



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique

Financement moniste des prestations de soins Rapport sur les résultats de la consultation

Berne, 25.01.2019

Sommaire

1	Contexte	3
2	Prises de position.....	4
3	Condensé	5
4	Récapitulatif des prises de position	8
4.1	Présentation générale des prises de position.....	8
4.1.1	Cantons	8
4.1.2	Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale	16
4.1.3	Associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national	17
4.1.4	Associations de défense des consommateurs	18
4.1.5	Fournisseurs de prestations	19
4.1.6	Sociétés cantonales de médecins.....	25
4.1.7	Assureurs	26
4.1.8	Patients, utilisateurs	28
4.1.9	Autres	29
4.2	Prises de position relatives à l'art. 16, al. 3^{bis}	31
4.3	Prises de position relatives à l'art. 18	31
4.4	Prises de position relatives à l'art. 25a, al. 2, 1^{re} phrase.....	33
4.5	Prises de position relatives à l'art. 41	33
4.6	Prises de position relatives à l'art. 42	35
4.7	Prises de position relatives à l'art. 49a.....	36
4.8	Prises de position relatives à l'art. 51, al. 1, 2^e phrase.....	37
4.9	Prises de position relatives à l'art. 60	37
4.10	Prises de position relatives à l'art. 60a.....	40
4.11	Prises de position relatives à l'art. 79a.....	41
4.12	Prises de position relatives au point II.....	41
4.13	Autres propositions	42
5	Annexe : liste des participants à la consultation	43

1 Contexte

Le 11 décembre 2009, la conseillère nationale Ruth Humbel (PDC, AG) a déposé l'initiative parlementaire 09.528 n dans l'intention qu'un système de financement moniste soit introduit par le biais d'une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Elle estime que certains effets pervers du système de santé sont dus incontestablement aux différences entre le financement du domaine ambulatoire et celui du domaine stationnaire. Pour permettre aux cantons de préserver l'influence et le contrôle qu'ils exercent sur les moyens publics, un modèle moniste sera développé de telle sorte que les cantons mettent leurs moyens en œuvre de manière ciblée et contrôlée.

La réglementation en vigueur est caractérisée par une différence de financement selon que les prestations sont fournies en stationnaire ou en ambulatoire. 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 différence engendre divers effets pervers allant à l'encontre d'un traitement de qualité et peu coûteux comme notamment au niveau des tarifs pour le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire. En effet, cette différence encourage les assureurs à transférer les prestations de l'hospitalier vers l'ambulatoire uniquement si les prestations ambulatoires sont au moins 55 % meilleur marché que les prestations stationnaires, créant ainsi des distorsions dans le choix de la forme de thérapie fait par les fournisseurs de prestations.

La présente initiative ne constitue pas la première tentative d'introduire un financement uniforme des secteurs ambulatoire et stationnaire. Dans le cadre de la deuxième révision de la LAMal, le Parlement voulait notamment charger le Conseil fédéral d'élaborer un financement uniforme, mais cette proposition a été rejetée par le Conseil national en 2003. En 2004, au moment de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, le Conseil fédéral a souhaité renoncer à une transition immédiate vers un système de financement uniforme. La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (CSSS-E) a alors élaboré un modèle de financement moniste (2005). Face à la très forte résistance rencontrée chez les cantons, la commission a toutefois abandonné ce modèle.

L'avant-projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), élaboré par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) poursuit trois objectifs, à savoir encourager le transfert des prestations du secteur hospitalier au secteur ambulatoire, stabiliser les parts respectives du financement des prestations de l'assurance obligatoire des soins (AOS) par les recettes fiscales et par les primes et favoriser une tarification adéquate pour les prestations fournies dans les secteurs ambulatoire et stationnaire. Ainsi, les assureurs 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 l'avant-projet car ce dernier pourrait engendrer de nouveaux effets pervers et obliger les cantons à cofinancer les prestations ambulatoires sans pouvoir piloter le secteur ambulatoire, ni contrôler les factures. Enfin, une autre minorité refuse que l'argent des cantons aille aux assureurs sur la base des coûts occasionnés, mais en fonction d'un montant forfaitaire par assuré (compensation des risques).

La consultation a été tenue auprès des cantons, des partis politiques, des organisations faîtières suisses des communes, des villes et des régions de montagne, des organisations faîtières nationales de l'économie, des consommateurs, des fournisseurs de prestations, des assureurs et des autres milieux intéressés à partir du 15 mai 2018 jusqu'au 15 septembre 2018.

2 Prises de position

Le projet a été soumis à 122 destinataires en tout. La documentation relative à la consultation a également été publiée sur le site de la Confédération¹. Dans le cadre de la consultation, 111 prises de position ont été transmises par les entités suivantes :

- tous les cantons, la CDS et CLASS ;
- 7 partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale (PBD, PDC, PLR, PLR VD, PVL, PSS, UDC) ;
- 4 associations faîtières de l'économie qui œuvrent au niveau national (economiesuisse, usam, USS, SSP), 1 association faîtière de l'économie œuvrant au niveau régional (CP) ;
- 3 associations de défense des consommateurs (FRC, SKS et ACSI) et le Forum des consommateurs (kf) ;
- 37 associations de fournisseurs de prestations (Argomed, CURAVIVA, FMCH, FMH, FSP, H+, Interpharma, K3, KSBL, Medswiss.net, mfe, pharmaSuisse, Physioswiss, physioswiss RVBB, CPS, sa'ges, SBAP, l'ASI, SSC, scienceindustries, Senesuisse, SGAIM, SSDV, la SSP, SGS, la FSSF, SNL, Spitex, FSAS, Swiss Orthopedics, SWISS REHA, unimed-suisse, USB, vips, AMDHS, VNS et ASMAC) ;
- CCM et 6 sociétés cantonales de médecins (AGBE, GAeSO, OMCT, SMCF, SMVS, SVM) ;
- 3 associations d'assureurs (santésuisse, curafutura, SVV), 6 assureurs (Assura, CSS Assurance, Groupe Mutuel, Helsana, SWICA, Visana), CSS Institut, SGV, CTM ;
- 7 organisations de patients (AGILE.CH, DVSP, Forum Gesundheit Schweiz, IGPZ, SPO, VAPP, VASK) ;
- BFG, GRAAP, GELIKO et PH CH.

¹ <https://www.admin.ch/ch/f/gg/pc/pendent.html#CP>

3 Condensé

Le processus de consultation a montré que, bien que de nombreux participants saluent le principe d'un financement uniforme, ils mentionnent également une série de conditions-cadres qui, à leur avis, doit être remplie à cette fin. Toutefois, la proposition actuelle est également décrite par de nombreux participants comme insuffisante et rejetée pour diverses raisons.

Plusieurs partis (PBD, PDC, PLR, PVL, UDC) de même qu'economiesuisse et le forum des consommateurs soutiennent clairement le projet. C'est aussi le cas de nombreux fournisseurs de prestations (Argomed, FMH, FMCH, Interpharma, H+, KSBL, pharmaSuisse, scienceindustries, SGAIM, SSDV, SGS, swiss orthopedics, USB, vips, AMDHS, VNS et, avec des réserves, CURAVIVA et Spitex), de la quasi-totalité des assureurs (à l'exception d'Assura) et de deux associations de patients (SPO, FGS).

La majorité des membres de l'usam ainsi que du BFG soutiennent le projet dans son principe, mais se montrent sceptiques quant aux possibilités de pilotage supplémentaires qui seraient offertes aux cantons. D'autres fournisseurs de prestations (FSP, mfe, Medswiss.net, la SSP, SNL et unimedsuisse), deux sociétés de médecins (AGBE, GAeSO), de même que deux cantons (GL et, avec des restrictions, TG), GELIKO et IGPZ saluent pour l'essentiel le projet.

Presque tous les cantons (hormis GL et, dans une certaine mesure, TG) exigent un remaniement complet du projet. Le PSS, les syndicats USS et SSP, le fournisseur de prestations K3 ainsi qu'Assura rejettent le projet dans sa forme actuelle.

Le CP et CPS s'opposent également au projet, car il induirait trop d'interventions de la part des cantons. Certaines sociétés de médecins (CCM, OMCT, SVM, SMVS) réclament également un remaniement approfondi du projet ou le rejettent.

Trois associations de défense des consommateurs (ACSI, FRC, SKS) et quatre associations de patients (AGILE.CH, DVSP, VAPP, VASK) expriment leur scepticisme, voire leur rejet du projet, tout comme divers fournisseurs de prestations (Physioswiss, physioswiss RVBB, l'ASI, FSAS, la FSSF, SBAP, ASMAC), GRAAP et PH CH.

Les participants en faveur du projet considèrent qu'il instaurerait des conditions plus favorables à une tarification adéquate dans le domaine ambulatoire, qu'il permettrait un transfert du domaine stationnaire vers l'ambulatoire plus rapide et socialement acceptable, avec à la clé une baisse des coûts et une impulsion positive à la coordination des soins. Les économies réalisées dans le domaine stationnaire profiteraient intégralement aux primes, ce qui renforcerait l'attrait de ces modèles.

Pour la plupart des cantons et pour d'autres participants sceptiques ou opposés au projet, un financement uniforme ne saurait à lui seul constituer une mesure déterminante à la maîtrise des coûts. Les incitations inopportunes sont à leur avis plutôt à chercher du côté de la tarification. Le transfert du secteur stationnaire au secteur ambulatoire pourrait être réalisé plus rapidement grâce à des listes d'interventions. Par ailleurs, en renforçant le rôle des assureurs, le projet affaiblit les possibilités pour les cantons de piloter les coûts, notamment en relativisant la planification hospitalière. Certains participants opposés au projet dénoncent également un affaiblissement du contrôle démocratique.

La quasi-totalité des cantons, de même que la majorité des participants sceptiques voire opposés au projet, estiment qu'un cofinancement des prestations ambulatoires doit impérativement s'accompagner de possibilités de pilotage dans ce même secteur.

Divers fournisseurs de prestations (CURAVIVA, Interpharma, K3, mfe, SGAIM, Spitex, SNL, USB, vips, AMDHS) ainsi que les partis politiques (PDC, PLR, UDC) soutiennent un pilotage de l'admission des médecins, mais le rendent partiellement dépendant d'un financement uniforme et d'une conception allégée.

À l'inverse, d'autres fournisseurs de prestations (FMH, FMCH, CPS, SSDV, SGS, SW!SS REHA) se montrent sceptiques quant aux possibilités additionnelles de pilotage, voire y sont opposés.

De leur côté, le CP, economiesuisse et l'usam rejettent les éléments de pilotage supplémentaires, mais préconisent un assouplissement de l'obligation de contracter.

La majorité des cantons, ASMAC et DVSP exigent que le traitement des factures reste inchangé dans le secteur stationnaire ; dans le domaine ambulatoire, ils exigent qu'il soit possible de vérifier les factures par exemple avec un organe commun.

À l'inverse, plusieurs fournisseurs de prestations (FMH, H+, mfe, Medswiss.net, pharma-Suisse, SSDV, USB) et le PDC saluent le fait que les factures soient traitées par les assureurs. De même, les assureurs s'étant exprimés à ce propos (Curafutura, Assura, CSS, SWICA, Visana) rejettent un financement dual fixe. Quelques assureurs (Groupe Mutuel, SWICA) se montrent toutefois ouverts à des possibilités de contrôle cantonal, notamment par des sondages ponctuels.

Si certains assureurs (Curafutura, Helsana, kpt, sanitas, Visana, SWICA) souhaitent une répartition des contributions cantonales via la compensation des risques comme souhaité par une minorité de la commission, d'autres assureurs (la plupart des membres de santésuisse, dont Assura, Groupe Mutuel) sont en faveur d'une répartition basée sur les coûts occasionnés comme voulu par la majorité de la commission.

La majorité des assureurs estime qu'il faudrait confier à l'institution commune des assureurs la répartition des contributions cantonales. D'autres (Assura, Groupe Mutuel) voudraient que la facturation se fasse directement avec les cantons, qui pourraient ainsi plus facilement vérifier le lieu de résidence.

Pour l'usam et plusieurs assureurs (santésuisse, Assura, Groupe Mutuel, SGV), il y a lieu de calculer la contribution cantonale selon la pratique actuelle dans le secteur hospitalier stationnaire, c'est-à-dire en se fondant sur les coûts bruts, et non pas nets. Ainsi, les franchises plus élevées ne seraient pas désavantagées. Curafutura, CSS, SWICA et Visana préfèrent un calcul sur les coûts nets, tel que prévu par la CSSS-N.

La légère augmentation attendue de la participation aux coûts est critiquée par différentes parties prenantes (PSS, SKS, FMCH, mfe, SBAP, l'ASI, SGS, FSAS, la FSSF, SNL, DVSP, GELIKO). Plusieurs assureurs (santésuisse, Assura, Groupe Mutuel, SGV), fournisseurs de prestations (FMCH, SGS), sociétés de médecins (CCM, SMCF) ainsi que GELIKO considèrent que la participation aux coûts ne devrait, comme aujourd'hui, être prélevée que sur la part financée par les primes.

Presque tous les cantons, divers fournisseurs de prestations (mfe, SBAP, l'ASI, la FSSF, FSAS, SW!SS REHA et SNL), ainsi que des organisations de patients (DVSP, AGILE, VAPP) et GRAAP exigent que les soins de longue durée soient intégrés dans le système de financement uniforme. Certains cantons (BL, GL, TG) sont disposés à accepter une intégration ultérieure, pour autant qu'elle soit déjà prévue de manière contraignante dans le présent projet. Divers fournisseurs de prestations (CURAVIVA, H+, Spitex, USB) estiment plus judicieux de les intégrer ultérieurement après que les questions ouvertes auront été clarifiées. Le forum des consommateurs, santésuisse, Assura, CTM et BFG sont explicitement d'accord avec l'exclusion des soins de longue durée.

Une large majorité des cantons, de même que le PSS, CURAVIVA et Senesuisse demandent d'instituer, pour les tarifs ambulatoires, une organisation tarifaire nationale paritaire semblable à SwissDRG SA.

La majorité des cantons exigent une transition sans incidence sur les coûts pour chacun des cantons. Compte tenu de l'accroissement ou de la réduction de la charge assumée par certains d'entre eux, plusieurs participants se réfèrent à la révision de la LAMal concernant le financement hospitalier et demandent l'octroi de délais transitoires.

La moitié des cantons réclame explicitement l'élimination systématique des incitations inopportunes dues aux liens existant entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire. PVL, GELIKO, GRAAP et PH CH formulent également des exigences similaires à cet égard.

Une majorité de cantons, le PSS, divers fournisseurs de prestations (K3, KSBL, mfe, SBAP, l'ASI, SGAIM, la FSSF, Spitex, FSAS, SNL, SW!SS REHA, unimedsuisse, USB, GAeSO) et d'autres organisations (DVSP, AGILE, IGPZ, GRAAP) s'opposent à un relèvement de la part de financement de l'AOS pour les hôpitaux conventionnés. Certains cantons et K3 réclament la suppression de cette catégorie d'établissements. Le CP et l'usam exigent à l'inverse que

les assurés ayant contracté une assurance complémentaire ne soient pas désavantagés ; PVL, FMCH, CPS, pharmaSuisse et SGS approuvent également la proposition de la CSSS-N.

Pour l'ACSI, le FRC et le SVM, un financement uniforme n'est pertinent que s'il se limite aux prestations ambulatoires hospitalières et aux prestations stationnaires.

4 Récapitulatif des prises de position

4.1 Présentation générale des prises de position

4.1.1 Cantons

Appréciation générale

La CDS demande un remaniement complet du projet actuel. Elle définit plusieurs exigences pour un modèle de financement uniforme de l'ensemble des prestations médicales et infirmières / thérapeutiques. CLASS juge également le projet inabouti. Elle relève son inadéquation et son insuffisance compte tenu des objectifs fixés. Le projet produirait, selon elle, des effets secondaires imprévisibles. Il est donc inacceptable en l'état.

Les cantons d'AI, AG, GL et SG soutiennent expressément les objectifs fixés par la CSSS-N. Pour TI, une réforme du financement est sur le principe souhaitable, car le système actuel comprend des incitations inopportunes.

Cependant, les cantons d'AI, AG, NE, SG, TI et VS considèrent que le projet ne constitue pas un outil approprié pour atteindre les objectifs définis, en particulier la maîtrise des coûts. Les cantons d'AI, AG, NE, NW, OW, SG, UR, TI, VD, VS et ZG rejettent par conséquent le projet mis en consultation.

Les cantons d'AG, BE, BS, GR, OW, SH, SZ et ZH se réfèrent explicitement à la prise de position de la CDS et s'y rallient. Ils demandent ainsi un remaniement intégral du projet. Les cantons de LU, GR, UR, TI, VD et VS exigent également une refonte complète du projet conformément aux exigences de la CDS.

Les cantons de SO et ZH demandent de ne pas entrer en matière. Les cantons de GE et JU demandent l'abandon du projet.

En l'absence d'un nouveau projet tenant compte des exigences cantonales, le canton de VD se déclare prêt à lancer une initiative ou un référendum.

Le canton de GL soutient l'introduction d'un financement uniforme, à son avis synonyme d'un gain d'efficacité et de qualité. De plus, le canton estime que ce système permettrait d'éviter des incitations inopportunes à l'interface entre les secteurs stationnaire et ambulatoire, sources à la fois de soins superflus et inadéquats. En outre, le financement uniforme rendrait le transfert du stationnaire à l'ambulatoire socialement acceptable et renforcerait l'attrait de la prise en charge intégrée.

Le canton de TG est également en faveur du financement uniforme, tout en jugeant approprié de remanier en détail le projet actuel.

Le canton de NE relève que le projet définit un « financement moniste », dont le véritable objectif est de confier la quasi-totalité des compétences de l'AOS aux assureurs.

L'évolution des coûts est le principal problème, et non le financement

Pour la CDS et les cantons d'AG, BE, BL, BS, LU, NW, SO, UR, VD et ZH, le principal problème des coûts de la santé en Suisse n'est pas leur structure et leur répartition entre les différentes sources de financement (même si la part des cantons dans le financement croît continuellement depuis 1996), mais plutôt l'évolution des coûts globaux du système au fil des ans.

À leur sens, l'objectif principal doit donc être de freiner la croissance des coûts, autrement dit de réduire globalement à long terme les coûts du système. Cela signifie que les prestations nécessaires doivent être fournies plus efficacement et qu'il faut renoncer à l'inutile. La mise à

contribution des différents agents payeurs est une question de répartition et de politique sociale ; elle mérite d'être abordée distinctement. Dans ce contexte, le projet de la CSSS-N est jugé insuffisant, car il réduit toute la complexité des facteurs qui déterminent l'évolution des coûts à un seul, à savoir l'organisation du financement.

Le financement uniforme, comme mesure unique, ne peut avoir d'effet déterminant sur la maîtrise des coûts

Pour la CDS et les cantons d'AG, AI, BE, BL, GE, FR, JU, NE, NW, SO, SG, SZ, TG, TI, UR, VD, ZG et ZH, un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires via un seul agent payeur (assureurs comme monistes) ne fournit en tant que mesure individuelle aucune contribution déterminante à la maîtrise des coûts du système. Selon ces participants, deux importants facteurs de coûts dans le système de santé suisse, à savoir les incitations inopportunes liées aux tarifs et celles résultant du statut d'assurance du patient, ne sont pas touchés par la réforme proposée.

La CDS et les cantons d'AG, BE, FR, LU, NW, SG, TG, TI, UR, VD, ZG et ZH estiment qu'il faut introduire les incitations concernant ces deux facteurs là où la décision de traitement est prise, et donc en premier lieu auprès du fournisseur de prestations. Peu importe pour celui-ci d'être rémunéré par un ou deux agents. Un simple transfert des flux financiers des cantons vers les assureurs ne créerait aucune nouvelle incitation auprès du fournisseur de prestations et ne freinerait donc pas les coûts.

Hôpitaux conventionnés

Pour la CDS, CLASS et les cantons d'AG, BE, BL, GE, FR, LU, NW, SG, SZ, TG, TI, UR, VS et VD, le projet entraînerait une amélioration pour les hôpitaux conventionnés, car les prestations fournies par ces derniers seraient cofinancées par l'AOS à 74,5 % au lieu de 45 % aujourd'hui. Les hôpitaux conventionnés deviendraient plus attrayants, et une augmentation des volumes et des capacités de ce secteur serait donc à prévoir. Or, le renforcement des hôpitaux conventionnés saperait l'efficacité de la planification hospitalière, affaiblissant ainsi les instruments de pilotage dans le secteur stationnaire. Cela aboutirait in fine à des surcoûts et à des hausses de primes. Ces participants regrettent que le projet, de manière inconsidérée, n'aborde pas ces conséquences.

Pour le canton de SG, l'avantage accordé aux hôpitaux conventionnés rend impossible une transition sans incidence sur les coûts, pourtant indispensable. Le canton de GE regrette que le rapport explicatif reste muet sur les éléments justifiant l'amélioration du financement prévue pour les hôpitaux conventionnés.

Dans ces conditions, la CDS et les cantons de TG, VD et ZH estiment logique de supprimer la catégorie des hôpitaux conventionnés. Si cette proposition n'était pas acceptée par une majorité, les cantons de TG et ZH considèrent que, dans le sens d'un statu quo, il faudrait au moins que la contribution des assureurs dans le système de financement uniforme soit fixée à 45 % du montant revenant à un hôpital répertorié.

Transfert du secteur stationnaire au secteur ambulatoire

La CDS et les cantons d'AG, AI, BE, FR, NW, SG, UR, ZG et ZH considèrent que le financement uniforme n'est pas indispensable pour encourager le transfert des prestations du stationnaire vers l'ambulatoire. Preuve en est le bilan de l'introduction de listes ambulatoires, notamment à Lucerne : les coûts globaux ont pu être baissés sans coûts supplémentaires pour les assureurs. Les difficultés éventuelles des fournisseurs de prestations pratiquant des tarifs bas dans le secteur ambulatoire devraient être compensées par une évolution tarifaire.

CLASS et les cantons de GE, JU et NE relèvent que le principal frein au transfert des prestations du stationnaire vers l'ambulatoire est lié aux différences de rémunération entre ces sec-

teurs et à la possibilité pour les fournisseurs de prestations de facturer des montants supplémentaires pour les assurés couverts par une assurance complémentaire. Selon ces participants, les fournisseurs de prestations ne sont au contraire pas directement concernés par un financement uniforme. Ce dernier ne saurait donc favoriser le transfert susmentionné.

Pour le canton de TG, les listes ambulatoires pourraient, de manière complémentaire au financement uniforme, permettre d'encourager ce transfert. Le financement uniforme permettrait d'assurer que les conséquences financières du transfert soient les mêmes pour les cantons et les assureurs. Jusqu'à présent, les listes ambulatoires n'ont pas entraîné de coûts supplémentaires à la charge des assureurs.

Une transition sans incidence sur les coûts pour les cantons

La CDS et les cantons d'AG, BE, LU, NW, TI et UR retiennent que la révision proposée entraînerait à moyen terme une charge financière supplémentaire considérable même en cas d'introduction sans incidence sur les coûts dans tous les cantons. La tendance actuelle se renforcerait alors : ces vingt dernières années, la contribution des cantons au financement du système de santé (participation aux traitements médicaux, aux soins, à la prévention et réduction individuelle des primes, en particulier) a, en effet, déjà fortement augmenté.

Le canton de LU ajoute que ces dépenses additionnelles des cantons n'ont pas pu être financées par une hausse d'impôts. Les surcoûts ont inévitablement conduit à des mesures d'économies dans le domaine de la santé ou dans d'autres secteurs des dépenses publiques. Le canton de TG propose de procéder, pour chaque année, à une légère réduction de la part du financement cantonal au moyen d'un facteur de correction (0,995 par exemple), car les coûts progressent davantage dans le secteur ambulatoire que dans le stationnaire. Cette mesure permettrait de mettre les cantons à l'abri d'une augmentation disproportionnée des coûts.

La CDS et les cantons d'AG, BE, NE, NW, TI, TG, UR, VS, VD et ZH relèvent que, selon le projet, les cantons parfois les plus concernés par ces surcoûts – notamment ceux qui s'emploient déjà aujourd'hui à prévenir les séjours inutiles à l'hôpital – devraient assumer ces charges supplémentaires sans phase de transition. À l'inverse, dans les cantons dont la charge financière pourrait être allégée, il faudrait s'attendre à une brusque hausse des primes AOS pour les assurés. Pour ces participants, les deux effets ne sont pas acceptables en l'état.

La CDS et les cantons d'AG, AR, BE, BS, GE, NW, SG, TG, UR et ZH critiquent une extrapolation peu claire des contributions cantonales annuelles pour les années 2012 à 2015. La part cantonale de cofinancement de 25,5 % n'est à leur avis pas vérifiable. Ils constatent en outre qu'un calcul intelligible du volume global pour le champ d'application du projet auquel les cantons devraient participer à hauteur des 25,5 % estimés fait défaut. Par conséquent, il leur semble impossible d'examiner en détail les implications financières.

Pour la CDS et les cantons d'AG, BE, BL, GR, NW, LU, TI, UR et VD, la proposition de la CSSS-N remplit vraisemblablement l'exigence d'une transition sans incidence sur les coûts pour l'ensemble des cantons. Cependant, le calcul devrait être vérifié, et le rapport explicatif est incomplet sur ce point. Aux yeux de ces participants, la neutralité des coûts dans le passage au financement uniforme signifie que la participation de l'ensemble des cantons ou des assureurs au financement des prestations ambulatoires et stationnaires ne peut être plus élevée que sous l'actuel régime dual fixe. Cela afin que les financeurs ne soient pas défavorisés par le nouveau système au moment de l'entrée en vigueur de la nouvelle loi. Ils ajoutent que la part minimale cantonale légale devrait également être maintenue constante à l'avenir. Une éventuelle hausse ponctuelle de la contribution cantonale ne pourrait, selon eux, reposer que sur des décisions volontaires des différents cantons.

La CDS, CLASS et les cantons d'AG, AI, BE, BL, GR, LU, NW, TI, UR, VS, VD, ZG et ZH exigent toutefois que la neutralité des coûts ne soit pas seulement garantie pour l'ensemble des cantons, mais aussi pour chaque canton.

Si tel n'était pas le cas, la CDS, CLASS et les cantons d'AG, BE, BS, GR, LU, NW, SZ, UR, VD, VS et ZG estiment que les cantons présentant aujourd'hui des structures de soins et de patients tournées davantage que la moyenne vers les traitements ambulatoires en vue d'une efficacité accrue du système de santé seraient mis plus fortement à contribution dans le passage au financement uniforme. Cet effet pourrait saper, jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, les efforts des cantons en vue de nouveaux transferts vers le secteur ambulatoire et, en fin de compte, faire également obstacle à cette mesure efficace de maîtrise des coûts. Dans les cantons dont les structures sont principalement stationnaires et dont la charge financière est par conséquent allégée, il faudrait s'attendre à une hausse supplémentaire des primes du fait de l'accroissement de la part de financement AOS.

La CDS et les cantons d'AG, BE, LU, NW, UR et ZG estiment que toutes les données et méthodes sur lesquelles repose la détermination de la part minimale cantonale légale devraient impérativement être présentées de manière transparente. Ce n'est qu'ainsi que les cantons seraient à même d'examiner et de quantifier les conséquences pour leurs budgets du passage à un financement uniforme et que le Parlement pourrait rendre compte au public de l'impact que le projet aurait pour les contribuables et payeurs de primes.

Pour la CDS et les cantons d'AG, BE, LU, NW, UR et VD, il convient en outre de noter que le projet de la CSSS-N ne garantit un transfert sans incidence sur les coûts que pour un domaine partiel relevant de la responsabilité financière des cantons, à savoir le financement des prestations. Ces participants rappellent ainsi que, parallèlement à leur rôle d'agents payeurs pour les prestations médicales et les soins, les cantons contribuent aussi annuellement pour plusieurs milliards de francs au financement des coûts globaux du système de santé, cela dans le cadre de la réduction individuelle des primes, du financement des prestations d'intérêt général des hôpitaux et de la prévention, sans oublier les frais administratifs découlant des tâches cantonales de politique de la santé et de police sanitaire.

VD relève que les précédentes révisions de la LAMal avaient déjà entraîné une charge financière supplémentaire importante pour les cantons, et ce au bénéfice des assurances complémentaires (financement hospitalier) et de l'AOS (financement des soins).

Possibilités de pilotage pour l'offre ambulatoire

La CDS et les cantons d'AG, BE, FR, LU, NW, SO, TI, UR et VS constatent que la proposition de la CSSS-N signifierait que les cantons devraient, si l'on retenait l'estimation de 7,7 milliards de francs, transférer environ 10 % de leurs recettes fiscales aux assureurs-maladie, sans avoir la possibilité de déterminer ou de contrôler si ces fonds sont utilisés de façon appropriée et efficiente. La mise en œuvre du présent projet violerait ainsi le principe de l'équivalence fiscale et créerait un conflit avec la Constitution fédérale.

La CDS, CLASS et les cantons d'AG, AI, BE, BL, FR, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SZ, TI, UR, VD, VS, ZG et ZH exigent que les cantons soient dotés d'un instrument leur permettant d'exercer une influence ciblée sur les soins ambulatoires (prestations, quantité et qualité). Les cantons devraient avoir la possibilité d'intervenir si l'offre de soins excède les besoins tant concernant les disciplines médicales que dans la répartition régionale. Le projet du Conseil fédéral de révision partielle de la LAMal du 9 mai 2018 leur semble, par conséquent, certes indispensable pour les nouvelles admissions mais globalement insuffisant, puisqu'il se limite aux dites nouvelles admissions. S'agissant des soins ambulatoires existants, le projet du Conseil fédéral donne la possibilité de fixer des critères (formation continue, qualité) que les médecins aujourd'hui admis à pratiquer doivent remplir et dont le non-respect peut entraîner le retrait de l'admission. Par contre, aucune possibilité n'est encore prévue pour les cantons de supprimer une admission existante pour des questions de besoin. Dans le secteur stationnaire, la planification et le pilotage conformes aux besoins sont déjà mis en œuvre aujourd'hui, ce qui implique des ajustements structurels notamment.

Une base légale fédérale et l'accès aux données nécessaires doivent être créés pour que les cantons puissent copiloter l'offre globale de prestations ambulatoires et hospitalières ambulatoires de la même manière que le secteur stationnaire. Pour ces participants, la tendance observée aujourd'hui selon laquelle l'offre de prestations et, partant, le volume des prestations dépassent les besoins médicaux de la population et se déplacent de plus en plus dans le secteur ambulatoire pourrait ainsi être stoppée efficacement.

CLASS et les cantons de JU et VS signalent que les instruments de pilotage réclamés ne doivent pas uniquement être introduits pour les médecins, mais également pour tous les fournisseurs de prestations. Ils demandent que les instruments aujourd'hui à la disposition des cantons dans le domaine stationnaire ne soient pas affaiblis.

De son côté, le canton de FR s'étonne des lacunes du projet concernant les possibilités de pilotage, d'autant plus que les cantons s'étaient déjà opposés en 2005, pour des raisons similaires, à un projet de modification de la LAMal.

Par ailleurs, les cantons d'AG, BE, GL, NW, UR et ZG exigent que des outils efficaces soient mis à la disposition des assureurs également, afin qu'ils puissent exercer une influence ciblée sur l'offre de soins ambulatoires (prestations, quantité et qualité).

Maintien de la facturation actuelle dans le secteur stationnaire

La CDS, CLASS et les cantons d'AG, AI, BE, LU, NW, OW, SG, SO, TG, UR, ZG, VS, VD et ZH exigent que les factures dans le secteur stationnaire soient traitées de la même manière qu'aujourd'hui, avec une clé de financement adaptée en conséquence. Ils souhaitent que la facturation dans le secteur ambulatoire repose sur les prestations effectivement fournies pour la population du canton, conformément aux dispositions de l'art. 60a du projet. Selon eux, la facturation à un seul agent n'entraînerait que des économies minimales et conduirait à une perte d'informations et de moyens de contrôle importante pour les cantons. Dans le secteur ambulatoire, il peut par contre être judicieux, étant donné le nombre élevé de factures, de définir un unique agent de facturation et de paiement et de donner aux agents financeurs la possibilité de contrôler le montant de la facture qui leur est adressée.

CLASS et les cantons de SG et VS relèvent que les cantons devraient d'autant plus avoir la possibilité de contrôler les factures que les assurances ne vérifient pas si les fournisseurs de prestations du secteur stationnaire ont respecté les mandats de prestation dans le cadre de la planification hospitalière. Le manque d'information compliquerait cette dernière. Il conviendrait, par conséquent, de maintenir le système actuel dans le secteur stationnaire, avec une facturation directe aux cantons également. De l'avis de ces participants, ce système n'empêche pas un financement uniforme.

Le canton d'OW reconnaît certes la nécessité de prendre des mesures contre les doublons dans le contrôle des factures. Toutefois, il exprime de forts doutes quant au fait que les assureurs vérifient de manière satisfaisante les aspects importants pour les cantons (domicile, compétence, planification hospitalière, par ex.).

Le canton de GL approuve l'abandon de la facturation actuelle, double (système dual), au bénéfice des assureurs (majoritairement) compétents en la matière. Le canton espère un allègement de la charge administrative d'environ 80 000 à 100 000 francs par an. Il demande de compléter la LAMal de sorte à contraindre les assureurs à vérifier le domicile civil du patient au moment où il a bénéficié de la prestation. Pour ce faire, ils doivent avoir accès au registre des habitants du canton ou de la commune. Les cantons devraient, par ailleurs, pouvoir effectuer des contrôles aléatoires en tout temps et exiger de l'organe de révision de l'assureur que les ressources cantonales demandées soient correctes.

Possibilité de contrôler les factures du secteur ambulatoire

La CDS et les cantons d'AG, AI, BE, BL, LU, NW, OW, SO, TG, UR, VD, ZG et ZH exigent que les cantons disposent de moyens de contrôler la facturation correcte des prestations ambulatoires pour la population du canton, par exemple via la création d'un organe commun (assureurs-maladie / cantons). Ainsi, les cantons pourraient assumer leur responsabilité financière et garantir l'utilisation efficace des recettes fiscales. Pour ces participants, dans le cas d'un financement dual général des prestations ambulatoires et stationnaires par les assureurs-maladie et les cantons, le contrôle des factures ne peut plus être considéré comme la tâche des seuls assureurs. Pour cela, il faudrait une transparence complète des données sur les coûts et les prestations des fournisseurs de prestations et la possibilité de consulter les factures le plus tôt possible après leur émission. Les services médicaux de l'assurance-maladie en Allemagne (*Medizinische Dienste der Krankenversicherung/MDK*) sont cités à titre d'exemple : cet organisme vérifie les factures contestées par les agents payeurs selon des critères définis en commun. D'après la CDS et les cantons de BL et VD, un modèle analogue pourrait également être adéquat pour la Suisse dans un mode de financement uniforme.

Organisation tarifaire nationale pour les tarifs ambulatoires

La CDS, CLASS et les cantons d'AG, AI, BE, GE, FR, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SO, TG, UR, ZG, VD et ZH appellent de leurs vœux la création d'une organisation tarifaire nationale pour les tarifs ambulatoires à laquelle les cantons et les partenaires tarifaires participeraient de façon paritaire. Selon ces participants, puisque les structures tarifaires influencent fortement l'évolution des volumes de prestations dans le domaine ambulatoire, leur actualité et leur gestion sont déterminantes. Cette organisation nationale soumettrait les structures élaborées et leurs adaptations au Conseil fédéral pour approbation. Cela correspondrait à la mesure M34 proposée par la commission d'experts « Mesures visant à freiner la hausse des coûts ». Pour ces participants, du fait qu'un cofinancement est réclamé dans le secteur ambulatoire, les cantons devraient impérativement participer selon un modèle tripartite à l'organisation.

Le canton de FR indique qu'il ne ressort pas concrètement du projet comment le financement uniforme inciterait davantage les assureurs et les cantons à introduire une tarification plus adéquate. Il ajoute que le projet ne contient aucune modification des articles de loi déterminant les tâches des parties dans le domaine des négociations tarifaires, en y donnant plus de place aux cantons par exemple.

Le canton de GL espère que la tarification adéquate, qui représente tous les coûts de la fourniture de prestations efficiente à la charge de l'AOS, permettra de mettre fin à la pratique parfois adoptée aujourd'hui selon laquelle les coûts non couverts sont entièrement pris en charge par les pouvoirs publics.

Incitations inopportunes entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire

La CDS et les cantons d'AG, AI, BE, LU, NW, OW, SG, SO, UR, VD, ZG et ZH exigent 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.

Pour ces participants, il s'agit d'empêcher que les partenaires tarifaires mêlent dans les négociations tarifaires l'assurance de base et l'assurance complémentaire et puissent négocier des conditions qui améliorent globalement leurs revenus, mais vont à l'encontre d'une allocation optimale des prestations dans l'AOS et de la rémunération correcte (couvrant les coûts) des prestations AOS. Une séparation renforcée entre assurance de base et assurance complémentaire pourrait en particulier comporter quatre éléments.

Premièrement, l'achat des prestations dans les domaines AOS et assurance complémentaire s'effectuerait par des organes indépendants l'un de l'autre. Deuxièmement, lorsque l'assureur

évaluerait si une prestation est à la charge de l'AOS, une éventuelle assurance complémentaire du patient ne devrait pas porter à conséquence. Troisièmement, aucune information pertinente pour l'achat de prestations ne pourrait être échangée entre les organes de l'achat des prestations et les services de médecin-conseil dans l'AOS ou l'assurance complémentaire. Quatrièmement, en augmentant la transparence des coûts et des revenus des activités de l'assurance complémentaire au niveau des fournisseurs de prestations, des liens illicites entre l'AOS et les activités de l'assurance complémentaire pourraient être identifiés et évités à un stade plus précoce.

Le canton de ZG ajoute qu'il y a lieu de bloquer l'échange d'informations entre les organes de l'achat des prestations de l'assurance de base et de l'assurance complémentaire, de même qu'entre les services de médecin-conseil respectivement concernés.

Inclusion des soins de longue durée

Pour la CDS et les cantons d'AG, AI, BE, BL, GE, GL, JU, LU, NW, OW, SG, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZG et ZH, les soins de longue durée (EMS et services d'aide et de soins à domicile) doivent également être inclus dans le modèle de financement. C'est à cette condition qu'un financement uniforme dans les secteurs ambulatoire et stationnaire pourra véritablement améliorer l'organisation de la prise en charge et que les incitations en faveur des soins coordonnés déploieront leurs effets.

Ces participants ajoutent qu'il existe également des incitations inopportunes dans les soins de longue durée et aux interfaces entre les traitements médicaux aigus et les soins. Ces incitations sont, selon eux, effectivement en partie liées au financement et non pas uniquement à la tarification, contrairement à celles observées dans le financement hospitalier. La décision de fournir une prestation en ambulatoire ou en stationnaire ne devrait dépendre ni du financement ni des tarifs, mais reposer sur l'environnement de soins le plus efficace. De plus, lorsqu'une personne passe à un moment ou à un autre du traitement hospitalier aux soins, ces participants estiment que la question du financement différent dans les deux domaines ne devrait pas entrer en ligne de compte. Étant donné que les montants AOS sont inchangés depuis des années et, qu'au contraire, les coûts pour le financement résiduel croissent, cantons et communes seraient toujours plus mis à contribution dans le domaine des soins. Comparativement au financement hospitalier, la direction des reports de charge serait donc exactement inverse. Étendre le financement uniforme aux prestations des EMS et des services d'aide et de soins à domicile paraît dès lors cohérent. Pour ces participants, cet élargissement est également un élément essentiel de la réforme compte tenu de la nécessité de renforcer la coordination des soins. Les coûts de l'AOS pour les prestations de soins selon l'art. 25a, al. 1, LAMal, et l'art. 7 OPAS ainsi que les contributions des cantons et des communes dans le cadre du financement résiduel LAMal (c.-à-d. sans frais d'assistance ou d'hôtellerie) doivent donc également être inclus dans le volume des coûts à financer de manière duale, et la clé de financement global doit être ajustée en conséquence.

Compte tenu de l'ampleur des travaux préparatoires nécessaires en la matière (coûts, transparence), le canton de BL comprend que le domaine des soins ne soit pas encore intégré dans le projet. Néanmoins, l'inclusion des soins de longue durée devrait au moins être prévue de manière contraignante dans le projet. En outre, il convient de mettre en place sans délai les étapes pour atteindre ce résultat.

Les cantons de GL et TG se disent ouverts à une application ultérieure d'un financement uniforme dans le domaine des soins de longue durée. Le canton de GL précise toutefois que l'intégration des soins de longue durée doit être inscrite dans la loi, au niveau des dispositions transitoires déjà, et qu'il faut prévoir une adaptation de la clé de répartition. Pour le canton de TG, il est judicieux d'étendre les dispositions aux soins de longue durée si l'on constate, au cours de la première étape, que le financement uniforme permet d'atteindre les objectifs fixés.

Soins coordonnés

Pour la CDS et les cantons d'AG, BE, FR, NW et UR, le financement uniforme peut certes créer les conditions propres à améliorer l'allocation des prestations, les processus thérapeutiques, la chaîne de traitement et, partant, la qualité du traitement. Cela requiert toutefois des modèles d'assurance appropriés. Ces participants estiment que l'on peut au mieux espérer que les assureurs-maladie fassent un meilleur usage de leurs options qu'aujourd'hui. Ils signalent en outre que les cantons n'ont aucune possibilité d'influencer directement l'optimisation future de la chaîne de traitement.

Le canton de ZH ajoute, de son côté, qu'un financement uniforme des prestations hospitalières et ambulatoires ne permet que de façon très indirecte d'améliorer la coordination des soins, puisque les incitations inopportunes à cet égard interviennent essentiellement dans les structures tarifaires inadéquates. Au lieu d'espérer que le financement uniforme déploie des effets indirects, il lui semble plus honnête et efficace de viser directement ces incitations inopportunes. Le canton de ZH considère que pour les fournisseurs de prestations, un financement uniforme dans les secteurs stationnaire et ambulatoire n'apporterait aucune incitation nouvelle à même d'améliorer l'attrait des modèles de soins coordonnés. En effet, ce n'est pas l'origine mais l'ampleur de la rémunération qui est pertinente en la matière.

Pour les cantons de BL et TG, un financement uniforme avantage les modèles de soins coordonnés, car les fonds des cantons sont répartis de façon égale entre les différents modèles d'assurance et non pas uniquement utilisé pour les séjours hospitaliers stationnaires. Ce système entraînerait une baisse de primes, ce qui rendrait les modèles de soins coordonnés plus attractifs. La progression des soins coordonnés permettrait finalement davantage d'économies pour un suivi généralement de meilleure qualité.

Autres remarques transmises

La CDS et les cantons d'AG, FR et NW notent que le projet n'indique pas, par ailleurs, comment la responsabilité de la Confédération en matière de surveillance serait élargie. Or, cette surveillance accrue leur semble indispensable compte tenu de l'augmentation substantielle du volume des fonds LAMal dans les mains des assureurs.

CLASS et les cantons de GE et NE signalent que la légère augmentation de primes escomptée pour les adultes s'ajoute aux hausses que les modifications précédentes de la LAMal ont déjà induites dans le but d'alléger les primes des enfants et des jeunes adultes. Ils remarquent par ailleurs que si le projet vise à réduire les coûts de la santé, les primes ne devraient pas augmenter.

Le canton de BE relève qu'en raison de précédentes modifications de la LAMal, il doit accorder une plus grande réduction de primes aux enfants. Le financement uniforme prévoit certes un allègement de la charge financière à assumer pour la réduction des primes des enfants, mais cela ne peut pas servir à la réduction des primes des adultes : en raison de la modification déjà effectuée dans la LAMal, des surcoûts subsisteraient encore.

Le canton des GR remarque que, dans son cas, les communes devaient jusqu'à présent également participer aux coûts stationnaires de leurs habitants. Pour que cette règle demeure applicable, le canton demande de prévoir dans la loi une disposition obligeant les assureurs-maladie à indiquer aux cantons non seulement les données relatives aux coûts et aux prestations, mais aussi le domicile actuel de l'assuré (ou de la personne traitée) ainsi que le numéro AVS. Cette mesure s'avère également nécessaire pour identifier les erreurs dans l'attribution d'une commune à un canton et pour vérifier que le droit à une réduction de primes reste valable. Le canton des GR ajoute qu'il ne s'agit pas d'une question propre à son territoire, mais d'une problématique générale.

Selon le canton de VD, l'avant-projet laisse entendre que les médicaments et le matériel de la liste des moyens et appareils (LiMA) font partie du champ d'application du financement uniforme. Or, le rapport explicatif ne les mentionne pas. Le canton déplore une telle incertitude sur un point dont les conséquences financières sont importantes.

Le canton de VD regrette que le rapport explicatif ne précise pas les répercussions sur les fonctionnaires cantonaux si les cantons étaient déchargés du contrôle des factures et que des licenciements soient nécessaires. Dans le même temps, il n'est pas fait mention du fait que les coûts de l'institution commune pour le contrôle des factures, supportés par les assureurs, devront se matérialiser par des hausses de primes.

4.1.2 Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

Le PBD, le PDC, le PLR, le PLR VD, le PVL et l'UDC approuvent le projet. Le PLR VD indique toutefois que certains points méritent d'être précisés, afin que le projet n'induisse ni une augmentation des volumes ni une étatisation accrue de la médecine. Le PVL souligne les avantages pour les soins coordonnés.

Le PSS approuve le principe d'un financement uniforme des prestations de santé. Le parti estime toutefois que le projet soutenu par la majorité de la commission n'est pas acceptable, puisqu'il ne fait qu'organiser le transfert de ressources financières cantonales aux assureurs. Le PSS se rallie à la minorité proposant de ne pas entrer en matière sur le projet.

Le PLR est sur le principe contre un pilotage du domaine ambulatoire par les cantons mais serait prêt à faire un pas dans cette direction si le financement uniforme est effectivement introduit. Il est d'avis de coupler les entrées en vigueur de l'objet 18.047 « LAMal. Admission des fournisseurs de prestations », qui prévoit d'octroyer des instruments aux cantons pour le pilotage du domaine ambulatoire, et du financement uniforme. Enfin, le PLR pense qu'un modèle de gouvernance devrait être mis en place pour démêler les rôles multiples et réduire les conflits d'intérêts des cantons. Le PDC salue le projet relatif à « l'admission des fournisseurs de prestations » et soutient une introduction simultanée avec le financement uniforme.

Selon le PSS, le projet de loi signifierait que les cantons devraient remettre leurs ressources aux assureurs sans aucune option de pilotage appropriée. Le parti considère que cela affaiblirait même les instruments de pilotage actuels des cantons, tels que les budgets globaux et la planification hospitalière. Il souhaite que les cantons aient la possibilité de gérer l'admission des fournisseurs de prestations.

L'UDC considère que, pour préserver le principe d'équivalence, il y a lieu de veiller à ce que les cantons aient la possibilité de contrôler les coûts même après l'introduction du mode de financement uniforme.

Le PVL et le PSS approuvent une tarification adéquate dans le secteur ambulatoire. Tandis que le PVL se réfère aux mesures prévues par le Conseil fédéral, le PSS est favorable à l'instauration d'une organisation tarifaire nationale.

Le PSS déplore le manque de précision quant aux conséquences financières du projet. Il juge par ailleurs inacceptable une nouvelle augmentation de la participation des assurés aux coûts et exige une hausse de la part du financement couverte par les impôts.

Le PBD, le PLR et l'UDC proposent que les contributions cantonales parviennent aux assureurs sous la forme de montants forfaitaires par assuré. Selon le PDC, les deux modèles incitent au transfert des prestations du secteur stationnaire au secteur ambulatoire.

Le PLR VD estime que la contribution cantonale devra être basée sur des chiffres récents et qu'il est nécessaire de définir l'intervalle/temps que les cantons auront pour payer cette part.

Le PSS regrette que le rapport ne compare pas les deux modèles et ne présente ni leurs avantages, ni leurs inconvénients. Le PSS considère qu'à ce stade, les deux modèles présentent des désavantages et que la prise en charge intégrée des patients doit être encouragée et atteinte par une autre voie qu'au travers de purs incitatifs économiques. Le PDC salue le fait,

qu'à l'avenir, seuls les assureurs rembourseront les prestations. Le contrôle des factures est une compétence centrale des assureurs.

Le PSS s'interroge sur la conformité du projet avec l'art. 117 de la Constitution fédérale. Il regrette par ailleurs que le rapport explicatif ne mentionne pas les éventuelles conséquences, pour le personnel de l'État, de la transition vers un contrôle des factures par les assureurs.

Le PVL souhaite une plus grande séparation entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire de même que davantage de transparence dans ce domaine. Il souhaite que la CSSS-N vérifie une nouvelle fois si les mesures prises jusqu'à présent par l'OFSP et la FINMA sont suffisantes ou si des interventions sont tout de même nécessaires au niveau législatif.

Le PSS s'oppose au renforcement des hôpitaux conventionnés via le relèvement de la part de financement de l'AOS. Le parti indique qu'il s'agit déjà du deuxième allègement dont profitent les assurances complémentaires depuis la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Le PSS craint une nouvelle hausse des coûts dans l'AOS.

4.1.3 Associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national

L'USS et le SSP rejettent résolument l'avant-projet dans sa forme actuelle.

Le CP et l'usam soutiennent un financement uniforme sur le principe, mais expriment leur fort scepticisme quant à l'élargissement des possibilités cantonales de gérer l'admission. Le CP rejette le projet dans sa forme actuelle ; une majorité des membres de l'usam accepte le financement uniforme.

De son côté, economiesuisse se prononce en faveur du financement uniforme.

Pour l'USS, la prise en charge médicale fait partie du service public. Les tarifs actuels pratiqués dans le secteur stationnaire couvrent davantage les coûts que ne le font les tarifs ambulatoires. C'est là que se situe à son sens l'incitation inopportune la plus saillante. Elle a pour cause principale les bénéfices que réalisent les assureurs dans le domaine complémentaire. Or, le texte du projet ne change rien à cet état de fait. L'USS estime que les listes d'interventions sont plus efficaces pour le transfert des prestations du secteur stationnaire au secteur ambulatoire. Il est possible d'augmenter la part du système de santé financée en fonction du revenu indépendamment du présent projet, par exemple en développant les réductions de primes.

L'USS et le SSP regrettent qu'avec ce projet, on porte une nouvelle fois atteinte aux possibilités cantonales de pilotage. Il deviendrait ainsi impossible de définir des budgets globaux. Le transfert des ressources aux assureurs sans instrument de contrôle leur semble délicat sur le plan financier. Ils estiment que les rôles multiples des cantons tels que cités reflètent la responsabilité qui est la leur dans le service public. La part plus élevée de financement dont bénéficieraient les hôpitaux conventionnés affaiblirait la planification hospitalière et augmenterait les coûts à la charge de l'AOS. En outre, l'affaiblissement des hôpitaux répertoriés nuirait également aux conditions de travail du personnel, avec des effets négatifs sur la qualité, ce qui accroîtrait la demande en assurances complémentaires.

Le SSP ajoute que l'on renforce ainsi une médecine à deux vitesses. En outre, le rapport explicatif ne répond pas à la question de savoir si les prestations d'intérêt général resteront concrètement applicables dans le futur. Enfin, le projet n'améliore pas le sort des assurés de condition modeste.

L'USS soutient la majorité des mesures exigées par la CDS. Il lui semble judicieux d'inclure également les soins de longue durée, mais le syndicat rejette cette perspective aussi longtemps que le système actuel de financement avec des primes par tête restera en place. Il estime en effet qu'un financement uniforme allié à la suppression de l'obligation de contracter porterait le pouvoir des assureurs à son niveau maximal. Une réglementation prévoyant une gestion des admissions est donc indispensable. En outre, une clé de financement uniforme

pénaliserait tout canton ayant déjà une structure de soins dominée par les prestations ambulatoires.

Le CP et l'usam relèvent que les possibilités additionnelles de gestion des admissions à la disposition des cantons renforceraient les rôles multiples assumés par ces derniers. Elles devraient donc être rigoureusement limitées. En outre, les assurés ayant souscrit une assurance complémentaire ne devraient pas être défavorisés. Une minorité importante des membres de l'usam exprime son scepticisme face aux compétences supplémentaires confiées aux cantons pour la gestion des admissions. L'usam n'accepterait le projet qu'à condition que l'on renonce au lien avec le pilotage des admissions, que des modalités de concurrence équitables pour les fournisseurs de prestations et les assureurs soient instaurées, que les rôles multiples assumés par les cantons soient circonscrits et que les assurés couverts par une assurance complémentaire ne soient pas encore plus désavantagés.

De son côté, economiesuisse rejette l'introduction d'instruments de pilotage publics additionnels qui concerneraient la fourniture de prestations. À son avis, de tels instruments anéantiraient les gains d'efficacité. En revanche, l'assouplissement de l'obligation de contracter constitue un instrument de pilotage judicieux pour les cantons. L'organisation préfère une répartition des contributions cantonales via la compensation des risques. Elle rejette l'intégration du financement des soins au motif que, dans ce domaine, le financement n'est actuellement pas assumé par plusieurs agents selon que les soins soient fournis de manière stationnaire ou ambulatoire.

4.1.4 Associations de défense des consommateurs

La FRC juge le projet insatisfaisant. Elle saluerait en revanche un financement dual fixe du secteur hospitalier ambulatoire et stationnaire. La fédération estime que les prestations ambulatoires des cabinets médicaux devraient continuer d'être financées intégralement par les assureurs. En outre, une telle réforme devrait également englober des listes ambulatoires, une meilleure planification hospitalière et les dossiers électroniques des patients.

Pour l'ACSI, un financement uniforme pourrait être propice à une réduction des incitations inopportunes, mais il n'existe pas de certitudes à cet égard. Les listes ambulatoires et les soins coordonnés, qui ne font pas partie du projet, seraient sans doute des outils plus efficaces.

La SKS considère qu'un financement uniforme pourrait en principe contribuer à éliminer les incitations inopportunes. Toutefois, le projet actuel n'est ni efficace ni acceptable.

Le forum des consommateurs se prononce en faveur d'un financement uniforme. Plusieurs exemples montrent que la fourniture de prestations ambulatoires est en effet bien meilleur marché.

La FRC, l'ACSI et la SKS estiment certes que les différentes sources de financement peuvent entraîner des incitations inopportunes, mais ce point leur paraît secondaire. Il est à leur avis plus important de veiller à une tarification adéquate, d'obtenir une baisse des prix des médicaments, d'améliorer la planification hospitalière ainsi que la gestion de l'admission et de limiter les prestations non pertinentes sur le plan médical. Il n'est pas certain que les coûts seraient mieux contrôlés si la vérification des factures du secteur stationnaire n'incombait plus aux cantons. La FRC et l'ACSI rejoignent globalement la position de la CDS, qui juge inacceptable de transférer des recettes fiscales sans prévoir des moyens de contrôle.

Pour le forum des consommateurs, un financement uniforme permettrait de promouvoir les soins coordonnés, et il convient d'en tirer parti. Si les cantons souhaitent piloter les admissions dans le domaine ambulatoire, ils doivent également fournir une participation financière. K3 considère que les soins de longue durée doivent être exclus du projet, afin d'éviter tout retard. L'avenir du financement des soins doit être débattu distinctement et dans les meilleurs délais.

La FRC et l'ACSI sont d'avis qu'il est difficile d'évaluer les répercussions sur les primes et la participation aux coûts pour chaque assuré. La SKS, de son côté, s'attend à un relèvement de

la participation aux coûts, quand bien même la Suisse occupe aujourd'hui déjà le sommet du classement en la matière.

Se référant à la réduction de la part du financement assumée par l'assurance complémentaire dans les hôpitaux conventionnés et, partant, à la baisse des primes de l'assurance complémentaire, l'ACSI, la FRC et la SKS rappellent que ces mesures améliorent la situation des assurés couverts pas une telle assurance, mais que cette amélioration ne sert pas l'intérêt de la majorité des consommateurs, qui en sont dépourvus.

Selon l'ACSI et la FRC, le projet ne garantit pas une meilleure efficacité des modèles de soins coordonnés. La Confédération devrait mieux contrôler ces modèles.

Pour la SKS, la mesure prioritaire consiste à améliorer et à surveiller la qualité des prestations ambulatoires.

4.1.5 Fournisseurs de prestations

Appréciation générale

Argomed, FMH, FMCH, Interpharma, KSBL, pharmaSuisse, scienceindustries, SGAIM, SSDV, SGS, swiss orthopedics, USB, vips, AMDHS et VNS soutiennent le projet pour un financement uniforme. Selon ces participants, le projet rend le transfert des prestations du secteur stationnaire au secteur ambulatoire plus socialement acceptable ; de plus, il encourage l'efficacité et élimine les incitations inopportunes tout en favorisant une tarification adéquate et des modèles de prise en charge intégrée. CPS, FMCH, SGS et swiss orthopedics souhaitent supprimer, sans les remplacer, les listes ambulatoires et introduire dans le projet une disposition transitoire dans ce sens. K3 critique également la mise en œuvre de listes qu'il juge fastidieuse. Il privilégie un financement uniforme et souhaite que les divers taux de couverture des tarifs soient harmonisés. SGS et swiss orthopedics se rallient expressément à la prise de position de FMCH.

H+ se prononce en faveur du financement uniforme. Il lui semble judicieux d'adapter la répartition du financement sans produire d'effets sur les coûts. Par ailleurs, la responsabilité de la prise en charge devrait continuer d'être confiée à une entité au bénéfice d'une légitimité démocratique. Or, les assureurs ne peuvent se targuer d'une telle légitimité.

Spitex soutient sur le principe le financement uniforme et le présent projet, mais exprime elle aussi quelques réserves.

CURAVIVA approuve le projet actuel, mais juge diverses mesures d'accompagnement indispensables : les cantons doivent par exemple bénéficier de moyens de pilotage dans le domaine ambulatoire, et une organisation tarifaire nationale devrait être créée dans ce même secteur. L'association salue une intégration à plus long terme des prestations de soins. Néanmoins, divers travaux de fond lui semblent nécessaires à cet égard, de sorte qu'il est préférable d'exclure, dans un premier temps, le financement des soins du projet.

De leur côté, mfe et Medswiss.net saluent l'orientation du projet, notamment parce qu'il vise une solution à plus long terme pour l'admission des fournisseurs de prestations. Les parts de financement sont stabilisées, et les cantons doivent cofinancer les prestations ambulatoires. Pour Medswiss.net, la question de la structure tarifaire en vue du transfert des prestations du secteur stationnaire vers l'ambulatoire est plus cruciale qu'un financement uniforme. Néanmoins, le projet lui semble être un premier pas vers une gestion plus efficace de cette problématique.

SNL soutient le financement uniforme, qui devrait, à son avis, également porter sur la psychiatrie et la réadaptation.

CPS approuve sur le principe le financement uniforme ; néanmoins, les inconvénients découlant du lien avec le pilotage des admissions l'emportent à son avis, puisque la multiplicité des rôles assumés par les cantons est renforcée. CPS s'oppose donc au projet dans sa forme

actuelle. Pour qu'un projet puisse avoir son soutien, il devrait poser des conditions concurrentielles équitables pour les fournisseurs de prestations et les assureurs tout en démêlant les rôles multiples des cantons, par exemple au moyen d'un organe de surveillance indépendant œuvrant à l'échelle nationale.

Bien que favorable au principe d'un financement uniforme, K3 rejette le projet dans sa forme actuelle. Le principal problème des modalités actuelles de financement du système de santé ne réside pas dans le fonctionnement dual mais dans l'absence d'une tarification AOS adéquate à même de couvrir les coûts. Les cantons doivent également participer au financement des prestations ambulatoires. K3 espère que le financement uniforme par les assureurs-maladie simplifiera les aspects administratifs et réduira les conflits d'intérêts. Il est favorable à un financement uniforme assorti de règles stables et claires. Il renvoie par ailleurs à la prise de position de H+.

De son côté, unimedsuisse soutient sur le principe un financement uniforme, mais sans espérer qu'il élimine les incitations inopportunes dans le financement des prestations stationnaires et ambulatoires. À son avis, l'essentiel est que les tarifs couvrent toujours les coûts ; il convient en outre d'éviter aussi bien les dotations excessives que les sous-financements. L'association relève que le projet ne mentionne pas la qualité, qui doit pourtant être prise en compte lorsqu'il s'agit de financer des prestations.

La SSP approuve le financement uniforme dans la mesure où il contribue à une tarification adéquate du secteur ambulatoire, en particulier de la pédiatrie, et pour autant qu'il conduise à un aplanissement de l'évolution des primes pour les familles aux revenus faibles à moyens. La SSP craint que malgré cette révision, on ne parvienne pas à une rémunération adéquate dans ces secteurs.

Physioswiss se montre critique à l'égard du projet. Les assureurs n'ont à son sens que peu intérêt à financer les prestations de coordination et à voir aboutir une tarification adéquate. Dans le projet, ils se voient confier des rôles multiples, élément problématique de leur point de vue. À l'inverse, les cantons sont marginalisés. En outre, la physiothérapie et d'autres professions de la santé risquent d'être oubliées.

Quant à physioswiss RVBB, elle soutient sur le principe le financement uniforme, mais le projet laisse à son avis plusieurs questions en suspens. Les possibilités de pilotage et de contrôle prévues pour les cantons sont insuffisantes, et le projet renforce le pouvoir des assureurs.

La FSP valide le projet dans ses grandes lignes.

L'ASI, FSAS, la FSSF, SBAP et ASMAC approuvent le principe d'un financement uniforme, car il peut contribuer à éliminer des incitations inopportunes. Ces organisations rejettent toutefois le projet dans sa forme actuelle. FSAS souscrit expressément à la prise de position de l'ASI, et SBAP à celle de FSAS. Pour l'ASI et ASMAC, le projet se limite à un pur transfert de moyens. L'ASI estime qu'il ne permet pas de corriger les incitations inopportunes principalement dues à la tarification.

Quant à sa'ges, elle se rallie expressément à la prise de position de GELIKO.

Senesuisse renonce délibérément à se prononcer sur les détails du projet et préfère axer ses remarques sur les soins de longue durée, dans le cas où ces derniers seraient inclus dans un financement uniforme.

Établissement et contrôle des factures

H+ et pharmaSuisse saluent le fait que les assureurs soient désormais les seuls débiteurs et contrôleurs des factures à la fois dans le domaine stationnaire et dans le secteur ambulatoire. Pour pharmaSuisse, les cantons devraient toutefois disposer d'un droit de regard sur les données de décompte. Elle s'oppose toutefois à ce que les cantons contrôlent les factures. En contrepartie, H+ exige que les assureurs soient surveillés plus étroitement, que les processus de contrôle soient harmonisés et leur qualité vérifiée.

Selon FMH et SSDV, il n'est pas nécessaire que les cantons vérifient les factures, puisque les assureurs ont eux-mêmes tout intérêt à effectuer un contrôle correct. En outre, les contrôles doubles sont plus onéreux. Les cantons n'ont pas apporté la preuve de leur plus-value. L'institution commune devrait reprendre également les données livrées par la Confédération, les cantons et les assureurs en vue de calculer les contributions cantonales et fédérales.

Pour mfe et Medswiss.net, le contrôle des factures relève de la compétence des assureurs et des patients. Il n'est pas utile de prévoir une nouvelle instance de contrôle. En revanche, mfe propose d'ajouter dans la LSAMal une disposition offrant aux cantons la possibilité d'effectuer des contrôles aléatoires dans le secteur stationnaire.

USB comprend la volonté de prévoir un contrôle du décompte des prestations par les cantons. Toutefois, compte tenu des vérifications déjà effectuées par les assureurs, cela ne lui semble pas indispensable.

ASMAC exige une solution de financement dual fixe et non pas un système moniste confié aux assureurs.

Possibilités de pilotage pour les cantons

FMH, FMCH, CPS, SSDV, SGS et SW!SS REHA font part de leur scepticisme, voire de leur opposition, face aux possibilités de pilotage supplémentaires offertes aux cantons dans le domaine ambulatoire.

Pour FMH et SSDV, un pilotage additionnel par les cantons qui restreindrait le nombre de fournisseurs de prestations ambulatoires n'est pas nécessaire, puisqu'un financement uniforme entraînerait une hausse de la demande dans le domaine ambulatoire. Il convient en outre de vérifier qu'il est bien efficace de favoriser le secteur hospitalier ambulatoire au détriment des cabinets médicaux. SW!SS REHA rejette également les compétences de pilotage additionnelles des cantons. D'une part, ces derniers ne livrent qu'une contribution financière minoritaire et, d'autre part, il faut se garder d'accentuer l'antagonisme dans les rôles joués par les cantons. Invoquant notamment des raisons constitutionnelles, FMCH et SGS ne voient pas la nécessité d'instaurer des possibilités supplémentaires de pilotage pour les cantons. En effet, selon l'art. 117 de la Constitution fédérale, la Confédération a toute compétence pour légiférer sur le financement de l'assurance-maladie. Les cantons peuvent également être concernés. Aujourd'hui déjà, les cantons peuvent approuver et définir les tarifs. Il existe donc déjà un conflit de rôles. En outre, par sa façon de consommer, la population d'un canton pilote déjà implicitement l'offre et finance en définitive cette dernière via les impôts. De leur côté, les cantons ne respecteraient pas le principe d'équivalence fiscale s'ils refusaient aux assureurs et à la Confédération, deux autres agents payeurs, le droit d'être consultés pour la planification hospitalière (pour la réduction des primes). CPS s'oppose à ce que le financement uniforme soit lié au projet sur le pilotage des admissions. Ce dernier renforce à son avis le pilotage étatique du système de santé et permet de retirer des admissions déjà octroyées pour des pures questions de besoin. Cela mettrait en péril le libre choix du médecin. AMDHSmet en garde contre une étatisation insidieuse de la profession de médecin.

CURAVIVA, Interpharma, K3, SGAIM, Spitex, SNL, USB et vips soutiennent la mise en place d'instruments cantonaux de pilotage.

Interpharma et vips estiment compréhensible que les cantons souhaitent disposer de tels instruments. Toutefois, selon Interpharma, les cantons doivent dans ce cas participer au financement du domaine ambulatoire. Spitex et CURAVIVA recommandent de prendre au sérieux le souhait des cantons de disposer de possibilités de pilotage suffisantes. K3 et AMDHS soutiennent certes les mesures visant à assurer la qualité dans le domaine ambulatoire, tout comme la mise en place de conditions pour l'admission. Elles indiquent cependant que de tels procédés doivent rester simples, et qu'il convient d'éviter des planifications et des obligations administratives fastidieuses. Pour USB, les cantons doivent de toute urgence être impliqués au moment de fixer les tarifs des médecins et dans la gestion du nombre de médecins pratiquant en cabinet. SGAIM estime qu'il faut donner aux cantons des possibilités générales de contrôle

et de pilotage, afin de diminuer les capacités excédentaires. SNL est en faveur d'instruments de pilotage efficaces pour les cantons, telle la possibilité de définir le nombre minimal et maximal de fournisseurs de prestations.

De son côté, mfe approuve le fait que le financement uniforme soit couplé au pilotage des admissions. Pour elle, les deux projets doivent entrer en vigueur simultanément. En outre, les cantons devraient également bénéficier de possibilités de pilotage en cas de lacunes dans l'offre de soins. Néanmoins, mfe et Medswiss.net relèvent également que les cantons disposent aujourd'hui déjà d'instruments de pilotage dans le cadre de la limitation des admissions. Argomed et ASMAC se disent sceptiques quant au fait que le financement uniforme soit associé au pilotage des admissions, même s'il existe un lien thématique entre les deux aspects.

SBAP, SBK, la SSP, la FSSF, FSAS et ASMAC considèrent que les possibilités de pilotage pour les cantons sont plutôt, voire clairement, insuffisantes.

La SSP craint que les cantons ne se voient pas confier suffisamment de possibilités de pilotage pour compenser le sous-financement. Les assureurs, en tant que principaux agents payeurs, ne sont par ailleurs pas suffisamment surveillés par la Confédération et les cantons. L'ASI, la FSSF, SBAP, FSAS et ASMAC regrettent que le projet n'offre aux cantons presque aucune possibilité de gérer l'usage fait de leur contribution. Le poids déjà important des assureurs est ainsi renforcé de manière excessive, en particulier dans le contexte des négociations tarifaires. L'ASI indique en outre que les cantons novateurs, comme VD, perdraient ainsi leurs instruments et seraient sanctionnés dans leur entreprise d'avoir transféré avec succès les prestations vers le domaine ambulatoire.

Hôpitaux conventionnés

K3, SBAP, SBK, SGAIM, la FSSF, Spitex, FSAS, SNL, unimedsuisse et USB se montrent critiques à l'égard du relèvement de la part de financement de l'AOS en faveur des hôpitaux conventionnés.

K3 exige l'abolition de cette catégorie d'établissements. De son côté, unimedsuisse réclame que lesdits hôpitaux ne soient pas financés selon la même clé de répartition que les hôpitaux répertoriés. L'ASI, FSAS, SBAP, la FSSF, Spitex, SNL et SGAIM dénoncent le renforcement des hôpitaux conventionnés induit par le relèvement de la part de financement de l'AOS ; ils déplorent de même l'affaiblissement de la planification hospitalière qui en découle. Ces participants craignent une hausse des volumes, des capacités et des coûts. Selon USB, il convient de clarifier si les assureurs versent via l'AOS un financement en sus aux assurés couverts par une assurance complémentaire. Si tel est le cas, une telle pratique est à éviter.

FMCH et SGS qualifient de négligeable l'effet positif dont bénéficierait un petit nombre d'hôpitaux conventionnés.

Tarification

Pour H+, K3, VNS et USB, il est fondamental de revoir et de maintenir à jour toutes les structures tarifaires ambulatoires, notamment au moyen d'une révision totale du droit des tarifs qui supprimerait le droit de veto des partenaires tarifaires. K3 part du principe que le financement uniforme rend caduque les listes ambulatoires, dont la définition est fastidieuse. Il facilite en outre le maintien à jour des tarifs et harmonise les différents taux de couverture des coûts.

KSBL réclame des tarifs ambulatoires couvrant les coûts. Un financement uniforme constitue à son avis le premier pas dans ce sens. Seuls de tels tarifs permettent de garantir que le transfert visé du stationnaire vers l'ambulatoire se fasse effectivement et d'éviter que le système cherche à y échapper par des moyens dérobés. Ce transfert permet en outre de libérer suffisamment de fonds pour instaurer des tarifs couvrant les coûts dans le domaine ambulatoire.

H+ exige de modifier également la rémunération des prestations extracantonales, qu'elle estime être aujourd'hui réglemantée par les cantons de façon parfois abusive.

Medswiss.net soutient l'encouragement d'une tarification adéquate. Quant à physioswiss RVBB, elle estime qu'il est difficile de parvenir à une tarification adéquate aussi longtemps que les assureurs disposeront de plus de pouvoir que les fournisseurs de prestations.

Afin d'éviter des blocages, CURAVIVA et Senesuisse réclament la création d'une organisation tarifaire nationale paritaire sur le modèle de SwissDRG SA. Pour Spitex, le rapport explicatif n'accorde pas suffisamment de place aux mécanismes de la tarification.

SNL réclame non seulement un financement uniforme, mais aussi un système d'indemnisation intégré.

FMCH et SGS attendent du financement uniforme qu'il favorise des tarifs novateurs et adéquats.

Intégration des soins de longue durée

SW!SS REHA, SNL ainsi que, de manière implicite, mfe, SBAP, SBK, la FSSF et FSAS exigent également que les soins de longue durée s'inscrivent dans le financement uniforme.

Pour CURAVIVA, H+, Spitex et USB, il est possible, voire pour certains juges, d'intégrer ces soins à un stade ultérieur.

H+, USB, SW!SS REHA et SNL sont favorables à l'intégration des soins de longue durée dans le financement uniforme. H+ et USB se disent ouverts à une concrétisation ultérieure de cette exigence. SW!SS REHA indique que cette solution atténue le risque de voir les cantons confier des mandats de prestations de réadaptation à des institutions de soins de longue durée dans l'idée d'impliquer les assurances dans le financement. Mfe plaide en faveur d'une résolution des problèmes de financement pour les soins de longue durée. À son sens, la prise en charge intégrée devrait être encouragée tout au long de la chaîne des prestations. Enfin, l'ASI, la FSSF, FSAS et SBAP notent que si le financement des soins est exclu du projet, il ne faut pas escompter d'effets positifs sur la coordination aux différentes étapes du processus thérapeutique.

Spitex se montre critique face à l'intégration, à l'heure actuelle, des soins de longue durée dans le financement uniforme. Une telle démarche nécessite de clarifier la réglementation concernant le financement résiduel et l'établissement des tarifs, d'améliorer la perméabilité des formes d'assistance, de réduire la charge administrative et de combler les lacunes du financement actuel des soins.

CURAVIVA salue l'intégration des soins de longue durée dans le financement uniforme, à condition toutefois qu'elle ait lieu à un stade ultérieur. L'association estime qu'il convient néanmoins de mener, parallèlement à ce projet, les travaux de fond nécessaires au niveau du financement, de la tarification, de la transparence des coûts, de leur véracité, de la réduction de la charge administrative et du financement orienté vers le patient (et non vers l'offre). Une rémunération harmonisée dans les secteurs stationnaire et ambulatoire, des formes intermédiaires de soins de longue durée et la suppression des autres lacunes dans le financement actuel des soins lui semblent particulièrement essentielles. Il y a lieu d'examiner dans quelle mesure la distinction entre l'assistance et les soins peut être supprimée dans le contexte de la rémunération des prestations. Une telle délimitation n'est en effet pas réellement possible au quotidien et conduit à des incitations inopportunes.

Senesuisse est en faveur d'un financement des soins de longue durée axé sur le sujet. Un tel système tiendrait compte de l'aide et de l'infrastructure requises ; il ne dépendrait en outre pas de l'offre choisie. Le financement devrait couvrir tous les coûts, et la répartition du financement entre les cantons et les assureurs serait stabilisée. Une structure commune à ces deux entités agirait en tant que seul agent payeur, et le financement irait à terme directement aux patients.

Soins coordonnés

Pour Argomed, FMH, FMCH, Interpharma, scienceindustries, SSDV, SGS, swiss orthopedics et vips, un financement uniforme doit renforcer les incitations en faveur des soins coordonnés.

Medswiss.net et SGAİM considèrent que d'autres mesures sont nécessaires pour promouvoir les soins coordonnés et que le financement uniforme ne saurait à lui seul satisfaire cet objectif. De leur côté, physioswiss RVBB, l'ASI, la FSSF, FSAS et SBAP n'escomptent pas un renforcement des soins coordonnés, puisqu'un financement uniforme ne changerait rien aux tarifs. Les cantons n'auraient pratiquement plus aucune possibilité de mettre sur pied leurs propres modèles de soins coordonnés. L'ASI et la FSSF estiment que, dans ces soins, la priorité doit être accordée à la sécurité du patient et à la qualité des soins. Or, si la responsabilité était confiée aux assureurs, ils porteraient essentiellement leur attention sur les coûts. Senesuisse trouve judicieux de promouvoir la prise en charge intégrée, y compris dans les soins de longue durée.

Modifications des primes et de la participation aux coûts

L'ASI, FSAS, la FSSF et SBAP déplorent que le rapport explicatif n'aborde pas la hausse attendue de la participation aux coûts dans le secteur stationnaire. SNL évoque également une telle augmentation. Pour l'organisation, il reste encore à prouver que des baisses de primes viendraient compenser cette hausse. ASMAC regrette que le rapport explicatif reste muet quant au potentiel d'économies escompté. Elle désapprouve le manque de clarté concernant les effets sur les primes.

Pour USB, il convient d'éviter que le présent projet engendre une hausse des primes pour les adultes.

Quant à mfe, elle voit d'un œil critique le léger relèvement attendu à la fois de la participation aux coûts et des primes pour les adultes. Compte tenu de la baisse des réductions de primes des enfants et de la suppression des dépenses pour le contrôle des factures et le traitement des paiements dans le secteur stationnaire, une contribution cantonale un peu plus élevée s'imposerait.

FMCH et SGS exigent que la participation aux coûts n'augmente pas. Celle-ci ne devrait être prélevée que sur la part financée par les primes, et la contribution des cantons devrait être exclue de la participation aux coûts, tel que c'est le cas aujourd'hui dans le secteur stationnaire.

Autres remarques transmises

FMCH, pharmaSuisse, SGS et SNL demandent des délais transitoires, de manière similaire à ce qui a été fait pour la révision de la LAMal concernant le financement hospitalier.

Pour FMCH et SGS, toutes les mesures de maîtrise des coûts ont pour point commun d'exercer potentiellement une pression sur les professionnels de la santé. Or, il est crucial que cette pression soit répartie de manière équitable entre les différentes parties prenantes et ne pénalise pas la qualité. Un financement uniforme est donc préférable à un budget global. En outre, l'abandon de structures stationnaires inefficaces permettra de libérer des fonds en faveur du personnel.

De son côté, pharmaSuisse estime que, sur le plan tactique, il n'est pas opportun de fixer la clé de répartition aujourd'hui déjà. La priorité devrait bien plus être accordée à la mise en œuvre sans incidence sur les coûts.

KSBL regrette que le rapport explicatif n'accorde pas la même attention aux répercussions économiques pour les fournisseurs de prestations qu'aux conséquences pour les assurés, les cantons et les assureurs.

Quant à physioswiss RVBB, elle note que, même avec un financement uniforme, le système continuera d'inciter les assurés bénéficiant de réductions de primes à recourir excessivement aux prestations, puisque ces assurés ne sont dans les faits pas touchés par les augmentations de primes. Il lui paraît en outre regrettable de devoir prendre position sur le financement uniforme avant de disposer des résultats de l'évaluation sur le nouveau financement hospitalier

et le système des groupes de cas liés au diagnostic (DRG). Un tel financement uniforme ne devrait pas déboucher sur des budgets globaux dans le secteur ambulatoire.

Pour SGAIM, le financement uniforme ne devrait pas conduire les cantons à réaliser des économies dans les prestations d'intérêt général, la formation postgrade ou la recherche, surtout eu égard à la qualité.

En cas d'instauration d'un plafond de dépenses (budget global), la SSP exige qu'il soit possible d'encourager la pédiatrie au détriment de la médecine adulte. Il doit être possible d'intégrer sans restriction l'ensemble du domaine CTM (AI) dans le financement uniforme, afin de limiter la charge administrative. Le projet n'indique pas clairement comment les cantons pourraient gérer plus facilement les traitements extracantonaux. Les cantons ne disposant pas d'hôpitaux pour enfants devraient à son sens également contribuer aux nécessaires prestations d'intérêt général.

SNL estime que les efforts lacunaires pour la régionalisation, l'indemnisation insuffisante des « non-médecins », les discussions concernant les chaînes de création de valeur du point de vue des patients et les réflexions autour d'un modèle de bonnes pratiques constituent des leviers de pilotage au moins aussi importants pour atteindre les objectifs visés par le projet.

SWISS REHA demande de mieux définir la notion de « prestations d'intérêt général » et de publier des appels d'offre pour les mandats de prestations corrélatifs, afin d'éviter des distorsions dues à des subventions cachées. En outre, il convient de réintroduire l'expression « semi-hospitalier ». Cela permettrait d'assurer que les offres de cette catégorie soient également incluses dans un financement uniforme. Enfin, l'association remarque qu'il y a lieu d'aborder, dans le cadre du financement uniforme, non seulement l'antagonisme dans les rôles joués par les cantons, mais aussi l'antagonisme dans ceux joués par les assureurs, qu'un tel financement renforcerait.

4.1.6 Sociétés cantonales de médecins

CCM et SMCF critiquent la dépendance vis-à-vis des budgets cantonaux. Ce système leur semble désavantageux comparativement à un financement constant de l'AOS. Le projet amplifie la multiplicité des rôles assumés par les cantons au lieu de la modérer. Pour ces participants, il est plus urgent d'améliorer la situation tarifaire ; des tarifs ambulatoires couvrant les coûts permettraient d'éliminer une grande partie des incitations inopportunes. CCM demande un remaniement approfondi du projet. Ce dernier prévoit certes de diriger le flux de paiements vers un seul agent payeur (moniste), mais il instaure de fait un financement dual fixe. CCM craint que les cantons ne pilotent à l'avenir les soins non pas uniquement en se basant sur la LAMal, mais également selon des bases juridiques cantonales nouvellement créées. Il lui paraît douteux que des incitations en faveur d'une tarification adéquate puissent ainsi émerger, d'autant plus que cette adéquation est aujourd'hui déjà exigée par la LAMal. Pour CCM et SMCF, on ne peut prédire si le présent projet permettra de promouvoir les soins coordonnés. Il serait en outre plus simple de transférer les contributions cantonales non pas à une institution commune, mais directement à l'assureur concerné. La participation aux coûts devrait être calculée uniquement sur la part financée par les primes. Puisque les répercussions financières divergent d'un canton à l'autre, la question de la clé de répartition devra inévitablement être abordée de manière plus différenciée dans le débat politique.

SVM craint que les possibilités de pilotage additionnelles offertes aux cantons dans le secteur ambulatoire aient pour effet de favoriser le domaine hospitalier ambulatoire aux dépens des cabinets médicaux et des besoins avérés de la population. Il manque à son avis une entité qui fasse contrepoids par rapport au canton et à ses instruments de contrôle uniques. SVM propose de créer une institution où le secteur privé et le canton seraient représentés à parité. L'association souhaite que le financement uniforme n'englobe que les prestations concernées par le transfert du secteur stationnaire vers l'ambulatoire, autrement dit les prestations figurant sur les « listes ambulatoires ».

SMVS rejette le projet, qui lui semble étendre les possibilités cantonales de pilotage. Or, ce pilotage ne baisserait pas les coûts, mais mettrait en danger le libre choix du médecin. En raison du conflit d'intérêts des cantons, les médecins exerçant en cabinet seraient une nouvelle fois désavantagés au bénéfice du domaine hospitalier ambulatoire. Dans une logique de « less is more together » et de « smarter medicine », il serait plus pertinent de s'intéresser à une tarification adéquate, à un financement hospitalier transparent et à des actions communes menées par les fournisseurs de prestations, les assureurs et les cantons. Un financement uniforme n'est acceptable que si les mêmes rémunérations sont pratiquées aussi bien au sein qu'en dehors de l'hôpital. De plus, les distorsions induites par les subventions cantonales aux hôpitaux doivent être éliminées.

AGBE salue le projet. Elle précise néanmoins que l'intérêt légitime des cantons à piloter le secteur ambulatoire doit être satisfait avec discernement. Il faut autant de planification que nécessaire, et aussi peu que possible.

OMCT soutient la réforme d'un système de financement qui induit des incitations inopportunes. L'ordre se dit toutefois perplexe face à un projet qui accorde trop de poids aux assureurs. Il demande d'examiner d'autres solutions qui tiendraient mieux compte de la charge financière importante que représentent les primes pour nombre de ménages. Il convient en outre d'offrir aux cantons davantage de possibilités de contrôle sur les dépenses de santé.

GAeSO approuve le fait que les cantons versent leur contribution aux assureurs et que ces derniers transfèrent ensuite aux fournisseurs de prestations la totalité du montant total dû (y c. la part financée par les impôts).

4.1.7 Assureurs

Curafutura, une majorité des membres de santésuisse, CSS, CSS Institut, Helsana, CTM, Visana, SGV, une majorité des membres de SVV ainsi que SWICA approuvent l'introduction du financement uniforme. Ils anticipent un recul des incitations inopportunes et une progression des incitations en faveur de l'efficacité et de la qualité. De leur côté, santésuisse et CTM font remarquer qu'un financement uniforme doit être appliqué de manière à ne produire aucune incidence sur les coûts. Pour SGV, le financement uniforme permet de rassurer certains assureurs qui craignaient que le transfert du secteur stationnaire au secteur ambulatoire ne soit pour eux synonyme de hausse des coûts.

Curafutura, Helsana et CTM considèrent qu'un financement uniforme permet de mieux inciter l'ensemble des parties prenantes à choisir les soins les plus efficaces sans compromettre la qualité. Il en résulterait finalement une baisse des coûts globaux. Ces participants saluent également le fait qu'un financement uniforme instaure les mêmes incitations pour tous les acteurs.

Une minorité des membres de santésuisse, de même qu'Assura, rejettent le projet. À leur avis, il accentue en effet la complexité du système, et la modification du financement proposée ne permet pas pour autant de freiner la croissance des coûts.

Assura craint une augmentation des interventions en stationnaire puisque selon elle, le transfert des prestations de l'hospitalier stationnaire vers l'hospitalier ambulatoire entraînera une diminution des revenus des hôpitaux. Elle estime que les hôpitaux pourraient être incités à augmenter les hospitalisations stationnaires pour maintenir des revenus suffisants et à ne pas avoir recours au subventionnement.

Assura regrette que la commission n'ait pas retenu la mesure sur « l'augmentation de la part des cantons dans le financement des prestations hospitalières non ambulatoires » (stratégie Santé2020) proposée par le Conseil fédéral. Enfin, Assura aurait souhaité que des mesures d'accompagnement contraignantes fassent partie du projet soumis en consultation.

De son côté, santésuisse constate que les gains d'efficacité liés à une « intensification de l'ambulatoire » profitaient jusqu'à présent presque uniquement aux cantons. Le bénéfice pour

les payeurs de primes était modeste, voire inexistant. Or, un financement uniforme garantirait un rapport constant à long terme entre les parts de financement.

Pour Curafutura, CSS, CTM, SWICA et Visana, l'encouragement des soins coordonnés devrait non seulement conduire à des primes moins élevées, mais également à une meilleure prise en charge. Les économies sont estimées à quelque 6 %.

Curafutura, Assura, CSS, SWICA et Visana rejettent un financement dual fixe. Ce système entraîne à leur avis une facturation double pour désormais 126 millions de factures chaque année (contre 1,5 million jusqu'à présent). En outre, il augmente la charge administrative. Assura estime que la facturation des prestations devrait se faire à l'attention des assureurs-maladie en tant que monistes et financeurs (tiers payant) ou de l'assuré (tiers garant), ces derniers devant contrôler l'économicité des prestations fournies.

SWICA se dit néanmoins ouverte à ce que les cantons puissent à l'avenir contrôler les factures, par exemple selon le modèle appliqué avec succès aux actes de défaut de biens en vertu de l'art. 64a.

Les membres de Curafutura (CSS, Helsana, kpt, sanitas) et une minorité des membres de santésuisse (dont Visana et SWICA), qui représentent ensemble une majorité des assurés, plaident pour une répartition des contributions cantonales via la compensation des risques. CSS Institut estime que le surplus d'efficacité réalisable chaque année se monte à pas moins de plusieurs dizaines voire à plusieurs centaines de millions.

La majorité des membres de santésuisse (dont Assura et Groupe Mutuel) est en faveur d'une répartition des contributions cantonales proportionnelle aux coûts occasionnés. La majorité des membres de santésuisse approuve que l'institution commune LAMal assume la compétence de la répartition des contributions cantonales entre les assureurs. Une facturation directe est rejetée en raison de la charge supplémentaire et, partant, de la hausse des frais administratifs qu'elle entraînerait, aussi bien pour les cantons que pour les assureurs-maladie. Toutefois, ces participants s'opposent à ce que l'institution commune LAMal assume la compétence du contrôle des données que les assureurs doivent transmettre aux cantons en vertu de l'art. 60, al. 6, LAMal.

Groupe Mutuel et Assura sont en faveur du versement direct de la contribution cantonale aux assureurs-maladie et s'opposent à toute intervention de l'institution commune LAMal dans le cadre de ce processus. Une facturation directe de l'assureur aux cantons facilite en outre la vérification du domicile par le canton. Groupe Mutuel est aussi en faveur de la mise sur pied d'un processus d'échange d'informations détaillées des factures avec les cantons et de la mise en œuvre de processus de contrôle proportionné par le biais d'échantillonnages.

Curafutura, CSS, Helsana, santésuisse, SGV, SWICA et Visana proposent en outre que les données soient livrées à l'institution commune et non pas aux cantons et à la Confédération. En effet, la transmission de volumes importants de données à l'institution commune est une pratique établie et rigoureusement encadrée par la loi et par voie d'ordonnance. Il ne leur semble pas utile de générer un nouveau flux d'information à destination directe des cantons.

Pour santésuisse, Assura, Groupe Mutuel et SGV, il y a lieu de calculer la contribution cantonale non pas sur la base des coûts nets, mais selon les coûts bruts, donc en y incluant la participation des assurés aux coûts. La part cantonale du financement devrait donc être légèrement réduite. Cela éviterait de discriminer les assurés avec une franchise élevée. De plus, la participation aux coûts ne devrait être prélevée que sur la part financée par les primes, afin d'éviter une hausse de celle-ci dans le secteur stationnaire.

CSS se dit ouverte non seulement au financement uniforme, mais également à d'autres éléments tels que l'application de normes de qualité et la mise en œuvre des mesures figurant dans le rapport d'expert du Conseil fédéral ; elle soutient également, en dernier ressort, l'introduction d'un frein aux dépenses.

Assura considère également souhaitable d'introduire des mesures d'accompagnement, à l'instar de ce qui a été formulé dans le rapport d'expert.

De même, SVV fait allusion à la nécessité de revoir la tarification et non pas uniquement le financement.

4.1.8 Patients, utilisateurs

DVSP approuve sur le principe un financement uniforme, mais rejette le projet dans sa forme actuelle. Une compétence démocratique de rémunération et de pilotage lui semble essentielle ; de même, il est impératif de connaître les parts selon lesquelles les prestations de santé seraient financées. Le projet ne remédie pas aux incitations inopportunes dues aux disparités tarifaires entre le secteur stationnaire et le secteur ambulatoire. Les possibilités de pilotage sont affaiblies dans le secteur stationnaire (budget global notamment) et ne sont pas complétées dans le secteur ambulatoire. DVSP s'oppose au renforcement des hôpitaux conventionnés et des assurances complémentaires. Les cantons, qui apporteraient une contribution minoritaire au financement, négligeraient la planification hospitalière. Il en résulterait une hausse des coûts et une perte de qualité. Pour DVSP, les cantons doivent avoir la possibilité de contrôler les factures. Une participation aux coûts plus importante n'est pas acceptable. Par ailleurs, l'inclusion des soins de longue durée, au moins à terme, est cruciale pour une prise en charge intégrée. La part du financement par les impôts devrait être relevée. Globalement, il faudrait se détourner du système d'assurance non démocratique en place actuellement. Or, le projet ne fait que donner encore davantage de poids aux assureurs. Cela risque d'accroître fortement l'inégalité de traitement entre les assurés.

SPO et FGS soutiennent le projet. Il pose les bases pour plus d'efficacité et de qualité et moins d'incitations inopportunes. Il encourage en outre les soins coordonnés et rend les coûts plus socialement acceptables, que ce soit dans le système de santé en général ou dans le cas particulier du transfert du stationnaire vers l'ambulatoire. Toutefois, pour atteindre les objectifs visés, il convient de compléter le financement uniforme par d'autres mesures. La fondation exige en particulier une planification intercantonale, l'encouragement des soins coordonnés, une baisse des prix des médicaments ainsi qu'un contrôle de la qualité et de la transparence des coûts.

AGILE.CH rejette le projet. Les acteurs principaux, tels les assurés et les cantons, doivent continuer d'être associés aux discussions et aux décisions ; le contrôle démocratique doit être garanti. Or, le projet aboutit, à son avis, surtout à renforcer les hôpitaux privés et les assurances complémentaires tout en affaiblissant des processus démocratiques et transparents. Il n'est pas souhaitable que ces hôpitaux reçoivent encore davantage de fonds publics. Le système de santé est trop complexe, et dévier les flux financiers ne permettra pas d'inverser les tendances négatives. En outre, le moment choisi pour présenter ce projet n'est pas opportun, puisque les résultats de l'évaluation du financement hospitalier sont attendus pour le deuxième semestre 2019. AGILE.CH exige un remaniement en profondeur du projet. Les payeurs de primes et les cantons doivent être consultés au moment de définir les prestations et lors des négociations tarifaires. En outre, les soins de longue durée devraient être inclus dans le système de financement uniforme. À l'avenir, les hôpitaux privés devraient continuer de recevoir 45 % au maximum de l'AOS. Les coûts nécessaires à une refonte du système doivent de plus être exposés plus concrètement.

IGPZ approuve les objectifs du financement uniforme, mais doute que le présent projet permette de les atteindre. L'organisation soutient ce mode de financement pour autant qu'il soit complété par des mesures adéquates. Il est à son sens essentiel de mettre fin à la disparité des tarifs, notamment à l'aide de forfaits complexes et d'une harmonisation des tarifs stationnaires et ambulatoires. La hausse des coûts est en grande partie induite par le mode actuel de décompte des prestations. Il est important pour les cantons d'être associés aux discussions dans le secteur ambulatoire, domaine où de nombreuses adaptations sont impératives. Pour IGPZ, le renforcement des hôpitaux conventionnés pénalisera la qualité. De façon complémentaire, les primes devraient obligatoirement être liées au renchérissement, de sorte que la

hausse des coûts ne se fasse pas uniquement à la charge des primes. Enfin, les assurés doivent être impliqués dans le contrôle des factures, et la transparence des remboursements doit désormais valoir jusqu'au niveau de la personne assurée.

VASK considère plus judicieux de réviser la tarification, puisque le projet ne résout aucun des problèmes de financement de la psychiatrie, en particulier dans le secteur ambulatoire. Il pourrait plutôt entraîner une décharge des assurances complémentaires et une hausse des primes de l'AOS. Pour l'association, le système de forfait par cas et la LAMal ont globalement échoué.

VAPP exige que les soins de longue durée ne soient pas exclus du système de santé. Il serait plus simple d'introduire des tarifs uniformes. L'association est d'avis qu'il faut éviter une désolidarisation et s'oppose à une hausse des primes.

4.1.9 Autres

GELIKO salue le principe d'un financement uniforme tout en indiquant que sa mise en œuvre concrète ne doit pas déboucher sur des pertes de qualité. Pour GELIKO, les incitations inopportunes du système actuel ne sont que partiellement dues au financement. Les disparités entre les divers systèmes de tarification jouent un rôle au moins aussi important. Les cantons devraient disposer de moyens de pilotage ; cela vaut également en matière tarifaire. La participation aux coûts devrait être prélevée uniquement sur la part financée par les primes, pour éviter qu'elle n'augmente. Il convient d'éviter les liens contractuels entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire, et GELIKO exige davantage de transparence.

GRAAP rejette le projet dans son intégralité et réclame un remaniement complet. Selon lui, le poids des assureurs est excessivement renforcé, et les préoccupations des cantons, notamment concernant les possibilités de pilotage, ne sont pas prises en compte. Il faut également mettre en avant les intérêts des patients. Les soins de longue durée doivent être intégrés au projet. L'assurance complémentaire doit être séparée de l'AOS à tous les niveaux, aussi bien sur le plan structurel que financier. Or, le projet prévoit plutôt d'augmenter la part de financement de l'AOS pour les hôpitaux conventionnés, ce qui aboutirait à une hausse des coûts et des primes. Concernant les hôpitaux conventionnés, GRAAP souhaite au moins que l'on conserve la part de financement jusqu'à présent applicable, soit 45 %. Par ailleurs, avant de préparer un nouveau projet, il y a lieu d'attendre les résultats de l'évaluation du financement hospitalier.

PH CH s'oppose à une réforme du financement de l'AOS, aussi longtemps qu'elle ne sera pas combinée à une limitation efficace de l'accroissement des volumes. Une séparation aussi complète que possible entre assurance de base et assurance complémentaire lui semble une mesure plus urgente et décisive que l'introduction d'un financement uniforme. L'organisation préconise une caisse unique pour l'assurance de base, sur le modèle de la SUVA. Quant au transfert du secteur stationnaire au secteur ambulatoire, les listes d'interventions lui semblent être la solution idéale. La hausse des coûts n'est pas principalement due au fait que les prestations sont fournies en milieu stationnaire plutôt qu'en ambulatoire, mais à un accroissement des volumes. Pour éviter ce phénomène, l'organisation préconise d'utiliser des budgets globaux, de donner la priorité aux soins coordonnés et d'exiger obligatoirement un deuxième avis de la part d'un spécialiste indépendant sur le plan économique. PH CH craint que le projet actuel ne produise aucun effet sur les incitations inopportunes concernées et n'affaiblisse les possibilités cantonales de pilotage.

BFG approuve le projet pour autant qu'on renonce à le coupler au pilotage des admissions et au financement des soins. Le projet ne lui semble pas instaurer de liens plus étroits entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire. Les autorités de surveillance (OFSP et FINMA) doivent de toute façon faire barrage à d'éventuels financements croisés illégaux. Par ailleurs, les cantons peuvent aujourd'hui déjà influencer les tarifs ambulatoires, et il n'est pas souhaitable de renforcer ce conflit de rôles. L'organisation rejette un financement dual fixe qui aurait pour modèle la pratique actuelle dans le secteur stationnaire. Selon elle, l'équivalence

fiscale n'est pas compromise pour les cantons. Les listes ambulatoires devraient être supprimées après l'introduction du financement uniforme. Enfin, il convient de prévoir des délais transitoires, à l'instar de ce qui a été fait pour le nouveau financement hospitalier.

4.2 Prises de position relatives à l'art. 16, al. 3^{bis}

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

Le PVL soutient la minorité de la commission, qui propose de répartir la contribution cantonale entre chaque assureur sous forme de forfait par personne assurée.

Le PLR VD est d'avis que l'art. 16, al. 3^{bis}, est justifié afin de ne pas créer de double indemnisation.

Fournisseurs de prestations

PharmaSuisse approuve la proposition de la minorité de la commission. L'organisation estime que la compensation des risques devrait aussi inclure les fonds transmis par les cantons.

RVBB soutient la majorité de la commission. La compensation des risques ne devrait, à son avis, comprendre que les prestations après déduction de la contribution cantonale.

Sociétés cantonales de médecins

Pour GAeSO, un montant forfaitaire par personne assurée n'est pas souhaitable. Elle soutient donc la majorité de la commission.

Assureurs

Santésuisse et Groupe Mutuel appuient la proposition de la majorité de la commission, car ils sont en faveur d'une répartition des contributions cantonales basée sur les coûts (voir l'art. 60a). Curafutura et CSS Institut soutiennent également la proposition de la majorité. Certes, ils se rallient à la minorité concernant une répartition des contributions cantonales basée sur les risques (voir l'art. 60a) ; toutefois, en lien avec leur reformulation de l'art. 60a et conformément à la variante proposée par la majorité, ils considèrent que la compensation des risques doit être effectuée après déduction des contributions cantonales.

Assura demande de supprimer l'art. 16, al. 3^{bis}. Elle est d'avis que les dispositions traitant du financement uniforme des prestations et du processus de redistribution des contributions cantonales doivent être introduites aux art. 60 ss.

4.3 Prises de position relatives à l'art. 18

Prises de position relatives à l'art. 18, al. 2^{sexies}

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

Le PLR VD préconise de respecter les principes du « qui commande paie ».

Associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national

L'usam soutient la proposition de la majorité. Néanmoins, le syndicat demande à la commission d'examiner plus en détail d'autres solutions, comme un transfert direct des contributions cantonales aux assureurs.

Fournisseurs de prestations

CCM, SMCF et Physioswiss estiment plus adéquat de transférer directement les contributions cantonales à chaque assureur et indiquent que les fournisseurs de prestations doivent eux aussi établir des décomptes pour plusieurs assureurs. De son côté, physioswiss RVBB demande l'introduction d'un organisme neutre réunissant à parité les cantons et les assureurs

tout en étant indépendant de ces derniers. Cette entité serait chargée de gérer et de répartir les contributions cantonales.

Medswiss.net se félicite que les cantons doivent verser leurs contributions à l'institution commune des assureurs.

Assureurs

Santésuisse, Groupe Mutuel et Assura demandent de biffer l'art. 18, al. 2^{sexies}. Les questions éventuelles pourraient être réglées directement entre chaque assureur et le canton.

Curafutura et une majorité des membres de santésuisse approuvent la proposition de la commission selon laquelle l'institution commune se charge de répartir la contribution cantonale.

Prises de position relatives à l'art. 18, al. 2^{octies}

Cantons

Le VS soutient la proposition de la minorité, avec intégration des cantons aux contrôles des données.

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

Le PVL se rallie à la proposition de la majorité de la commission, dont la formulation générale peut aussi englober le contrôle des factures.

Le PSS soutient la proposition de la minorité. Il privilégie en revanche la variante dans laquelle ce contrôle peut être exercé au sein d'un organe dans lequel assureurs et cantons seraient représentés.

Associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national

L'USS soutient la proposition de la minorité.

Associations de défense des consommateurs

SKS se rallie à la minorité de la commission.

Fournisseurs de prestations

PharmaSuisse rejoint la proposition de la majorité, à l'inverse de la SSP, qui soutient celle de la minorité.

Assureurs

Santésuisse, Curafutura et Assura appuient la majorité de la commission. Ils indiquent que les données transmises à l'institution commune LAMal seraient soustraites au contrôle de l'organe de révision des assureurs-maladie. En outre, pour des motifs liés à la protection des données, il n'est pas possible, pour ladite institution, d'effectuer le contrôle.

Groupe Mutuel rejette la proposition de la majorité, car il estime que l'institution commune LAMal ne doit pas assumer la tâche de répartir la contribution cantonale aux assureurs ; il ne se justifie donc pas de lui attribuer des tâches qui lui seraient confiées par les cantons.

Patients, utilisateurs

SPO se rallie à la proposition de la minorité, qui demande que les cantons soient dotés d'un instrument pour le contrôle des factures.

Prises de position relatives à l'art. 18, al. 5, 1^{re} phrase

Fournisseurs de prestations

PharmaSuisse salue le financement uniforme de l'institution via les assureurs et approuve l'al. 5 tel que proposé.

Physioswiss RVBB demande de biffer l'al. 5.

Assureurs

Assura et Groupe Mutuel estiment que l'institution commune ne doit pas se charger de la répartition des contributions cantonales. Il est dès lors également superflu de compléter l'al. 5.

4.4 Prises de position relatives à l'art. 25a, al. 2, 1^{re} phrase

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

Le PLR VD est d'avis que les soins de longue durée devraient faire l'objet d'une réglementation particulière.

Fournisseurs de prestations

Pour H+, les soins de transition font partie intégrante des soins somatiques aigus, suivant la logique médicale. L'organisation propose donc de biffer cet article.

RVBB suggère de son côté de reformuler cet article.

Senesuisse souhaite que les soins de transition s'étendent au minimum sur quatre semaines au lieu de quatorze jours seulement. En outre, les frais d'hôtellerie et d'assistance devraient également être cofinancés.

Assureurs

Curafutura, Groupe Mutuel et Assura soutiennent la proposition de la CSSS-N.

4.5 Prises de position relatives à l'art. 41

Prises de position relatives à l'art. 41, al. 1^{bis}

Fournisseurs de prestations

PharmaSuisse demande l'adaptation suivante : « Si l'assuré se soumet à un traitement hospitalier dans un hôpital (au lieu de <hôpital répertorié>) qui ne figure pas sur la liste de son canton de résidence, l'assureur prend en charge la rémunération comme suit : (...). »

Assureurs

Assura et Groupe Mutuel approuvent l'adaptation.

Prises de position relatives à l'art. 41, al. 1^{er}

Sociétés cantonales de médecins

GAESO souhaite supprimer la notion de canton de résidence, afin de permettre une véritable concurrence. L'organisation demande de modifier la disposition comme suit : « En cas de traitement hospitalier, l'assuré a le choix entre tous les hôpitaux figurant sur la liste des cantons (hôpitaux répertoriés). »

Assureurs

Curafutura, Assura et Groupe Mutuel approuvent la proposition de la CSSS-N.

Prises de position relatives à l'art. 41, al. 2^{bis} à 2^{quater}

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

Le PLR VD considère que le rattachement des assurés à un canton n'est pas clairement défini.

Fournisseurs de prestations

Pour pharmaSuisse, l'al. 2 tel qu'en vigueur jusqu'à présent doit être supprimé, afin d'éviter une contradiction entre la liberté de choix concernant les hôpitaux répertoriés et le nouvel al. 2^{bis}. Puisque l'al. 1^{bis} ne vise pas uniquement le traitement dans les hôpitaux répertoriés, il n'est pas pertinent d'utiliser ici le terme « hôpital répertorié ». Il doit être remplacé par « hôpital ».

Sociétés cantonales de médecins

GAESO demande de biffer l'al. 2^{quater}.

Assureurs

Concernant la prise en charge des coûts pour les assurés à l'étranger qui ne sont pas rattachés à un canton, santésuisse et Assura proposent de mentionner également les assurés occupés à l'étranger par une entreprise ayant son siège en Suisse (art. 3, al. 3, let. b). Le canton de référence défini par le Conseil fédéral devrait être remplacé par le canton dans lequel l'assureur a son siège principal.

Curafutura, Assura et Groupe Mutuel approuvent la proposition de la CSSS-N.

Prises de position relatives à l'art. 41, al. 3 et 3^{bis}

Assureurs

Curafutura, Assura et Groupe Mutuel approuvent la proposition de la CSSS-N.

Prises de position relatives à l'art. 41, al. 4, 2^e à 5^e phrase

Fournisseurs de prestations

Pour pharmaSuisse, il est inutile de compléter la disposition par un renvoi à l'art. 62. Elle demande d'y renoncer.

Sociétés cantonales de médecins

GAeSO demande de ne conserver que les deux premières phrases de l'alinéa : « Les prestations que la loi rend obligatoires sont garanties dans tous les cas. L'assureur n'est tenu de prendre en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par des fournisseurs auxquels l'assuré a limité son choix. » Les phrases suivantes doivent être biffées.

Assureurs

Curafutura, Assura et Groupe Mutuel approuvent la proposition de la CSSS-N.

4.6 Prises de position relatives à l'art. 42

Prises de position relatives à l'art. 42, al. 1

Cantons

Le canton de NE propose d'abroger le système du tiers garant (al. 1), offrant ainsi aux assureurs-maladie une vue globale sur toutes les factures relevant de l'assurance obligatoire des soins : « Sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assureur est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. »

Prises de position relatives à l'art. 42, al. 2, 2^e phrase

Cantons

Le canton de NE est d'avis qu'il n'est pas cohérent de faire du domaine hospitalier une exception et propose donc, sur la base de sa remarque concernant l'art. 41, al. 1, d'abroger l'al. 2.

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

Le PLR VD attire l'attention sur la responsabilisation des patients. Pour lui, il est important que des solutions de tiers garants restent possibles et soient privilégiées dans la majeure partie des cas.

Assureurs

Curafutura, Groupe Mutuel et Assura approuvent la proposition de la CSSS-N.

Prises de position relatives à l'art. 42, al. 3

Cantons

Le canton du VS est d'avis que l'uniformisation du financement des prestations ne nécessite pas l'introduction d'un financement moniste. Les factures du secteur stationnaire peuvent être traitées comme aujourd'hui. Cela permettra aux cantons de disposer des données nécessaires pour contrôler le respect des mandats de prestations (tâche que les assureurs n'assument pas aujourd'hui) et pour gérer les quantités.

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

Le PSS exige que les cantons aient la possibilité de contrôler les factures, idéalement via un organe commun réunissant cantons et assureurs.

Fournisseurs de prestations

KSBL réclame que, si des factures sont contestées, il revienne aux assureurs de payer la part non contestée de la facture. Dans le système du tiers payant, ce n'est que sur demande de l'assuré que ce dernier reçoit une copie de la facture. Le but est d'éviter les versements doubles et les malentendus.

Sociétés cantonales de médecins

GAESO demande de compléter la disposition de sorte à préciser que, dans le système du tiers payant, la personne assurée doit toujours recevoir une copie de la facture.

Assureurs

Curafutura, Assura et Groupe Mutuel approuvent la proposition de la CSSS-N.

4.7 Prises de position relatives à l'art. 49a

Cantons

La CDS, CLASS et les cantons d'AG, BS, BE, BL, FR, GE, GR, LU, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, TI, UR et VD se disent opposés à un relèvement de la part de financement de l'AOS pour les hôpitaux conventionnés. Les cantons de GL, VS et ZH soutiennent explicitement la proposition de la minorité. Le canton de ZH exige en outre de supprimer la catégorie des hôpitaux conventionnés.

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

Le PLR VD est d'avis qu'il faut maintenir une différence entre les hôpitaux répertoriés (listés) et ceux conventionnés pour le stationnaire, car les conséquences financières ne sont pas connues.

Le PSS soutient la proposition de la minorité. À l'inverse, le PVL s'y oppose, car il convient à son avis d'inciter les assureurs à conclure de telles conventions. En outre, il y a lieu de renforcer la concurrence.

Associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national

Economiesuisse et l'usam soutiennent la proposition de la majorité de la commission. Pour l'usam, il n'est pas acceptable que les hôpitaux conventionnés soient défavorisés.

L'USS soutient la proposition de la minorité.

Fournisseurs de prestations

Plusieurs fournisseurs de prestations (mfe, K3, KSBL, SBAP, l'ASI, SGAIM, la FSSF, Spitex, FSAS, SNL, SW!SS REHA, unimedsuisse, USB) expriment une position critique, voire un net rejet, quant au relèvement de la part du financement de l'AOS pour les hôpitaux conventionnés. Mfe, l'ASI et SW!SS REHA soutiennent en outre explicitement la proposition de la minorité. Ils souhaitent éviter que les possibilités cantonales de pilotage ne soient restreintes dans ce domaine et que l'effet des listes ne soit amoindri. KSBL dénonce un transfert de facto de la planification des soins des cantons vers les assureurs.

PCS et pharmaSuisse soutiennent la proposition de la majorité. Ce n'est que si les caisses-maladie participent de manière analogue au financement, à hauteur des 74,5 % prévus, qu'il est possible de garantir l'égalité de traitement de tous les assurés.

Sociétés cantonales de médecins

GAESO soutient la proposition de la minorité ; elle demande, en outre, que l'indemnisation prévue ne dépasse pas 30 %.

Assureurs

Curafutura, Groupe Mutuel et Assura approuvent la proposition de la majorité de la commission.

Patients, utilisateurs

AGILE, DVSP et IGPZ s'opposent au relèvement de la part du financement de l'AOS pour les hôpitaux conventionnés.

Autres

GRAAP rejette le relèvement de la part du financement de l'AOS pour les hôpitaux conventionnés.

4.8 Prises de position relatives à l'art. 51, al. 1, 2^e phrase

Cantons

Le canton de NE est d'avis que cet article perd tout son sens dans un système de financement moniste, du moins pour le secteur hospitalier. Il souligne que comme les cantons ne financent plus directement les hôpitaux pour les prestations relevant de l'AOS, il est difficile d'imaginer qu'ils fixent un budget global à un hôpital, même si cela reste possible pour le financement des prestations d'intérêt général.

Assureurs

Curafutura et Assura soutiennent la proposition de la CSSS-N.

4.9 Prises de position relatives à l'art. 60

Fournisseurs de prestations

Selon CCM et SMCF, la participation aux coûts ne devrait être facturée que sur la part financée par les primes.

Autres

BFG demande que la participation aux coûts continue d'être prélevée sur la part des coûts des prestations financée par les primes ; comme aujourd'hui, la part cantonale ne doit pas entrer en ligne de compte dans le financement hospitalier.

Prises de position relatives à l'art. 60, al. 1

Cantons

Le canton de NE est d'avis que puisque les cantons n'auront plus leur mot à dire sur ce qu'ils paient, il faudrait alors prévoir une disposition leur permettant de procéder à des contrôles et de s'opposer à certaines factures transmises par les assureurs.

Assureurs

Curafutura, Assura, CSS Assurance et Groupe Mutuel soutiennent la proposition de la CSSS-N.

Prises de position relatives à l'art. 60, al. 2

Cantons

La CDS et les cantons d'AG, AI, BE, BL, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZG et ZH souhaitent que les soins de longue durée soient intégrés au financement uniforme. Cet élément est essentiel pour assurer la promotion des soins coordonnés.

Associations de défense des consommateurs

L'ACSI et la FRC demandent que la contribution cantonale ne soit utilisée que pour les prestations hospitalières stationnaires et ambulatoires, avec une répartition du financement adaptée.

Fournisseurs de prestations

Pour mfe, SBAP, l'ASI, la FSSF, FSAS, SW!SS REHA et SNL, le projet doit inclure les soins de longue durée.

Assureurs

Santésuisse, Assura et CTM saluent le fait que les soins de longue durée au sens de l'art. 25a soient exclus du financement uniforme.

En outre, santésuisse, Assura et Groupe Mutuel proposent que les coûts pour les prestations à l'étranger au sens de l'art. 34, al. 2, soient également inclus dans le calcul de la contribution cantonale.

Curafutura et CSS se disent en faveur de la proposition de la CSSS-N.

Patients, utilisateurs

AGILE, DVSP et VAPP approuvent une inclusion des soins de longue durée.

Autres

BFG ne voit pas d'intérêt à une telle inclusion, à l'inverse de GRAAP.

Prises de position relatives à l'art. 60, al. 3

Associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national

l'usam demande que les coûts bruts (y c. la participation aux coûts) soient déterminants pour le calcul de la contribution cantonale. Cela permettrait d'éviter de désavantager les assurés ayant opté pour une franchise élevée.

Associations de défense des consommateurs

La FRC mentionne la hausse de la participation aux coûts dans le domaine stationnaire. Limiter le financement uniforme aux hôpitaux (domaine hospitalier stationnaire et domaine hospitalier ambulatoire) maintiendrait à son avis la hausse à un niveau acceptable.

Assureurs

La majorité des membres de santésuisse, de même qu'Assura, Groupe Mutuel et SGV demandent que les coûts bruts (y c. la participation aux coûts) soient déterminants pour le calcul de la contribution cantonale. Cela permettrait d'éviter de désavantager les assurés ayant choisi une franchise élevée. Une minorité des membres de santésuisse, qui demande un calcul forfaitaire de la contribution cantonale (art. 60a), soutient la proposition de la CSSS-N concernant l'art. 60, al. 3.

Curafutura, CSS, SWICA et Visana appuient la proposition de la CSSS-N.

Prises de position relatives à l'art. 60, al. 4

Cantons

Le canton de GL demande d'attendre que les listes ambulatoires permettent de mieux satisfaire les critères EAE et de réexaminer alors la part de 25,5 % à la charge des cantons. Au regard desdits critères, la part cantonale actuelle lui semble trop élevée. Le canton de NE rend attentif aux surcoûts qu'il aurait à assumer, d'autant plus que le financement résiduel pour les soins de longue durée augmenterait fortement. Le canton exige des délais transitoires.

Sociétés cantonales de médecins

GAeSO demande d'augmenter, au cours d'une période de transition, la part du financement cantonal à au moins 30 %, ce afin de permettre la formation de réserves.

Assureurs

Santésuisse et Assura demandent que l'art. 60, al. 3, donne des indications quant aux coûts bruts. Le pourcentage mentionné à l'al. 4 doit être adapté en conséquence.

Curafutura, CSS, Groupe Mutuel, SWICA et Visana soutiennent la proposition de la CSSS-N. Assura estime que le taux de la contribution cantonale doit être adapté dans la mesure où la contribution cantonale se calcule sur les coûts bruts.

Pour Groupe Mutuel, les cantons ont besoin de délais transitoires.

Autres

BFG estime qu'une contribution cantonale à hauteur de 25,5 % conduit à une charge supplémentaire substantielle pour les cantons et à un allègement pour les primes. En outre, le rapport entre les coûts stationnaires et ambulatoires varie d'un canton à l'autre : il est donc souhaitable d'introduire des délais transitoires, comme ce qui a été fait pour le nouveau financement hospitalier.

Prises de position relatives à l'art. 60, al. 5

Assureurs

Santésuisse et Assura demandent que la Confédération fournisse également une contribution pour les assurés occupés à l'étranger par une entreprise ayant son siège en Suisse (art. 3, al. 3, let. b).

Curafutura, CSS et Groupe Mutuel soutiennent la proposition de la CSSS-N.

Prises de position relatives à l'art. 60, al. 6

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

Le PLR VD fait remarquer qu'il faut se garder d'accorder une trop grande marge de manœuvre aux cantons concernant le calcul du montant de leur contribution.

Fournisseurs de prestations

Pour FMH et SSDV, il serait judicieux de livrer à l'institution commune toutes les données nécessaires au calcul des contributions cantonales et fédérales.

Quant à physioswiss RVBB, elle interprète cet alinéa comme une disposition imposant le tiers payant et propose de continuer à autoriser la pratique du tiers garant.

Assureurs

Curafutura, santésuisse, CSS, Helsana, SWICA, Visana et SGV demandent que les données nécessaires au calcul des contributions cantonales et fédérales ne soient pas livrées à la Confédération et aux cantons, mais directement à l'institution commune LAMal. La disposition précisant que les cantons et la Confédération doivent verser leur contribution à l'institution commune des assureurs devrait être déplacée pour figurer dans un nouvel al. 7.

Assura et Groupe Mutuel demandent que chaque assureur règle directement le versement des montants avec les cantons, sans avoir à impliquer l'institution commune.

4.10 Prises de position relatives à l'art. 60a

Cantons

La CDS, CLASS et les cantons d'AG, AI, BE, LU, NW, OW, SG, SO, TG, UR, ZG et ZH approuvent la variante de la majorité.

Les cantons de BL et GL soutiennent celle de la minorité.

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

Le PBD, le PVL, le PLR et l'UDC proposent que les contributions cantonales soient versées sous la forme de montants forfaitaires par assuré. Le PLR propose une formulation simplifiée pour cette disposition. Pour le PLR VD, il n'est pas souhaitable d'injecter les contributions cantonales via la réduction des primes ou via des prestations d'intérêt général.

Associations faïtières de l'économie qui œuvrent au niveau national

L'usam soutient la proposition de la majorité de la commission, car elle réduit les incitations à la sélection des risques et n'augmente pas le besoin en réserves, comme le montre une étude de Polynomics. En revanche, la proposition de la minorité augmenterait le risque assumé par les assureurs et, partant, leur besoin en réserves.

Fournisseurs de prestations

Argomed, FMH, pharmaSuisse, SSDV et la SSP approuvent la proposition de la minorité. Sa formulation devrait toutefois être simplifiée.

SW!SS REHA soutient la proposition de la majorité.

FMCH, Interpharma et SGS ne prennent expressément pas position concernant la question de savoir si les contributions cantonales devraient être réparties entre les assureurs sur la base des coûts ou des risques. Pour Interpharma, le projet ne doit pas échouer en raison d'une telle question.

Assureurs

La plupart des membres de santésuisse (dont Assura et Groupe Mutuel) soutient la proposition de la majorité de la commission et, donc, une répartition des contributions cantonales basée sur les coûts occasionnés.

Curafutura et ses membres (CSS, Helsana, kpt, sanitas) ainsi qu'une minorité des membres de santésuisse (dont SWICA et Visana) soutiennent la proposition de la minorité de la commission et, donc, une répartition des contributions cantonales basée sur les risques. Ils proposent toutefois une formulation simplifiée : « La contribution cantonale et la contribution fédérale sont réparties entre les assureurs par l'institution commune. Cette dernière suit à cet égard les principes de la compensation des risques en vertu des art. 16 à 17a. Pour les assurés qui ne sont pas concernés par la compensation des risques, le montant réparti correspond aux coûts moyens desdits assurés. Le Conseil fédéral règle les modalités. »

Patients, utilisateurs

BFG est d'avis que les assureurs devraient se mettre d'accord sur cette question, qui relève de la technique d'assurance pure.

4.11 Prises de position relatives à l'art. 79a

Cantons

Le canton de VD estime inacceptable que les cantons soient privés d'un droit de recours direct.

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

Le PSS juge cette modification inacceptable.

Assureurs

Curafutura et Groupe Mutuel soutiennent la proposition de la CSSS-N.

4.12 Prises de position relatives au point II

Cantons

Le canton du VS soutient la proposition de la minorité. Les cantons ne sauraient accepter d'assumer une responsabilité financière sans pouvoir disposer d'instruments de pilotage. BL demande également que le projet de financement uniforme soit rattaché à un pilotage de l'ambulatoire.

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

Le PSS appuie la proposition de la minorité. Le projet ne devrait en aucun cas entrer en vigueur sans qu'une solution durable soit prévue pour le pilotage des admissions.

Associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national

L'USS soutient la proposition de la minorité dans les dispositions finales.

Fournisseurs de prestations

Pour FMH et SSDV, un financement uniforme ne déboucherait pas sur un accroissement des volumes, mais augmenterait le besoin en capacités ambulatoires tout en atténuant celui en capacités stationnaires. Elles s'opposent à la proposition de la minorité pour cette raison.

De même, pharmaSuisse rejette la proposition de la minorité.

CURAVIVA comprend dans une certaine mesure la proposition de la minorité. Les cantons doivent en effet disposer de moyens de pilotage.

Assureurs

Assura et Groupe Mutuel estiment qu'un pilotage des admissions nécessite un financement uniforme. Ces projets doivent donc être reliés, et ce au moyen d'une disposition correspondante dans le projet relatif à l'admission.

Patients, utilisateurs

BFG rejette la proposition de la minorité.

4.13 Autres propositions

CURAVIVA ne remet pas en question la nécessité que le financement uniforme concerne également les soins aigus et de transition. Elle rappelle cependant qu'elle demande depuis déjà longtemps une modification des conditions actuelles de droit et d'accès aux soins aigus et de transition.

Le canton de NE estime que si le projet voit le jour, il serait l'occasion de mettre en place des caisses maladie cantonales qui seraient bien plus légitimées à utiliser l'argent prélevé par l'impôt. De plus, il propose de mettre en place une réelle loi de santé sur le plan fédéral pour piloter le système de soins et donc de ne plus utiliser la LAMal, qui est principalement une loi de financement.

Enfin, Physioswiss constate qu'il manque malheureusement un chapitre « Répercussions sur les fournisseurs de prestations ». La perspective présentant « qui » finance les prestations masque intégralement la question de savoir « ce qui » est financé. Or, celle-ci est bien plus importante vu l'accent mis sur la prise en charge intégrée.

5 Annexe : liste des participants à la consultation²

Abréviation	Expéditeur
Cantons	
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'État du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'État du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna
BL	Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'État du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'État du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città
FR	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'État du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo
GE	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'État du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra
GL	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'État du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona
GR	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'État du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni
JU	Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'État du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura
LU	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'État du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna
NE	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg

² par ordre alphabétique des abréviations

	Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel
NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'État du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo
OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'État du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo
SG	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'État du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo
SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'État du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'État du canton de Schwytz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'État du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino
UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'État du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'État du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'État du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'État du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'État du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo
CLASS	Conférence latine des affaires sanitaires et sociales

GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale	
BDP	Bürgerlich-Demokratische Partei
PBD	Parti bourgeois-démocratique
PBD	Partito borghese democratico
CVP	Christlichdemokratische Volkspartei
PDC	Parti démocrate-chrétien
PPD	Partito popolare democratico
FPD	Die Liberalen
PLR	Les Libéraux-Radicaux
PLR.I	Liberali Radicali
PLR VD	Les Libéraux-Radicaux Vaudois
GLP	Grünliberale Partei
PVL	Parti vert'libéral
PVL	Partito verde-liberale
SPS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz
PSS	Parti socialiste suisse
PSS	Partito socialista svizzero
SVP	Schweizerische Volkspartei
UDC	Union Démocratique du Centre
UDC	Unione Democratica di Centro
Associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national	
CP	Centre patronal (Paudex)
economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere Swiss business federation
sgv	Schweizerischer Gewerbeverband
usam	Union suisse des arts et métiers
usam	Unione svizzera delle arti e mestieri
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
USS	Union syndicale suisse
USS	Unione sindacale svizzera
VPOD	Verband des Personals Öffentlicher Dienste
SSP	Syndicat Services publics
SSP	Sindacato dei servizi pubblici
Cercles intéressés	

Associations de défense des consommateurs	
ACSI	Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana Konsumentenverband der italienischen Schweiz Association des consommateurs de Suisse italienne
FRC	Fédération romande des consommateurs
kf	Konsumentenforum Forum des consommateurs Forum dei consumatori
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori
Organisations du secteur de la santé	
Fournisseurs de prestations	
Argomed	Argomed Ärzte AG
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri
FMCH	FMCH
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri
FSP	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen Fédération suisse des psychologues Federazione svizzera delle psicologhe e degli psicologi
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri
Interpharma	Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz Association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche
K3	Konferenz kantonale Krankenhausverbände
KSBL	Kantonsspital BL
Medswiss.net	Schweizer Dachverband der Ärztenetze Association suisse des réseaux de médecins Associazione svizzera delle reti di medici
mfe	Haus- und Kinderärzte Schweiz Médecins de famille et de l'enfance Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera
pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti
Physioswiss	Schweizerischer Physiotherapie-Verband Association suisse de physiothérapie

	Associazione svizzera di fisioterapia
physioswiss RVBB	Schweizerischer Physiotherapie-Verband Regionalverband Beide Basel
PKS CPS	Privatkliniken Schweiz Cliniques privées suisses Cliniche private svizzere
sa'ges	Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
SBAP	Schweizerischer Berufsverband für angewandte Psychologie Association professionnelle suisse de psychologie appliquée Associazione Professionale Svizzera della Psicologia Applicata
SBK ASI	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner Association suisse des infirmières et infirmiers Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri
scienceindustries	Wirtschaftsverband Chemie Pharma Biotech Association des industries Chimie Pharma Biotech Associazione economica per la chimica, la farmaceutica e la biotecnologia
Senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées
SGAIM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin Société suisse de médecine interne générale
SGDV SSDV	Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie Société suisse de dermatologie et vénéréologie Società svizzera di dermatologia e venereologia
SGP SSP	Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie Société suisse de pédiatrie Società svizzera di pediatria
SGS	Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie Société suisse de chirurgie du rachis Società svizzera di chirurgia spinale Swiss society of spinal surgery
SHV FSSF	Schweizerischer Hebammenverband Fédération suisse des sages-femmes Federazione svizzera delle levatrici
SNL	Swiss Nurse Leaders
Spitex	Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio
SVBG FSAS	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen Fédération suisse des associations professionnelles du domaine de la santé Federazione Svizzera delle Associazioni professionali Sanitari
	Swiss Orthopedics
SW!SS REHA	Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz Association des cliniques de réadaptation de pointe en Suisse Associazione delle cliniche più all'avanguardia per la riabilitazione in Svizzera

unimedsuisse	Universitäre Medizin Schweiz Médecine universitaire suisse Associazione medicina universitaria svizzera
USB	Unispital Basel
vips	Vereinigung der Pharmafirmen in der Schweiz Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse Associazione delle imprese farmaceutiche in Svizzera
VLSS AMDHS	Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse Associazione medici dirigenti ospedalieri svizzeri
VNS	Verband Nordwestschweizerischer Spitäler
VSAO ASMAC	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica
<i>Fournisseurs de prestations – sociétés de médecins (cantonales et régionales)</i>	
AGBE	Ärztegesellschaft des Kantons Bern Société des médecins du canton de Berne
GAeSO	Ärztegesellschaft des Kantons Solothurn
KKA CCM	Konferenz der kantonalen Ärztegesellschaften Conférence des sociétés cantonales de médecine Conferenza delle società mediche cantonali
OMCT	Ordine di Medici del Cantone di Ticino
SMCF	Société de médecine du canton de Fribourg
SMVS	Walliser Ärztegesellschaft Société médicale du Valais)
SVM	Waadtländer Medizingesellschaft Société vaudoise de médecine
<i>Assureurs</i>	
	Assura
Curafutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi
CSS Assurance	CSS Assurance
CSS Institut	CSS Institut
Groupe Mutuel	Groupe Mutuel
Helsana	Helsana
MTK CTM CTM	Medizinaltarifkommission UVG Commission des tarifs médicaux LAA Commissione delle tariffe mediche LAINF
santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer

	Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori malattia svizzeri
SGV	Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband Association suisse d'assurances Associazione svizzera d'assicurazioni
SWICA	SWICA
Visana	Visana
Patients, utilisateurs	
AGILE.CH	Die Organisationen von Menschen mit Behinderung Les organisations de personnes avec handicap Le organizzazioni di persone con handicap
DVSP	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen Fédération suisse des patients
Forum Gesundheit Schweiz	Forum Gesundheit Schweiz Forum Santé pour tous
IGPZ	Interessengemeinschaft Prämienzahler
SPO	Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz Fondation Organisation suisse des patients Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti
VAPP	Verein ambulante psychiatrische Pflege
VASK	Verein Angehörige Psychisch Kranker Schweiz Association des organisations de proches de malades psychiques
Autres	
BFG	Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen Entente Système de santé libéral
GRAAP	Groupe action psychiatrie
GELIKO	Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz Conférence nationale suisse des ligues de la santé Conferenza nazionale svizzera delle leghe per la salute
PH CH	Public Health Schweiz Santé publique Suisse Salute pubblica Svizzera