'étranger qui n'ont de point d'attache dans aucun canton. Dans l'esprit d'une adaptation aussi minime que possible de la loi, la règle selon laquelle le pourcentage fixé conformément à l'al. 4 par le canton où se situe le fournisseur de prestations est déterminante pour le niveau de la contribution reste applicable. La contribution de la Confédération se réfère aux mêmes prestations que celles pour lesquelles le canton verse une contribution conformément à l'al. 2, et les règles de l'al. 3 s'appliquent également par analogie. La Confédération fournit sa contribution parce que, comme aujourd'hui, les assurés visés dans cet alinéa n'ont de point d'attache dans aucun canton. Aujourd'hui, les cantons n'assument pour ces assurés un cofinancement commun que pour les prestations hospitalières. Les cantons ont traditionnellement une forte responsabilité pour la fourniture de ces prestations. Pour le secteur ambulatoire, cette responsabilité est moins marquée. Comme désormais des contributions devront aussi être versées pour les prestations ambulatoires, il n'y aura plus, d'une part, de référence à un canton donné pour chacun de ces assurés et, d'autre part, la responsabilité sera moins forte en ce qui concerne la fourniture de ces prestations. C'est pour ces raisons que, pour ces assurés, la Confédération fournira désormais pour les prestations ambulatoires et hospitalières la contribution que les cantons versent actuellement dans le domaine hospitalier. La réglementation proposée correspond à celle qui a déjà été adoptée pour la réduction des primes des assurés résidant à l'étranger qui n'ont de point d'attache dans aucun canton (art. 66a LAMal). La charge de la Confédération s'en trouvera quelque peu alourdie, celle des cantons en sera allégée d'autant (voir ch. 5.1).

Al. 6

Les assureurs doivent transmettre aux cantons et à la Confédération les données qui sont nécessaires pour le calcul de leur contribution respective. Les fournisseurs de prestations factureront l'intégralité de la rémunération à l'assureur, qui sera le seul agent payeur direct dans le secteur hospitalier aussi. Les cantons verseront leur part à l'Institution commune. Du point de vue administratif, c'est la manière la plus simple de transmettre aux différents assureurs les contributions des cantons. Elle évite à ces derniers de devoir établir des décomptes avec une multiplicité d'assureurs (cf. commentaire de l'art. 18).

Le projet prévoit également que le Conseil fédéral fixe la manière dont les données sont transmises et la procédure selon laquelle les cantons transmettent leurs contributions à l'Institution commune. Il importe de régler différents détails de méthode, notamment la périodicité des paiements des cantons (trimestrielle, annuelle, mensuelle, etc.), la question de savoir si c'est la date du début du traitement ou celle du décompte qui doit être déterminante pour le calcul de la contribution cantonale, ainsi que la forme que prendra le processus de paiement (par acomptes avec facturation définitive après coup, une fois connus les coûts effectifs) et le cadre temporel à prévoir pour ce processus.

Art.60a

Ce nouvel article régit la répartition des contributions cantonales entre les assureurs. Les contributions cantonales et celle de la Confédération sont réparties entre les assureurs en fonction des coûts imputables (cf. art. 60, al. 2 et 3). Ainsi, comme aujourd'hui, une partie des coûts seront supportés par le canton, et pas uniquement une partie de ceux des traitements hospitaliers, mais aussi de ceux de toutes les prestations visées par la LAMal à l'exception des soins de longue durée et des prestations des hôpitaux conventionnés (cf. art. 60, al. 2). Cela signifie aussi qu'une partie des coûts continue d'être assumée par les cantons et que cette partie n'est pas soumise à la compensation des risques entre les assureurs (cf. commentaire de l'art. 16). Ainsi le volume de la sélection des risques ne changera pas par rapport à aujourd'hui, non plus que l'effet que des soins efficaces ont sur les primes, abstraction faite de l'élimination des effets pervers que le choix entre traitement hospitalier et traitement ambulatoire produit en termes de hausse des coûts.

Art. 79a

Cet article ne se réfère plus qu'aux contributions que le canton fournit en vertu de l'art. 25a. Comme les cantons ne cofinancent plus directement des prestations mais versent leur contribution aux assureurs, il n'est pas judicieux qu'ils aient un droit de recours direct. L'assureur peut faire valoir ce droit ; l'art. 60, al. 3, garantit que les cantons profitent aussi des recours éventuels déposés par les assureurs.

5 Conséquences

5.1 Conséquences financières et effets sur l'état du personnel

Conséquences financières pour les assurés

La contribution cantonale aux coûts des prestations hospitalières et ambulatoires que le projet prévoit est ainsi calculée que l'on peut s'attendre à ce que l'introduction d'un financement uniforme n'ait pas d'impact sur les primes durant l'année de transition. Il y a cependant quelques exceptions à ce principe.

Les enfants et les jeunes adultes consomment peu de prestations hospitalières par rapport à l'ensemble des prestations. Aussi ne profitent-ils guère aujourd'hui du cofinancement des prestations hospitalières assumé par les cantons. Si une part uniforme de financement vaut désormais aussi pour les prestations ambulatoires, ils bénéficieront des contributions cantonales dans la même proportion que les adultes. Ce cofinancement plus important qu'avec le statu quo se traduira par une baisse des primes pour les enfants et les jeunes adultes. En contrepartie, les primes des adultes augmenteront légèrement (voir ch. 3.2.3).

Le projet prévoit que les assureurs seront désormais les seuls à payer directement les prestations. Ils percevront en conséquence la participation des assurés aux coûts sur l'ensemble des coûts qu'ils assument. Aucune participation aux coûts n'est perçue aujourd'hui sur la part des traitements hospitaliers financée par le canton. C'est pourquoi, dans les cas où la participation maximale aux coûts n'est pas encore

atteinte, la participation des assurés sera plus importante qu'aujourd'hui (voir ch. 3.2.4). Comme les primes devront toujours couvrir exactement les coûts, on peut s'attendre à ce qu'une légère hausse de la participation aux coûts ait pour effet une légère baisse des primes. Les contributions cantonales devraient elles aussi baisser quelque peu, parce qu'en raison de l'augmentation de la participation aux coûts, les prestations nettes seront légèrement inférieures à la somme actuelle des prestations nettes et de la subvention cantonale. La baisse combinée des subventions cantonales et des primes correspond à la hausse de la participation aux coûts. Il n'est toutefois pas possible de quantifier cet effet.

Le domaine hospitalier, dans lequel les cantons cofinancent aujourd'hui les prestations, perdra en importance relative, par rapport à l'ensemble des prestations visées par la LAMal. Le domaine ambulatoire, qui gagnera en importance, n'est pas cofinancé actuellement par les cantons. Les assurés sont donc aujourd'hui les seuls à supporter les hausses de coûts dans ce domaine. Avec un financement uniforme, les cantons participeront également au financement des prestations ambulatoires. La charge pour les assurés augmentera donc moins qu'avec le maintien du système actuel.

Enfin, un financement uniforme peut se traduire par une baisse ou une hausse moins rapide des primes si l'élimination des effets pervers entre traitements hospitaliers et ambulatoires accélère le transfert du domaine hospitalier vers le domaine ambulatoire et si une diffusion et une efficacité accrues des modèles d'assurance avec coordination des soins ont pour effet de freiner la croissance des coûts.

Conséquences financières pour les cantons

Les cantons seront déchargés du cofinancement direct des prestations hospitalières visées par la LAMal. Ils verseront leur contribution, d'un montant identique (l'année de transition), à l'Institution commune. La nouvelle contribution cantonale est calculée de telle manière que l'on puisse s'attendre à ce que le passage à un financement uniforme soit neutre en termes de coûts pour les cantons dans leur ensemble. Cependant, pour les cantons pris isolément, il est probable que ce passage ne sera pas tout à fait neutre en termes de coûts, par exemple si le canton présente aujourd'hui des structures de soins, de traitements et de patients orientées davantage que la moyenne vers les traitements ambulatoires. En pareil cas, la part de coûts hospitaliers peut être relativement faible en comparaison suisse. Étant donné que les cantons ne cofinancent actuellement que les traitements hospitaliers, mais que le projet prévoit que leur contribution couvre aussi, à l'avenir, une partie des traitements ambulatoires, la charge pourra augmenter pour un tel canton. À l'inverse, un financement uniforme pourra décharger les cantons qui affichent aujourd'hui, pour les raisons mentionnées, une forte proportion de traitements hospitaliers. Cependant, si tous les cantons s'alignent sur le minimum légal, les deux effets s'annuleront mutuellement pour les cantons dans leur ensemble.

Le pourcentage minimal de la contribution cantonale est calculé d'après le rapport entre la somme actuelle des subventions des cantons et la somme actuelle des subventions des cantons et des prestations nettes des assureurs. Comme la participation aux coûts sera aussi perçue sur la part actuelle de financement cantonal du secteur hospitalier, les nouvelles prestations nettes des assureurs seront probablement un

peu inférieures à la somme actuelle des subventions des cantons et des prestations nettes des assureurs. De ce fait, la part de financement des cantons diminuera légèrement. Il n'est toutefois pas possible de quantifier cet effet.

Les cantons assument aujourd'hui collectivement le cofinancement des traitements hospitaliers fournis en Suisse aux étrangers résidant à l'étranger qui n'ont de point d'attache dans aucun canton. La réglementation proposée décharge les cantons de ces contributions à hauteur d'environ 12 millions de francs par année (année de référence 2019), selon les estimations de l'OFSP.

Dans les années qui suivront l'introduction du financement uniforme, l'évolution de la contribution que les cantons devront verser en tant que part des coûts, ambulatoires et hospitaliers, visés à l'art. 60, al. 2, se poursuivra. Actuellement, les cantons ne cofinancent que les prestations hospitalières, dont la part dans l'ensemble des coûts est en recul. Par rapport à la réglementation actuelle, on peut donc s'attendre à ce que le montant total de la contribution des cantons aux prestations LAMal augmente un peu plus rapidement.

Cet effet pourra être quelque peu atténué si une diffusion et une efficacité accrues des modèles d'assurance avec coordination des soins ainsi que de nouvelles incitations dans le domaine des tarifs entraînent un renforcement du transfert des prestations hospitalières vers le -domaine ambulatoire. La baisse des coûts qui en résultera pour l'ensemble de l'AOS – par rapport au maintien du statu quo – profitera aussi aux cantons.

La contribution cantonale reste constante par rapport aux prestations nettes des assureurs. Mais par rapport à l'ensemble des coûts des prestations (participation aux coûts incluse), son pourcentage peut varier. Si la franchise ordinaire est relevée ou si davantage d'assurés optent pour une franchise plus élevée, le pourcentage de contribution cantonale par rapport à l'ensemble des coûts diminuera, et inversement.

De plus, par rapport au système actuel, les cantons seront déchargés du contrôle des factures et du traitement des paiements pour chaque prestation hospitalière.

Un financement uniforme avec des parts de coûts identiques pour les enfants et pour les adultes se traduira par une baisse des primes des enfants et des jeunes adultes, et par une légère hausse des primes pour les adultes (voir ch. 3.2.3). La charge des cantons au titre de la réduction des primes pour enfants diminuera légèrement. Toutefois, comme les cantons disposent d'une grande autonomie dans le domaine de la réduction des primes, il n'est pas possible de prévoir comment ils réagiront à la nouvelle situation.

Conséquences financières pour la Confédération

Le projet ne change rien aux subsides de la Confédération, prescrits par la loi, destinés aux réductions de primes accordées par les cantons. La Confédération doit verser chaque année 7,5 % des coûts bruts de l'AOS au titre des subsides destinés à la réduction des primes (art. 66, al. 2, LAMal). Si un financement uniforme a pour effet, par rapport au système actuel, de freiner l'augmentation des coûts bruts, par exemple en accélérant le transfert des prestations hospitalières vers le domaine ambulatoire ou grâce aux économies permises par les modèles d'assurance avec coordination des soins, la Confédération sera déchargée financièrement par rapport à

un maintien du statu quo, ou sa charge financière augmentera moins. Cet effet ne peut toutefois pas être quantifié.

La nouvelle contribution fédérale prévue pour les traitements hospitaliers fournis en Suisse aux assurés résidant à l'étranger qui n'ont de point d'attache dans aucun canton représente, pour la Confédération, une charge supplémentaire qui devrait, selon les estimations de l'OFSP, s'élever à 12 millions de francs en 2019. Si l'on part de l'hypothèse que le rapport entre traitements ambulatoires et traitements hospitaliers en Suisse, pour ces assurés, correspond exactement à la valeur moyenne de ce rapport pour l'ensemble des assurés, il faut s'attendre, pour la Confédération, à des dépenses supplémentaires périodiques de 12 millions de francs par année également. Si les étrangers résidant à l'étranger viennent en Suisse principalement pour des traitements hospitaliers et suivent des traitements ambulatoires surtout à l'étranger, les frais supplémentaires seront moins élevés, et inversement.

Effets sur l'état du personnel

La charge administrative occasionnée par la nouvelle contribution fédérale pour les assurés qui résident à l'étranger et n'ont de point d'attache dans aucun canton a des effets sur l'état du personnel de la Confédération. En revanche, les cantons ne participent plus au financement des prestations fournies à ces groupes d'assurés. Ils sont par ailleurs déchargés de la suppression du contrôle et du paiement des factures des fournisseurs de prestations, tâches pour lesquelles des ressources en personnel sont actuellement prévues.

La répartition des parts de financement cantonales entre les assureurs entraînera des frais supplémentaires pour l'institution commune visée à l'art. 18 LAMal. Celle-ci sera indemnisée par les assureurs pour cette tâche d'exécution.

5.2 Applicabilité

Les cantons resteront responsables du financement d'une partie des prestations visées par la LAMal, mais le projet prévoit que cette obligation ne portera pas seulement sur les prestations hospitalières, mais aussi sur les prestations ambulatoires. Ils n'auront plus à contrôler séparément les factures relatives aux traitements hospitaliers, car ceux-ci seront facturés exclusivement aux assureurs. Ils seront donc déchargés de cette tâche d'exécution. En revanche, l'Institution commune aura une nouvelle tâche d'exécution, celle de répartir entre les assureurs les contributions des cantons. Les assureurs l'indemniseront pour cela.

La suppression du contrôle des factures par les cantons ne constitue pas un obstacle à l'application de la réglementation relative aux listes de prestations qui doivent généralement être fournies en ambulatoire. Les assureurs continueront de contrôler les factures, et les garanties de prise en charge des coûts accordées par les assureurs, par exemple, resteront possibles.

Le Conseil fédéral réglera la procédure de détermination technique du niveau de la contribution cantonale et celle relative à la répartition de cette dernière entre les

assureurs. L'exécution de ces nouvelles tâches ne devrait pas causer de difficultés majeures à l'Institution commune.

5.3 Autres conséquences

Budgets globaux

Les cantons, en vertu de l'art. 51 LAMal, peuvent fixer en tant qu'instrument de gestion des finances un montant global pour le financement des hôpitaux, la répartition des coûts selon l'art. 49a (actuel) étant réservée.

Le Tribunal fédéral, dans un arrêt de 2012³⁴, a interprété le rapport entre les art. 49a et 51 en ce sens que le législateur, en maintenant l'art. 51 lors de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, avait délibérément renoncé à appliquer systématiquement la conception du financement des prestations. Il faut donc selon lui comprendre la réserve relative à l'art. 49a dans l'art. 51 en ce sens que le subside global doit être d'au moins 55 % des coûts des prestations, sans que ce pourcentage doive être versé pour chaque cas pris séparément.

La réglementation légale en vigueur peut rester inchangée, la teneur de la disposition restant la même également si elle renvoie au nouvel art. 60. Avec un financement uniforme, sa mise en œuvre concrète sera, comme aujourd'hui, laissée à l'appréciation des cantons, sans être précisée davantage dans le droit fédéral.

La mise en œuvre par les cantons devra néanmoins s'adapter à la nouvelle situation. Il n'y aura plus de rémunération directement des cantons aux fournisseurs de prestations pour les prestations visées par la LAMal. Les cantons ne pourront donc plus verser directement à ces derniers leur contribution sous la forme d'un montant global, mais seront tenus de la verser à l'Institution commune. Les cantons seraient donc appelés à trouver une manière de mettre en œuvre l'art. 51 qui tienne compte de la nouvelle situation. Les paiements des cantons destinés à des tâches d'intérêt public ne tombent pas sous le coup de la LAMal et ne font pas l'objet du présent projet. Ils restent possibles sous leur forme actuelle.

Assurances complémentaires

L'AOS ne financera plus seulement 45 % au maximum des prestations des hôpitaux, mais 74,5 %. L'AOS pourra donc aussi rembourser une part plus importante des coûts des hôpitaux et maisons de naissance conventionnés (ne figurant pas sur les listes cantonales des hôpitaux). Les coûts résiduels, à supporter dans ces cas par les patients ou par une assurance complémentaire, diminueront en conséquence. Il pourrait en résulter une baisse des primes des assurances complémentaires (voir ch. 4, commentaire de l'art. 49a).

6 Relation avec le droit européen

Le Code européen de sécurité sociale, en vue de garantir de la libre circulation des personnes, ne vise pas une harmonisation des systèmes nationaux. Les États

³⁴ Arrêt du Tribunal fédéral 2C_796/2011 du 10 juillet 2012.

membres sont largement libres de déterminer l'organisation concrète de leur propre système dans le respect des principes de coordination (par ex. interdiction de discrimination, prise en compte des périodes d'assurance, fourniture transfrontalière de services, etc.) qui sont définis dans le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), dont les modalités d'application sont précisées dans le règlement (CE) n° 987/2009 (RS 0.831.109.268.11). Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} juin 2002, de l'accord sur la libre circulation des personnes conclu entre la Suisse et la Communauté européenne (RS 0.142.112.681), ces principes de coordination sont aussi déterminants pour la Suisse.

7 Bases légales

7.1 Constitutionnalité et légalité

La présente loi s'appuie sur l'art. 117 de la Constitution fédérale, qui accorde à la Confédération la compétence de légiférer sur l'assurance-maladie³⁵.

7.2 Délégation de compétences législatives

La compétence d'édicter les dispositions nécessaires à l'application de l'assurance-maladie sociale est déléguée au Conseil fédéral à l'art. 96 LAMal.

Le projet contient une nouvelle norme qui délègue au Conseil fédéral la compétence d'édicter des dispositions d'exécution. L'art. 60, al. 6, prévoit que le Conseil fédéral règle les modalités de calcul et de versement des contributions cantonales et fédérale.

7.3 Forme de l'acte à édicter

La présente loi doit être édictée sous la forme d'une loi fédérale ordinaire, conformément à l'art. 164 de la Constitution.

7.4 Frein aux dépenses

L'art. 159, al. 3, let. b, de la Constitution fédérale prévoit que les dispositions relatives aux subventions ainsi que les crédits d'engagement et les plafonds de dépenses, s'ils entraînent de nouvelles dépenses uniques de plus de 20 millions de francs ou de nouvelles dépenses périodiques de plus de 2 millions de francs, doivent être adoptés à la majorité des membres de chaque conseil (frein aux dépenses). Comme la prise

³⁵ Voir aussi l'avis de droit de l'Office fédéral de la justice du 15.1.2018, publié à l'adresse suivante : www.parlement.ch > Organes > Commissions > Commissions thématiques > Commissions de la sécurité sociale et de la santé publique > Rapports et procédures de consultation des CSSS > Autres rapports

en charge par la Confédération de la contribution pour les assurés résidant à l'étranger qui n'ont de point d'attache dans aucun canton entraînera vraisemblablement des dépenses périodiques de plus de 2 millions de francs par an, l'art. 60, al. 5, du projet est soumis au frein aux dépenses.