Newsletter CdC – Le point de vue des cantons 2/2019 : en ligne de mire

Financement uniforme des prestations de santé

Les gouvernements cantonaux rejettent le projet de loi de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national pour un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires dans sa forme actuelle. En effet, ils estiment non seulement que le projet ne permet pas de réaliser certains de ces objectifs mais qu'il crée au contraire de nouvelles incitations négatives. Les cantons ne souscriront à un projet de financement uniforme que si certaines conditions minimales sont remplies, notamment l'intégration des prestations de soins et un pilotage efficace des admissions dans le secteur ambulatoire.

Ces prochaines années, les frais de santé continueront d'augmenter en raison de l'évolution démographique et des progrès technologiques réalisés dans le secteur médical, ce qui grèvera encore plus les budgets des cantons et des communes. Cela n'est pas sans conséquences sur les cantons en général et sur le fédéralisme en particulier. Pour enrayer la hausse continue des coûts, les incitations négatives du système doivent être remplacées par des incitations positives, tout en gardant une vue d'ensemble du système de santé.

Le projet de loi de la CSSN-N ne permet pas de réaliser les objectifs visés

Le projet de loi de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) sur la mise en œuvre de l'initiative parlementaire « Financement moniste des prestations de soins » (09.528) prévoit que les prestations ambulatoires et stationnaires soient financées de manière uniforme. Par ailleurs, les cantons devraient transférer leur part de financement aux assureurs, lesquels en reverseraient l'intégralité aux fournisseurs de prestations (monisme). Les cantons sont d'avis que le projet manque sa cible à plusieurs égards et qu'il ne fournit, en tant que mesure individuelle, aucune contribution déterminante à la maîtrise des coûts du système. Un simple transfert des flux financiers ne permet pas, en effet, de réaliser des économies.

Les cantons rejettent fermement le projet de la commission

Le projet de loi soumis le 5 avril 2019 par la CSSN-N ne permet pas d'éliminer d'importantes incitations négatives. Au contraire : si les prestations de soins (soins à domicile et EMS) n'y sont pas intégrées, de nouvelles incitations négatives et des effets indésirables à l'interface entre traitements médicaux aigus et soins de longue durée pourraient voir le jour. Pour cette raison, les cantons rejettent fermement ce projet de loi.

Exigences préalables au soutien des cantons

Les gouvernements cantonaux ne peuvent souscrire à un financement uniforme des prestations de santé que si certaines exigences minimales sont remplies :

1. Pilotage du secteur ambulatoire
   S'ils assument une partie du financement du secteur ambulatoire, en pleine croissance, les cantons doivent aussi pouvoir intervenir lorsque l'offre de soins excède les besoins, au nom du principe d'équivalence fiscale. Par les décisions qu'il a prises le 3 juin 2019, le Conseil des États a montré comment rendre le pilotage des admissions plus efficace, ceci indépendamment de l'introduction d'EFAS, tout en en faisant une condition préalable.

Haus der Kantone
Maison des cantons
Speichergasse 6 | Postfach | CH-3001 Bern
Speichergasse 6 | Case postale | CH-3001 Berne
mail@kdk.ch | www.kdk.ch
mail@cdc.ch | www.cdc.ch
t + 41 (0) 31 320 30 00
f + 41 (0) 31 320 30 20

2. Prise en compte des prestations de soins
   En plus des prestations de l'assurance obligatoire des soins (AOS) stationnaires et ambulatoires, les prestations de soins (soins à domicile et EMS) devront être intégrées au modèle de financement, car c'est le seul moyen de stabiliser la part des prestations AOS qui est financée via les primes et celle qui l'est via les impôts. Les incitations négatives que l'on trouve à l'interface entre traitements médicaux aigus et soins sont elles aussi dues aux différents modes de financement. En outre, financer différemment les prestations hospitalières stationnaires, les prestations médicales ambulatoires et les prestations stationnaires et ambulatoires des soins de longue durée entraverait le développement nécessaire de modèles de soins intégrés sur toute la chaîne de prestations. Les cantons demandent donc que l'extension aux soins soit ancrée dans le projet avec force obligatoire et que les dispositions correspondantes entrent en vigueur de manière échelonnée. Si les prestations de soins n'y sont pas intégrées, ou si elles ne le sont qu'à une date ultérieure, de nouvelles incitations négatives et des effets indésirables à l'interface entre traitements médicaux aigus et soins de longue durée pourraient voir le jour.

3. Un passage neutre en termes de coûts pour chaque canton
   Le passage à un financement uniforme, sans incidence financière, doit s'appliquer à l'ensemble des cantons et à chacun d'entre eux. Il faut se féliciter des nouvelles dispositions transitoires prévues par le projet, notamment de l'octroi d'un délai de six ans. Cependant, le seuil minimum de 18,1% peut conduire à une montée en flèche des coûts pendant la période transitoire étant donné que les structures de soins et de patients varient considérablement d'un canton à l'autre. La neutralité des coûts demandée pour chacun des cantons n'est donc pas garantie intégralement.

4. Organisations tarifaires nationales inscrites dans la loi
   La mise en place d'une organisation tarifaire tripartite (fournisseurs de prestations, assureurs, cantons) pour les tarifs ambulatoires et les prestations de soins doit être inscrite dans la loi. Le volume des prestations dans le secteur ambulatoire dépend fortement du nombre de fournisseurs de prestations et de traitements, mais également des structures tarifaires (et des prix). Les partenaires tarifaires et les cantons doivent par conséquent être tenus de créer une organisation tarifaire responsable de l'élaboration du développement, de l'adaptation et de la gestion des structures tarifaires pour les prestations individuelles et éventuellement pour les forfaits de l'ambulatoire.

5. Dispositions sur la transparence du contrôle des factures
   Le projet ne contient aucune précision sur les moyens dont disposeraient les cantons pour vérifier la facturation des prestations ambulatoires à la population. On pourrait envisager, par exemple, la création d'un organe commun (assureurs/cantons) ou l'instauration d'un autre processus institutionnalisé.