

**Financement uniforme des prestations à l'hôpital et des  
prestations ambulatoires par l'assurance obligatoire des soins**

**Rapport du Conseil fédéral**

en réponse à la motion (06.3009) de la Commission de la sécurité sociale et de  
la santé publique du Conseil des Etats du 24 septembre 2007 et en exécution du  
postulat Grin (10.3137)

## Table des matières

1	Contexte .....	4
2	La notion de financement moniste .....	4
3	Origine du régime dual de financement en vigueur.....	5
3.1	Base constitutionnelle et LAMA.....	5
3.2	Règles de financement valables jusqu'à fin 2011 .....	6
4	Etat des lieux après la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier .....	6
5	Incitations négatives.....	7
5.1	Incitation négative résultant de la différence de financement entre les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics et les hôpitaux non subventionnés.....	8
5.2	Incitation négative résultant de la différence de financement entre le secteur hospitalier (stationnaire) et le secteur ambulatoire .....	8
6	Propositions de financement moniste .....	9
6.1	Proposition de financement uniforme présentée par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-E).....	9
6.2	Approches de financement moniste des hôpitaux dans le cadre normatif existant.....	9
7	Options de développement .....	10
7.1	Nouveau régime dans le cadre de la répartition des compétences en vigueur	11
7.1.1	Financement moniste ; transfert de la subvention cantonale aux assureurs ...	12
7.1.2	Financement moniste ; augmentation des réductions de primes .....	13
7.1.3	Financement moniste ; remise aux assurés de bons à affectation liée .....	13
7.1.4	Financement moniste ; crédits d'impôts cantonaux .....	13
7.2	Nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons dans le domaine de la santé .....	14
7.2.1	Financement des hôpitaux par l'assurance obligatoire des soins .....	15
7.2.2	... et financement des soins par les cantons.....	16
8	Conclusions.....	17
9	Suite des travaux.....	17

## Résumé

Le 24 septembre 2007, les Chambres fédérales ont transmis au Conseil fédéral une motion (06.3009) déposée par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-E), qui le charge de soumettre au Parlement, avant la fin de 2010, un projet de financement uniforme des prestations à l'hôpital et des prestations ambulatoires sur la base du modèle de la CSSS-E. Cette motion a pour origine le rejet d'un modèle, proposé par la CSSS-E, de subventionnement proportionnel par les cantons de toutes les prestations fournies à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Les Chambres fédérales n'ont pas poursuivi l'examen de ce modèle. Plusieurs interventions déposées par la suite ont pour objet le passage à un système de financement moniste ou à un financement uniforme des prestations hospitalières et des prestations ambulatoires, y compris des prestations ambulatoires fournies par les hôpitaux (motion Humbel [09.3275]; motion Brändli [09.3546]; motion Parmelin [09.3853]; postulat Grin [10.3137]).

Le 21 décembre 2007, les Chambres fédérales ont décidé le passage à un modèle dual de financement des hôpitaux. Celui-ci prévoit la prise en charge par les cantons d'une part minimale des prestations hospitalières non ambulatoires, pour autant que l'hôpital figure dans la planification hospitalière cantonale. Le remplacement d'une réglementation purement fédéraliste par la fixation à l'échelle suisse d'une participation cantonale minimale à la rémunération des prestations réduit les différences entre les cantons et facilite le passage d'un système de financement dual à un système moniste. L'égalité de traitement entre hôpitaux publics et hôpitaux privés élimine la distorsion de la concurrence qui existait encore à cet égard. Une distorsion de la concurrence subsiste néanmoins en raison de la différence de financement entre les prestations hospitalières (stationnaires), financées sur le mode dual, et les prestations ambulatoires (y compris celles fournies par les hôpitaux), financées sur le mode moniste. Le Conseil fédéral vise un financement uniforme afin de remédier aux inefficiences qui demeurent.

Le nouveau régime de financement des hôpitaux décidé dans le cadre de la révision de la LAMal entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012. En raison des nombreuses dispositions transitoires, les effets de la modification de la loi ne pourront être évalués qu'après un certain temps. Des données statistiques significatives devraient être disponibles quelques années après l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation. Dans ces circonstances, le Conseil fédéral juge prématuré de présenter d'ici fin 2010 une proposition de nouveau modèle de financement. Par le présent rapport, il indique néanmoins des options qui pourraient être suivies en vue d'un financement uniforme des prestations hospitalières et ambulatoires. Une solution dans le cadre légal en vigueur et une nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons entrent en ligne de compte. La question centrale à résoudre est celle du traitement réservé aux subventions cantonales versées aujourd'hui dans le secteur hospitalier. Etant donné la complexité de la situation dans le domaine de la santé et l'influence que la législation sur l'assurance-maladie exerce sur ce domaine et en particulier sur les finances des cantons, le Conseil fédéral est convaincu qu'un réexamen de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons est nécessaire au niveau de la Constitution avant de procéder à une modification du système de financement. Les travaux en ce sens sont en cours dans le cadre du dialogue Politique nationale de la santé entre la Confédération et les cantons. Sur la base du présent rapport du Conseil fédéral, la question des incitations dans les domaines hospitaliers et ambulatoires y sera abordée en avril 2011. En même temps, un groupe de travail sera institué pour traiter du thème du « pilotage du système de santé ». En ce sens, la motion 06.3009 sera donc mise en

œuvre progressivement. Le présent rapport constitue donc un premier élément de réponse à la motion de la CSSS-E. D'autres éléments suivront. La motion de la CSSS-E ne doit donc pas encore être classée.

## **1 Contexte**

La motion de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats du 24 janvier 2006 (06.3009) charge le Conseil fédéral de soumettre au Parlement, avant la fin de 2010, un projet de financement uniforme des prestations hospitalières et des prestations ambulatoires sur la base du projet de la CSSS-E. Elle demande aussi d'examiner si et dans quelle mesure il serait opportun d'instituer un organe de compensation des paiements, et, dans l'affirmative, de prévoir aussi les compétences qui seraient les siennes ainsi que les conséquences de sa mise en place. Un modèle de ce type s'est heurté à la résistance des cantons dans le cadre de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Les Chambres fédérales ont décidé un modèle dual de financement des hôpitaux. Plusieurs interventions déposées par la suite ont pour objet de poursuivre le développement du régime de financement (motion Humbel [09.3275] ; motion Brändli [09.3546] ; motion Parmelin [09.3853] ; postulat Grin [10.3137]). Dans sa réponse du 6 juin 2010 au postulat Grin, le Conseil fédéral s'est prononcé en faveur d'un système de financement moniste uniforme. Avec le présent rapport, le Conseil fédéral prend position et recommande le classement du postulat. Le Parlement n'ayant pas encore transmis les motions Humbel, Brändli et Parmelin au Conseil fédéral, celui-ci ne peut pas en recommander le classement.

## **2 La notion de financement moniste**

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

En prévision d'une 3<sup>e</sup> révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10), l'Office fédéral des assurances sociales a chargé le professeur Robert Leu de présenter un rapport sur les modèles de financement moniste des hôpitaux. Les travaux de l'expert ont été suivis par les acteurs du domaine de la santé intéressés au financement hospitalier. Le financement moniste y est défini comme un « modèle dans lequel la responsabilité formelle du financement (charge du paiement) repose exclusivement sur un acteur » (Robert E. Leu : *Monistische Spitalfinanzierung*, Berne, février 2004, p. 29). La source dont cet acteur tire ses fonds n'est pas définie.

Dans le cadre d'une expertise commandée par le ministère allemand de la Santé en vue du passage à un financement moniste des hôpitaux, le terme de monisme désigne par contre un système de financement des hôpitaux dans lequel les coûts d'investissement et les coûts d'exploitation sont supportés par un agent financeur unique (B. Rürup et al. : *Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern*, Berlin, mars 2008).

Dans le contexte suisse, les acteurs qui entrent en ligne de compte pour tenir le rôle du moniste sont les assureurs-maladie, les cantons, la Confédération et les organisations de managed care (cf. Robert E. Leu, *op. cit.*, p. 32). Si ce rôle était assumé par la Confédération ou par les cantons, cela signifierait le passage à un système de santé en majeure partie financé par l'Etat. S'il était tenu par les organisations de managed care, celles-ci accèderaient à une nouvelle position dans l'assurance obligatoire des soins (AOS). Le système le plus proche du système actuel serait un financement moniste avec les assureurs comme monistes.

La question d'un changement radical de système et de la création d'une caisse unique fait régulièrement l'objet d'initiatives populaires. Toutes ont été rejetées, la dernière, intitulée « Pour une caisse maladie unique et sociale » l'a été par 70 % des voix lors de la votation populaire du 11 mars 2007. On n'approfondira donc pas ici l'hypothèse d'un système centralisé. La réorganisation des conditions cadres pour les modèles dits de managed care fait l'objet de la révision de la LAMal dans ce domaine. Les propositions respectives du Conseil national et du Conseil des Etats à ce sujet définissent le « managed care » ou les « réseaux de soins intégrés » comme des modèles d'assurance. Ces modèles devraient s'imposer par la haute qualité des soins, l'incitation pour les assurés résidant dans une prise en charge de haute qualité et un niveau de quote-part plus bas. Il n'a jamais été question d'attribution directe de fonds de l'Etat dans le cadre des délibérations. Dans le débat sur un modèle de financement moniste dans le cadre de la répartition actuelle des compétences, ce sont donc aux assureurs que l'on pense pour assumer le rôle de monistes.

Il importe d'examiner si une modification du régime de financement avec les assureurs dans le rôle du moniste peut intervenir au niveau de la loi et, dans l'affirmative, pour lesquels des modèles présentés au point 6. La question se pose en particulier de savoir si un modèle de financement uniforme des prestations hospitalières et des prestations ambulatoires n'est pas contraire à la Constitution fédérale et si l'obligation des cantons en matière d'approvisionnement en soins n'est pas remise en cause. Une interface entre l'assurance obligatoire des soins et les cantons apparaît en tout état de cause au niveau des prestations dites d'intérêt général. L'art. 49, al. 3, LAMal précise que la part des coûts que les hôpitaux assument pour le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ne peut pas être comprise dans les rémunérations de l'assurance obligatoire des soins. Pour modifier le système plus en profondeur, autrement dit pour redéfinir les rôles respectifs de la Confédération et des cantons, une modification de la Constitution serait nécessaire.

### **3 Origine du régime dual de financement en vigueur**

#### **3.1 Base constitutionnelle et LAMA**

En vertu de la répartition des compétences fixée à l'art. 3 de la Constitution, l'approvisionnement en soins constitue une tâche publique des cantons. Pour sa part, la Confédération veille à ce que la population puisse s'assurer à des conditions supportables contre les risques de maladie et d'accidents (art. 117 Cst. ; voir à ce propos JAAC 48, 1984, p. 492 ss). Les réglementations fédérale et cantonales s'appliquant d'une manière générale au domaine de la santé, et à l'assurance-maladie en particulier, doivent être harmonisées (voir Message du 15 septembre 2004 concernant la révision partielle de loi fédérale sur l'assurance-maladie (financement hospitalier), FF 2004 5211).

Pour les prestations obligatoirement prises en charge par l'assurance-maladie sociale, des tarifs ont été convenus entre les hôpitaux et les assureurs sur la base de l'art. 12, al. 2, ch. 2, de la loi sur l'assurance-maladie et accidents (LAMA) alors en vigueur ; ces tarifs couvraient au minimum le coût du traitement médical des assurés en division commune des hôpitaux, ainsi qu'une contribution minimale aux autres frais des soins infirmiers. Les déficits étaient à la charge des cantons.

### **3.2 Règles de financement valables jusqu'à fin 2011**

Les règles de financement en cours depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996 sont applicables jusqu'à fin 2011. Elles s'inspirent de la réglementation de la LAMA. Mais, contrairement à cette dernière, la LAMal connaît un catalogue de prestations unique, qui inclut le séjour illimité à l'hôpital. L'art. 49, al. 1, LAMal, dans sa version valable jusqu'au 31 décembre 2008, prévoyait que 50 % au maximum des coûts imputables d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics étaient pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Cela signifiait implicitement que le reste des frais d'exploitation devait être supporté par les pouvoirs publics. Le coût des prestations ambulatoires, y compris celles fournies par les hôpitaux, est entièrement pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

Après l'entrée en vigueur de la LAMal, plusieurs cantons ont contesté leur obligation de contribuer aux frais de traitement des patients assurés en division privée ou semi-privée. Dans deux arrêts de principe, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a statué en décembre 1997 que l'obligation de contribuer des cantons existe en cas d'hospitalisation hors du canton dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics quelle que soit la division. Simultanément, le TFA arrêtait que le canton n'est pas tenu de contribuer si l'hôpital n'est pas subventionné. Dans le cadre d'une procédure judiciaire ultérieure, le TFA a statué que les cantons devaient aussi contribuer aux frais de traitement des patients au bénéfice d'une assurance complémentaire d'hospitalisation, s'ils sont traités dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics du canton de domicile (ATF 127 V 422 ss).

## **4 Etat des lieux après la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier**

La révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier a créé le cadre nécessaire pour que les éléments de concurrence agissent davantage dans le secteur hospitalier. Les principaux points de la révision, outre la création d'un même cadre pour les hôpitaux publics et les hôpitaux privés, sont l'introduction des forfaits liés aux prestations, qui doivent reposer sur des structures uniformes sur le plan suisse, une part cantonale fixe du financement des forfaits liés aux prestations de tous les hôpitaux de la liste cantonale, l'extension des possibilités de choix des assurés, ainsi que l'adaptation de la planification hospitalière à la nouvelle situation.

La mise en œuvre du nouveau régime de financement est liée à différentes dispositions transitoires. En principe, l'introduction des forfaits liés aux prestations, ainsi que l'application des règles de financement dual fixe par les cantons, y compris l'inclusion des coûts d'investissement, doivent être terminées au plus tard le 31 décembre 2011. Les cantons dont la prime moyenne pour adulte est, à la fin de 2011, inférieure à la moyenne suisse ne sont tenus d'appliquer la part de rémunération minimale de 55 % des forfaits liés aux prestations qu'à partir de janvier 2017. Pour leur part, les

planifications hospitalières cantonales doivent satisfaire aux nouvelles exigences d'ici la fin de 2014 au plus tard.

L'on attend du nouveau régime de financement des hôpitaux un assainissement du paysage hospitalier suisse et un accroissement de l'efficacité et de la qualité des différents hôpitaux. Ceux-ci devraient s'accompagner d'un raccourcissement de la durée moyenne de séjour et d'un transfert de la fourniture de prestations du secteur hospitalier (stationnaire) au secteur ambulatoire, évolutions qui ont déjà commencé il y a un certain temps et que la modification de la loi devrait renforcer.

Une évaluation des effets que la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier aura eus sur l'évolution des coûts et sur les structures de l'approvisionnement en soins n'est pas possible immédiatement après l'introduction du nouveau régime de financement, en raison des dispositions transitoires et aussi du fait que quelques éléments du système doivent encore être développés avant de pouvoir produire leur effet. Il est prévisible qu'il faudra un certain temps jusqu'à ce que le système se soit consolidé à nouveau. Une étude de faisabilité sur l'évaluation des effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique par la Haute école spécialisée bernoise en collaboration avec l'Institut de sciences politiques de l'Université de Zurich et de l'Université de Genève, table sur une phase d'évaluation courant de 2011 (état des lieux) à 2019 (rapport de synthèse) (S. Pellegrini et al. : KVG-Revision Spitalfinanzierung : Konzeptstudie zur Evaluation, Berne, juillet 2010). Durant cette période, il faudrait réaliser une analyse des effets, constituée en majorité d'études sur le financement des hôpitaux et, en minorité, d'études sur la compensation des risques.

## **5 Incitations négatives**

Les règles de financement actuellement valables comprennent des incitations négatives à deux égards, et ce pour les raisons suivantes : Les cantons sont, d'une part, propriétaires d'hôpitaux ; de l'autre, ils participent au financement des hôpitaux qui sont en leur possession ou qu'ils subventionnent. Les hôpitaux purement privés ne touchent pas de subventions cantonales pour les prestations qu'ils fournissent à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Cela a pour effet de fausser la concurrence. De plus, en tant qu'autorités responsables de la planification hospitalière, les cantons déterminent les hôpitaux autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Mais ils n'ont une obligation de cofinancement que pour les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Compétence de pilotage et obligation de financement ne coïncident pas entièrement. Contrairement aux prestations hospitalières (stationnaires) qui sont en partie subventionnées, les prestations ambulatoires, qu'elles soient fournies en cabinet privé ou en hôpital, sont supportées à 100 % par l'assurance obligatoire des soins. La différence de financement entre une partie des prestations hospitalières (stationnaires) et les prestations ambulatoires (fournies en cabinet privé ou en hôpital) a aussi pour conséquence une distorsion de la concurrence. L'allocation des ressources, de ce fait, n'est pas optimale.

### **5.1 Incitation négative résultant de la différence de financement entre les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics et les hôpitaux non subventionnés**

Dans de nombreux cantons, les hôpitaux privés sont nécessaires pour assurer l'approvisionnement en soins ; les cantons peuvent participer à leur financement, mais n'y sont pas obligés. Le financement des prestations des hôpitaux privés non subventionnés passe par l'assurance obligatoire des soins, dont le tarif inclut une part des coûts d'investissement, et le cas échéant par d'autres sources comme les assurances complémentaires. Avec la réglementation valable jusqu'à fin 2011, les cantons qui ne veulent plus subventionner leurs hôpitaux sont incités à privatiser les hôpitaux publics (voir point 4). Dans ce cas, les coûts du séjour hospitalier sont supportés par l'assurance obligatoire des soins et, le cas échéant, par d'autres sources comme les assurances complémentaires.

Le 21 décembre 2007, les Chambres fédérales ont adopté la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier (FF 2008 9 ; RO 2008 2049). La création d'un même cadre pour les hôpitaux publics et les hôpitaux privés, tant pour la planification que pour le financement, a fait disparaître une des incitations négatives nées du heurt entre la nouvelle législation et le régime de financement de l'ancienne LAMA. Hôpitaux privés et publics lutteront dans le futur « à armes égales ».

Le nouveau modèle de financement des hôpitaux ne résout pas le problème du rôle multiple des cantons, mais le diminue. Avec le système dual fixe de rémunération des prestations, les cantons, comme les assureurs, en tant que cofinanceurs des prestations, ont intérêt à ce que les tarifs soient déterminés de manière aussi précise que possible. En tant que propriétaires des hôpitaux, ils ont cependant comme auparavant l'intérêt contraire. Cette problématique ne peut toutefois pas être réglée par une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. On ne peut pas interdire aux cantons la propriété d'hôpitaux, que ce soit comme propriétaires au sens strict d'un hôpital ou comme détenteurs de parts d'un hôpital fondé en société anonyme.

### **5.2 Incitation négative résultant de la différence de financement entre le secteur hospitalier (stationnaire) et le secteur ambulatoire**

L'incitation négative qui existe à cause du financement dual des prestations hospitalières (stationnaires) et du financement moniste des prestations ambulatoires n'est pas éliminée par le nouveau régime de financement hospitalier. Diverses prestations médicales, notamment des petites interventions chirurgicales, peuvent être fournies tant en ambulatoire qu'avec hospitalisation. Si la prestation est fournie en ambulatoire, y compris par un hôpital, l'assurance obligatoire des soins la rembourse sur la base du tarif à la prestation TARMED, qui inclut aussi les coûts d'investissement. En cas d'hospitalisation dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics, le canton assume au moins 50 % du coût de la prestation, sans tenir compte des coûts d'investissement. La disparité des coûts due au subventionnement peut influencer sur le choix de la forme de thérapie. Lorsque c'est le cas, la concurrence est faussée et l'allocation des ressources est moins efficiente que ce ne serait théoriquement possible. Un financement uniforme de toutes les prestations fournies à charge de l'assurance obligatoire des soins pourrait corriger ce défaut. De plus, un financement moniste serait à l'avantage des organisations de managed care. Celles-ci pourraient bénéficier de l'entier des économies qui sont, d'expérience, réalisées par la diminution du taux d'hospitalisation.

## **6 Propositions de financement moniste**

En 2001 et 2002 déjà, des postulats demandaient que le Conseil fédéral soit chargé de présenter des rapports sur l'introduction d'un financement moniste (postulat Zäch [01.3604] ; postulat Zysiadis [02.3674]). Ils ont été classés par la décision des Chambres fédérales du 21 décembre 2007 concernant la modification de la LAMal.

### **6.1 Proposition de financement uniforme présentée par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-E)**

Après l'échec de la 2<sup>e</sup> révision de la LAMal en décembre 2003, le Conseil fédéral a adopté le 15 septembre 2004 son message concernant la révision partielle de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier (FF 2004 5207). Il y souligne explicitement que la révision n'a pas pour objectif de passer immédiatement à un système de financement moniste (FF 2004 5220), parce que le consensus politique nécessaire pour cela n'existait pas encore. Cette appréciation a été confirmée au cours des débats parlementaires. Un modèle de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-E), qui prévoyait que toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins soient financées selon la même clé de répartition, que le traitement soit hospitalier (stationnaire) ou ambulatoire, qu'il ait lieu dans un hôpital public ou privé et que le patient soit assuré en division commune, semi-privée ou privée, s'est heurté fin 2005 à la résistance de la Conférence des gouvernements cantonaux (CdC). A propos de l'égalité de traitement entre prestations ambulatoires et prestations hospitalières (stationnaires), la CdC relevait que des subventions cantonales présupposaient une possibilité de pilotage de la part des cantons. Sans possibilité ni nécessité de pilotage, aucune subvention cantonale ne devait être versée. La CdC demandait qu'on renonce à inclure les prestations ambulatoires dans la révision de la LAMal. Selon elle, une source de financement unique ne serait en effet pas appropriée pour éviter des distorsions dans l'allocation des ressources. Ces distorsions seraient dues à la différence des systèmes de rémunération (rémunération à la prestation dans le secteur ambulatoire, systèmes forfaitaires dans le secteur hospitalier) et aux différences de marge (marge brute) qui en résultent.

### **6.2 Approches de financement moniste des hôpitaux dans le cadre normatif existant**

Le rapport d'expert Leu sur le financement moniste des hôpitaux éclairait les approches possibles dans le cadre normatif qui existait alors. Il y discutait les trois dimensions suivantes d'un système de financement moniste :

- Quel acteur joue le rôle de moniste ?
- Comment régler légalement les contributions cantonales au financement ?
- Comment les contributions cantonales au financement alimentent-elles le système ?

Plusieurs variantes ont été élaborées pour chacune de ces dimensions. Chaque modèle de financement moniste se compose d'une variante (un module) à chacun de ces trois niveaux. Ces modules peuvent en principe se combiner à volonté. Le rapport d'expert se

limite aux combinaisons prioritaires du point de vue matériel et politique. Les points de vue des membres du groupe de travail qui suivait les travaux ont été pris en compte.

Sur la question de l'acteur devant jouer le rôle de moniste, l'avis général était que dans un système axé sur la concurrence, ce rôle ne pouvait être joué que par l'assurance-maladie ou par les organisations de managed care. Dans un système d'économie planifiée, le moniste serait l'Etat.

La question essentielle touchant l'introduction d'un système de financement moniste est de savoir que devient la contribution actuelle des cantons au financement des prestations hospitalières non ambulatoires. Avec le passage à un financement uniforme des prestations hospitalières et des prestations ambulatoires, la question se pose de savoir si, et le cas échéant sous quelle forme, il faudrait prescrire au niveau fédéral les parts de financement que les cantons devraient prendre en charge. Il s'agit là en fin de compte d'une décision politique, qui touche d'un côté l'organisation des compétences et, de l'autre, la distribution des ressources financières dans le domaine de la santé. Le rapport d'expert étudie les variantes suivantes :

- une part minimale obligatoire uniforme ;
- une part minimale, spécifique à chaque canton, à l'ensemble des coûts de l'assurance obligatoire des soins ;
- une part minimale à l'ensemble des coûts des hôpitaux (évent. à l'exclusion des prestations ambulatoires fournies en hôpital), et
- une approche fédéraliste, dans laquelle on renoncerait à une prescription dans la LAMal, et laisserait aux cantons la tâche de fixer eux-mêmes les contributions cantonales.

Une solution très proche de la première variante (fixation d'une part minimale obligatoire uniforme) a été adoptée en 2007 dans le cadre du nouveau régime de financement des hôpitaux. Les Chambres fédérales, en décidant un financement dual fixe des prestations et en fixant une part minimale de rémunération, n'ont pas fixé de règle qui réponde à la question discutée dans le rapport de savoir qui devrait jouer le rôle de moniste. L'option inscrite à l'art. 49a, al. 3, LAMal, selon laquelle l'assureur et le canton peuvent convenir que le canton paie sa part à l'assureur, et que ce dernier verse les deux parts à l'hôpital, semble indiquer que le Parlement envisage plutôt les assureurs que les cantons dans le rôle du moniste. Le rapport d'expert présente également des variantes sur la manière dont les contributions cantonales pourraient alimenter un système de financement moniste.

## **7 Options de développement**

La CSSS-E s'est mise d'accord sur le modèle d'une part de financement identique des cantons à toutes les prestations hospitalières et ambulatoires fournies à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Cette solution s'est avérée politiquement irréalisable. Le 24 septembre 2007, les Chambres fédérales ont transmis une motion déposée par la CSSS-E (06.3009), qui charge le Conseil fédéral de soumettre au Parlement, avant la fin de 2010, un projet de financement uniforme des prestations hospitalières et des prestations ambulatoires sur la base du projet de la CSSS-E. Il s'agit aussi d'examiner si et dans quelle mesure il serait opportun d'instituer un organe de compensation des paiements, et, dans l'affirmative, de prévoir aussi les compétences qui seraient les siennes ainsi que les conséquences de sa mise en place.

Le nouveau régime de financement hospitalier adopté par les Chambres fédérales représente la solution qui pouvait rallier la majorité des voix lors de la décision. Depuis le rejet du modèle de la CSSS-E par les cantons, la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons n'a pas changé. Par conséquent le modèle de la CSSS-E se heurtera à l'avenir aussi à la résistance des cantons. La question de l'organe de compensation des paiements soulevée par la motion de la CSSS-E concerne la procédure technique de facturation par les fournisseurs de prestations aux assureurs. Il est probable que les fournisseurs de prestations auront moins de réserves à l'égard de la transmission aux assureurs des données, en particulier celles relatives au diagnostic, si cette transmission se fait par un organe de compensation. Si la sécurité des données est garantie, rien ne s'oppose fondamentalement à l'examen de cette option. Cependant le modèle de financement de la CSSS-E, même avec la mise en place d'un organe de compensation des paiements, n'est pas un « vrai » modèle moniste. Une clé de répartition fixe des coûts avait été proposée à l'époque pour le financement de l'ensemble des prestations de l'assurance obligatoire des soins, avec 30 % à la charge des cantons et 70 % à la charge des assureurs. Les prestations hospitalières et les prestations ambulatoires seraient certes financées selon des critères uniformes, mais chaque fournisseur de prestations aurait en face de lui deux agents financeurs, seule la facturation par l'organe de compensation se ferait en un seul endroit. Ce modèle ne correspond donc pas à un « vrai monisme » au sens défini ci-dessus au point 2. Par ailleurs, le postulat du 16 mars 2010 du conseiller national Grin charge le Conseil fédéral d'étudier une répartition des coûts de la chirurgie ambulatoire comme c'est déjà le cas pour le traitement hospitalier, avec pour but de limiter les coûts. Ce modèle ne correspond ni à un « vrai monisme », ni à un financement uniforme de toutes les prestations, car d'une part les prestations fournies à l'hôpital seraient financées (sur le mode dual) avec la même clé de répartition des coûts entre le canton et l'assurance obligatoire des soins, et, de l'autre, les autres prestations ambulatoires seraient financées à 100 % par l'assurance (monisme). Nous n'approfondirons pas davantage ici les deux modèles de « faux » monisme (modèles 1 et 2 dans le tableau en annexe).

Le nouveau régime de financement hospitalier sera mis en œuvre à partir de 2012. Dans sa réponse aux interventions citées plus haut, le Conseil fédéral a expliqué qu'il n'estimait pas opportun de proposer de nouvelles dispositions financières avant que la modification qui vient d'être décidée par le Parlement ait été appliquée. Pour disposer néanmoins d'une mise à jour de la discussion en cours sous forme de rapport, l'Office fédéral de la santé publique a chargé l'expert Markus Moser de rédiger un rapport sur les variantes possibles. Son rapport daté du 22 décembre 2009, non publié, parvient à la même conclusion que le Conseil fédéral dans ses réponses aux interventions citées. Il esquisse différentes solutions pour de futures possibilités de financement moniste.

## **7.1 Nouveau régime dans le cadre de la répartition des compétences en vigueur**

Lors de la préparation d'une 3<sup>e</sup> révision de la LAMal, la discussion a porté sur les modèles qui pourraient être mis en œuvre dans le cadre de la répartition des compétences en vigueur. Ces modèles pourraient être réalisés à moyen terme après 2012, lorsqu'il sera possible d'évaluer les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Les prototypes des modèles imaginables sont présentés dans le tableau en annexe sous les chiffres 3a, 3b, 3c et 3d. Plusieurs de ces modèles peuvent être organisés de différentes manières. Le modèle 3, qui figure également dans le tableau, n'est discuté nulle part, car toutes les discussions menées jusqu'ici portaient de l'hypothèse que les subventions cantonales resteraient dans le

système, ce qui n'est pas le cas du modèle 3. Dans ce modèle et dans tous ceux qui suivent dans le tableau, les prestations des fournisseurs tant ambulatoires qu'hospitaliers sont remboursées à 100 % par l'assurance obligatoire des soins. Les subventions accordées par les cantons aux hôpitaux et aux établissements médico-sociaux (EMS) disparaissent. Il en résulte pour l'assurance obligatoire des soins une augmentation des coûts, et donc des primes, de 30 à 35 %. Une estimation plus précise n'est pas possible en raison des incertitudes liées aux nouveaux régimes de financement des hôpitaux et des soins.

Les subventions cantonales aux prestations non ambulatoires des hôpitaux réduisent le coût des traitements hospitaliers, les assureurs n'ayant pas à assumer l'intégralité du coût de ces traitements en général onéreux. La subvention cantonale réduit fortement, en particulier, la charge à supporter par les assureurs qui comptent beaucoup d'assurés hospitalisés et donc « chers ». Si l'assurance obligatoire des soins, dans un système moniste, doit assumer l'intégralité des coûts hospitaliers, les différences dans la structure de risque des assurés auront un impact plus marqué pour les assureurs. L'introduction d'un modèle de ce type devrait donc rendre nécessaire un nouvel affinement de la compensation des risques : il est probable que, avec un système de financement moniste, d'autres éléments que l'âge, le sexe et le séjour en hôpital ou en EMS l'année précédente devraient être intégrés dans la formule de compensation, pour éviter que les assureurs comptant beaucoup de mauvais risques dans leur collectif d'assurés ne subissent un désavantage concurrentiel.

### **7.1.1 Financement moniste ; transfert de la subvention cantonale aux assureurs**

Dans ce modèle (3a), les cantons versent leurs subventions aux assureurs, en premier lieu sous forme d'un montant par tête pour chaque assuré domicilié dans le canton. D'autres variantes seraient imaginables, comme le versement des subventions cantonales aux assureurs via la compensation des risques ou via un pool de hauts risques. Les hausses de primes résultant du financement moniste seraient en grande partie compensées sous l'effet du subventionnement direct ou indirect des assureurs par les cantons. Un second système de subventions viendrait ainsi s'ajouter à celui des réductions de primes accordées aux assurés. Le subventionnement des assureurs, supprimé par la décision des Chambres fédérales du 18 mars 1994 concernant la révision de l'assurance-maladie, serait ainsi réintroduit, avec cette différence que les assureurs seraient maintenant subventionnés par les cantons. Cela ne serait pas sans inconvénient du point de vue de la répartition des compétences. L'article 117 de la Constitution oblige la Confédération à instituer une assurance-maladie. Mais celle-ci serait subventionnée par les cantons. Il faudrait accorder à ces derniers certaines possibilités de pilotage pour qu'ils soient prêts à subventionner les assureurs. L'avantage de cette variante est qu'un changement vers un système de financement moniste peut être rendu possible sans avoir à trouver de compensation pour les montants versés actuellement par les cantons dans le domaine des hôpitaux. La mise en œuvre de cette variante, qui s'apparente au Status Quo pour ce qui est des flux financiers, est liée pour cette raison à moins de problèmes. La question se pose toutefois de savoir jusqu'à quel niveau de fédéralisme l'assurance doit être développée.

### **7.1.2 Financement moniste ; augmentation des réductions de primes**

Dans ce modèle (3b), les réductions de primes constituent l'unique canal de transfert des fonds publics. Avec cette solution, le volume de transfert des réductions de primes serait plus que triplé. Si la subvention fédérale devait continuer d'être accordée aux cantons suivant les principes en vigueur, le taux de cette subvention devrait être abaissé pour garantir la neutralité des coûts, puisque les coûts de l'assurance obligatoire des soins augmenteraient. Si les subventions cantonales, octroyées dans l'ancien système aux hôpitaux et aux EMS, alimentaient les réductions de primes accordées aux assurés dans le nouveau système, le montant consacré par les cantons à ces réductions serait quasi sextuplé (il passerait de 1 619,2 millions de francs [contribution des cantons aux subsides versés en 2008, tableau T 4.08 de la Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2008] à 9 706,5 millions de francs [augmentation de 8 087,3 millions de francs, correspondant aux subventions versées par les cantons et les communes aux hôpitaux et aux EMS]). Dans ce cas, il est probable que les assurés de condition économique modeste ne seraient plus les seuls à profiter des réductions de primes et que le cercle des ayants droit serait élargi à une partie de la classe moyenne. Aujourd'hui déjà, 30 % des assurés bénéficient de réductions de primes. On doit se demander si un système qui, d'un côté, prélève des primes indépendantes du revenu et qui, de l'autre, allège ces primes au moyen de fonds publics pour la moitié au moins des assurés peut être qualifié d'efficient.

### **7.1.3 Financement moniste ; remise aux assurés de bons à affectation liée**

Dans ce modèle (3c), tous les assurés domiciliés dans le canton reçoivent de celui-ci un chèque qu'ils peuvent encaisser auprès de tous les assureurs actifs sur le territoire du canton. La répartition des subventions cantonales entre les assureurs ne suit pas des critères définis comme dans le modèle 3a, mais dépend de la décision subjective des assurés. Ce modèle est le plus proche d'un modèle axé sur la concurrence, qui incite les assureurs à proposer un bon service. Mais il recèle aussi le risque que les assureurs se contentent de soigner leur image, sans offrir une qualité de service particulière ni proposer une offre innovatrice de soins intégrés. L'attribution des fonds cantonaux aux assureurs est dans une certaine mesure imprévisible.

### **7.1.4 Financement moniste ; crédits d'impôts cantonaux**

Dans ce modèle (3d), la prime par tête payée par l'assuré à l'assurance serait déduite de la dette fiscale tout comme la réduction individuelle de prime accordée par le canton à l'assuré. Certes, les primes augmenteraient, mais le système pourrait être organisé de telle sorte que les charges financières restent constantes par rapport à aujourd'hui ou qu'elles soient modifiées en fonction de décisions politiques. Avec les mesures que les cantons ont prises pour examiner le droit à la réduction de prime, les structures nécessaires à la mise en place de ce modèle existent en grande partie. Il ne faudrait cependant pas sous-estimer les efforts nécessaires à l'équilibrage des systèmes fiscaux cantonaux.

Ces modèles devraient pouvoir être mis en œuvre techniquement à moyen terme. Il faudrait cependant répondre au préalable à cette question de fond : le gain d'efficacité qui pourrait être obtenu dans un domaine limité justifie-t-il les efforts liés au changement de système ?

## 7.2 Nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons dans le domaine de la santé

Le rapport d'expert Moser évalue les alternatives présentées dans le rapport d'expert Leu à la lumière de l'évolution survenue entre-temps, et les différencie sur cette base. Vu l'importance de la position des cantons dans le processus politique, l'expert se prononce sur l'extension possible du droit des cantons à collaborer à l'exécution de l'assurance obligatoire des soins, en particulier s'agissant des réductions de primes, d'un éventuel pool de hauts risques ou de l'admission des fournisseurs de prestations dans le secteur ambulatoire. L'expert rappelle que les cantons ont refusé l'introduction d'un système moniste de financement des hôpitaux lors de la votation populaire du 1<sup>er</sup> juin 2008 sur un article constitutionnel intitulé « qualité et efficacité économique dans l'assurance-maladie », qui prévoyait notamment l'introduction d'un tel système. Les cantons ont qualifié le modèle de financement moniste proposé de problématique du point de vue des institutions politiques, car des fonds issus des recettes fiscales seraient versés aux assureurs-maladie, ce qui est contraire au principe selon lequel le public doit pouvoir décider démocratiquement et contrôler l'utilisation des fonds.

Selon l'expert, on peut douter qu'il soit judicieux, pour le bon fonctionnement de l'assurance-maladie, de déplacer les compétences de l'échelon de la Confédération à celui des cantons et de donner plus de poids au fédéralisme. Aujourd'hui déjà, les compétences des cantons dans le domaine de la santé sont vues parfois comme un élément empêchant d'organiser de façon transparente et efficiente une assurance-maladie qui doit être régie par le droit fédéral. L'OCDE et l'OMS s'expriment aussi en ce sens dans leur rapport sur le système de santé suisse (Rapports de l'OCDE sur les systèmes de santé, OCDE/OMS 2006). Pour améliorer le pilotage du système de santé (governance), l'OCDE et l'OMS proposent même d'élaborer une loi-cadre au niveau fédéral.

La solution logique au problème de financement de l'assurance-maladie lié au financement moniste des hôpitaux serait au fond que la Confédération, et non les cantons, compense la suppression des subventions accordées jusqu'ici par les cantons aux hôpitaux (modèle 4). Cela devrait fondamentalement être possible sous l'angle de la réglementation des compétences fédérales. Dans ce cas, il faudrait en premier lieu réexaminer la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons.

Pour le Conseil fédéral, il est d'une importance centrale que des transferts de responsabilités en matière de tâches ou de financement de cette portée ne puissent mener à des transferts de charges des cantons vers la Confédération ou inversement, ni dans l'année de transition, ni à plus long terme. On doit viser une nouvelle répartition des tâches entre les cantons et la Confédération sans incidence sur le budget. En regard des flux financiers en jeu et compte tenu des expériences tirées de la RPT entrée en vigueur début 2008, la mise en œuvre d'une telle option doit être qualifiée de défi extrêmement difficile à relever. Il faut bien prendre en compte que le besoin de surcompensation financière pour la Confédération lors de l'année de transition devrait atteindre un ordre de grandeur d'au moins 5,1 milliards. Ceci devrait être tout sauf facile à accomplir après la toute récente nouvelle répartition des tâches (RPT) et ne pourrait être réalisé que dans le cadre d'une nouvelle ronde de répartition des tâches entre la Confédération et les cantons. La seule alternative à une nouvelle répartition des tâches envisageable pour la surcompensation financière serait une hausse d'impôt au niveau fédéral (par ex. de la TVA) parallèlement à une baisse d'impôts au niveau des cantons. La portée politique d'un tel projet serait énorme. La surcompensation financière ne doit bien entendu pas être garantie seulement pour l'année de transition, mais aussi à long

terme. Il faut prendre en compte dans ce contexte que le domaine des hôpitaux devrait être soumis aussi à l'avenir à une importante inflation des dépenses, probablement supérieure à la croissance économique en Suisse. La surcompensation financière pour de la Confédération devrait par conséquent tenir compte de cette évolution des dépenses à plus long terme.

Pour cette raison, l'option présentée ici, laquelle implique une modification de la Constitution, doit être préparée de longue date. Sa mise en œuvre dans ces conditions n'est possible qu'à très long terme.

### 7.2.1 Financement des hôpitaux par l'assurance obligatoire des soins

Bien que les cantons puissent aussi en principe entrer en ligne de compte en tant qu'acteur unique pour le financement des hôpitaux, une telle attribution des compétences et des charges ne paraît pas judicieuse, car elle impliquerait la sortie des traitements hospitaliers (stationnaires) du domaine de prestations de l'assurance obligatoire des soins.

Il est probable que les subventions versées aujourd'hui par les cantons dans le cadre du financement hospitalier ne pourraient pas être purement et simplement supprimées en cas d'introduction d'un financement uniforme des prestations hospitalières et des prestations ambulatoires. Ces subventions sont versées aux hôpitaux, mais elles allègent aussi la charge que les primes font peser sur les assurés. Les statistiques 2008 permettent de dresser le tableau suivant (en millions de francs) :

- Montant versé par les cantons aux hôpitaux	6 941,4
- Montant versé par les communes aux hôpitaux	458,0
- Montant versé par les cantons aux EMS	408,7
- Montant versé par les communes aux EMS	279,2
- Total cantons et communes aux hôpitaux et aux EMS*	8 087,3
- Charges d'exploitation AOS**	20 538,7
- Total charges d'exploitation AOS + cantons et communes aux hôpitaux et aux EMS	28 626,0

\* Office fédéral de la statistique : Coût et financement du système de santé en 2008, tableau T8  
[http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/lexikon/bienvenue\\_\\_\\_login/blank/zugang\\_lexikon.topic.1.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/lexikon/bienvenue___login/blank/zugang_lexikon.topic.1.html)

\*\* Office fédéral de la santé publique : Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2008, tableau T 1.02 ; prestations AOS moins participation aux frais plus frais administratifs = charges à financer au moyen des primes

Si, avec l'introduction d'un système moniste de financement des hôpitaux, l'ensemble des charges de l'assurance obligatoire des soins pour les traitements hospitaliers (stationnaires) devait être couvert par les primes, celles-ci devraient augmenter d'un tiers environ. Cette estimation ne tient pas compte des modifications de répartition du financement par l'assurance obligatoire des soins et par les cantons qui résultent de la révision de la LAMal dans le domaine du financement des hôpitaux et du nouveau régime de financement des soins. Ces chiffres correspondent grosso modo à la part de financement des hôpitaux par les cantons par rapport aux coûts de l'assurance obligatoire des soins (34,5 %) pour l'année 2000 calculée dans le rapport d'expert Leu. Cette estimation est certes liée à des imprécisions, mais il y a tout lieu de penser qu'une

solution ne pourrait être acceptée politiquement que si elle pouvait empêcher la hausse des primes estimée.

Aujourd'hui, la charge de l'assurance obligatoire des soins est indirectement allégée du fait que le coût des traitements hospitaliers n'est financé qu'en partie par l'assurance-maladie. Avec l'introduction d'un système moniste de financement des hôpitaux, il faudrait selon l'expert trouver une solution dans laquelle les prestations de l'assurance obligatoire des soins elle-même ne seraient pas financées seulement par les primes (et les participations aux frais), mais aussi par des contributions des pouvoirs publics. Avec le modèle proposé par l'expert, le financement dual actuel des hôpitaux serait remplacé par un financement dual des prestations de l'assurance obligatoire des soins.

### **7.2.2 ... et financement des soins par les cantons**

En contrepartie du financement moniste des hôpitaux, il serait également possible de sortir le financement des soins de l'assurance-maladie. La proposition de couvrir le risque de besoin en soins par une assurance de soins spéciale revient régulièrement sur le tapis. Avec le nouveau régime de financement des soins, cette question reste d'actualité. En vertu de la décision des Chambres fédérales du 13 juin 2008 relative au nouveau régime de financement des soins (FF 2008 4751), l'assurance obligatoire des soins devra verser à l'avenir une contribution, fixée par le Conseil fédéral, aux soins de longue durée (soins à domicile et EMS). Le financement des autres soins doit être réglé par les cantons, qui ne peuvent que dans une mesure limitée contraindre les personnes assurées à l'assurance obligatoire des soins à participer au financement. Les prestations des soins à domicile et en EMS continueront donc d'être financées par deux acteurs. Mais, à la différence du financement hospitalier, les cantons et les assureurs-maladie ne sont pas associés dans un concept de financement uniforme. De plus, sur la base de la LAMal, les cantons n'ont aucune garantie que le Conseil fédéral adaptera régulièrement les contributions de l'assurance obligatoire des soins à l'évolution des coûts. C'est aux cantons que revient en fin de compte la responsabilité du maintien et du financement des soins fournis par les institutions de soins de longue durée. Mais ils ne sont pas totalement autonomes dans la définition des EMS et des organisations d'aide et de soins à domicile à soutenir, car ils doivent respecter les règles de la LAMal sur l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins ainsi que sur la planification des EMS.

En lien avec la discussion sur l'introduction d'un financement hospitalier moniste, il convient d'examiner en ce sens si une compensation financière partielle en faveur de l'assurance-maladie pour le soulagement des cantons du financement des hôpitaux ne pourrait consister à sortir complètement de l'assurance obligatoire des soins le financement des prestations de soins en cas de maladie et de le transférer aux cantons. En 2008, les dépenses de l'assurance obligatoire des soins se sont élevées à 496,1 millions de francs pour les soins à domicile et à 1 784,4 millions de francs pour les soins en EMS, soit en tout 2 280,5 millions de francs (participation des assurés aux coûts incluse). Ces chiffres montrent qu'il ne serait de loin pas possible de compenser entièrement de cette manière la charge supplémentaire que l'introduction d'un système moniste de financement des hôpitaux ferait peser sur l'assurance obligatoire des soins. La solution pourrait toutefois consister en une combinaison avec les modèles présentés plus haut ou avec d'autres modèles.

Pour éviter que les cantons n'opposent des réserves d'ordre institutionnel à l'introduction du modèle ainsi esquissé, il faudrait examiner au préalable si ce modèle est compatible avec l'art. 117 Cst. Cet examen s'impose également du fait que la Confédération exerce

une forte influence sur l'organisation du système de santé par le biais de la législation sur l'assurance-maladie. C'est certes seulement pour cette assurance qu'elle définit ainsi des règles légales contraignantes, mais ces règles ont des implications de fait pour l'ensemble du système de santé. Il pourrait en résulter des absurdités, tant du point de vue du droit constitutionnel que du point de vue matériel. En outre, les budgets de la Confédération et des cantons sont massivement touchés par les dispositions de la LAMal relatives aux réductions de primes, au financement hospitalier et au financement des soins. Il serait donc bon de saisir l'occasion offerte par les examens relatifs à l'introduction d'un financement uniforme des prestations hospitalières et des prestations ambulatoires pour réexaminer aussi la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons dans le domaine de la santé. Le passage à un système où les tâches seraient réparties différemment devrait être réalisé plutôt à long terme.

## **8 Conclusions**

La différence de financement entre les prestations hospitalières (financement dual) et les prestations ambulatoires fournies en cabinet ou à l'hôpital (financement moniste) produit une incitation négative en ceci que les fonds cantonaux « réduisent » le coût des prestations hospitalières (stationnaires). La disparité des coûts due au subventionnement peut influencer sur le choix de la forme de thérapie. Lorsque c'est le cas, la concurrence est faussée et l'allocation des ressources est moins efficiente que ce ne serait théoriquement possible. L'introduction d'un financement uniforme de toutes les prestations fournies à la charge de l'assurance obligatoire des soins pourrait corriger ce défaut. Dans la perspective d'un passage à un système de financement moniste, des pistes ont été esquissées dans le rapport d'expert de Robert Leu et dans l'expertise de Markus Moser. Tous les modèles présentés remédient à l'inefficience qui existe aujourd'hui dans l'allocation des ressources entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire.

Chaque modèle de financement uniforme des domaines hospitaliers et ambulatoires implique une transformation importante du système. Chacun implique une décision sur la manière dont les subventions cantonales alimenteront le système. Cela pose la question des tâches respectives de la Confédération et des cantons et de leurs compétences en matière de financement. Dès que des examens ou des modifications au niveau de la Constitution deviennent nécessaires, des processus politiques complexes sont prévisibles. Il faut mettre en parallèle les efforts liés à un changement de système et le gain d'efficience que l'on peut attendre d'un nouveau modèle de financement.

## **9 Suite des travaux**

Etant donné l'influence que la législation en matière d'assurance-maladie exerce sur le système de santé et en particulier sur les finances des cantons, la discussion relative à un futur modèle de financement doit aussi inclure l'option d'un réexamen de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons au niveau de la Constitution, en tenant compte de la surcompensation financière absolument nécessaire de tout transfert de tâches entre la Confédération et les cantons. Le modèle de nouvelle répartition des tâches doit être examiné de plus près dans la perspective d'un passage à moyen ou à long terme à un financement uniforme des prestations hospitalières et

ambulatoires. Des alternatives concernant la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons et leurs compétences respectives en matière de financement doivent être développées par les autorités concernées (cantons, OFSP, Administration fédérale des finances) avec le concours, si nécessaire, d'un expert scientifique. Ces travaux constitueront la première étape de la mise en œuvre de la motion de la CSSS-E visant un financement uniforme des prestations. Bien que cette première phase ne prévoie pas de discussion avec d'autres acteurs, une telle option reste ouverte lors d'étapes ultérieures. Le présent rapport indique la direction à suivre en vue d'un futur modèle, mais ne propose pas de modèle. La motion de la CSSS-E ne peut donc pas encore être classée. La discussion de fond sur le réexamen de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons doit avoir lieu dans le cadre du dialogue Politique nationale de la santé. Les premières décisions ont été prises le 21 octobre 2010 en lien avec la question d'une Constitution de la santé. Les travaux dans le cadre du dialogue Politique nationale de la santé sont en cours. Sur la base du rapport du Conseil fédéral, la question des incitations dans les domaines hospitaliers et ambulatoires y sera abordée en avril 2011. En même temps, un groupe de travail sera institué pour traiter du thème du « pilotage du système de santé ». En ce sens, la motion 06.3009 sera donc mise en œuvre progressivement. La Confédération et les cantons décideront de la suite des travaux sur la base de ces discussions. La stratégie fondamentale, le calendrier de même que les prochaines étapes en sont partie intégrante.

Le passage à un financement uniforme doit être visé à long terme, en particulier si une nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons entre en compte. La discussion sur les modifications possibles doit cependant démarrer sans tarder. On ne peut en effet attendre d'une solution qu'elle soit porteuse que si elle repose sur un large consensus.

Annexe : Modèles de financement possibles (tableau)

## Annexe : modèles de financement possibles

Point de départ

- Dans un financement moniste, la responsabilité du financement repose sur un seul acteur ; le fournisseur de prestations n'a qu'un seul agent payeur en face de lui.
- Le rôle du moniste est tenu par les assureurs-maladie (Assurance obligatoire des soins (AOS)) (autrement dit, les cantons n'entrent pas en ligne de compte).

	<b>Modèle</b>	<b>Moniste</b>	<b>Conséquences pour l'AOS</b>	<b>Conséquences pour les cantons</b>	<b>Conséquences pour la Confédération</b>	<b>Remarques</b>
<b>1</b>	Financement uniforme de toutes les prestations des hôpitaux (Mo Parmelin 09.3853) - hôpitaux : dual - cabinets : moniste	Pas un vrai monisme (deux agents payeurs)	L'AOS est déchargée si les cantons participent au financement des prestations ambulatoires à l'hôpital.	Les cantons supportent une charge supplémentaire, qui dépend de la part de financement fixée.	Les coûts totaux de l'AOS servant de base pour le calcul de la contribution fédérale aux réductions de primes diminuent légèrement	Le secteur hospitalier est financé sur le mode dual, le secteur ambulatoire non hospitalier est toujours financé à 100 % par l'AOS.
<b>2</b>	Financement uniforme de toutes les prestations de l'AOS, , clé de répartition des coûts fixe.  Proposition de la CSSS-E 2007 : 30% cantons, 70% AOS	Pas un vrai monisme (deux agents payeurs)	+/- 0 (à condition que la clé de répartition entre l'AOS et les cantons soit neutre en termes de coûts).	+/- 0 (à condition que la clé de répartition entre l'AOS et les cantons soit neutre en termes de coûts).	Aucune, à condition que la répartition entre l'AOS et les cantons soit neutre en termes de coûts avec un financement uniforme de toutes les prestations hospitalières et ambulatoires.	La répartition du financement neutre en termes de coûts entre l'AOS et les cantons doit être recalculée.  Les cantons revendiquent la compétence de pilotage qui leur manque dans le secteur ambulatoire.

<b>3</b>	Financement moniste	Assureurs-maladie	S'ajoute le montant des subventions actuelles des cantons et des communes aux hôpitaux (7 399 400 000 fr.) et aux EMS (687 900 000 fr.)* <u>+ 8 087 300 000 fr.</u>	Les subventions des cantons et des communes aux hôpitaux et aux EMS sont supprimées* <u>- 8 087 300 000 fr.</u>	Augmentation des montant versés par la Confédération pour les réductions de primes, car les coûts totaux de l'AOS servant de base pour le calcul de la contribution fédérale aux réductions de primes augmentent.	Augmentation massive des primes de l'AOS (+ 30 - 35 %) en raison de la suppression des subventions des cantons et des communes aux hôpitaux et aux EMS ; le besoin de réduction individuelle des primes (RIP) augmente.
<b>3a</b>	Financement moniste Versement des subventions cantonales actuelles aux assureurs	Assureurs-maladie	+/- 0	+/- 0 Le transfert des charges vers l'AOS est empêché si la contribution des cantons au financement est garantie à long terme.	Aucune, si la contribution des cantons au financement est garantie à long terme et si elle est adaptée à l'évolution des coûts.	Subventionnement des assureurs par les cantons (deuxième système de subventions, s'ajoutant à celui des réductions de primes pour les assurés).
<b>3b</b>	Financement moniste Augmentation des réductions de primes	Assureurs-maladie	<u>+ 8 087 300 000 fr.</u>	+/- 0 Triplement du montant total des réductions de primes	Comme pour le modèle 3	Augmentation massive du nombre de bénéficiaires des RIP. Un mécanisme de redistribution est mis en marche.
<b>3c</b>	Financement moniste Bons à affectation liée remis aux assurés	Assureurs-maladie	<u>+ 8 087 300 000 fr..</u>	+/- 0	Comme pour le modèle 3	Les assurés décident du subventionnement des assureurs, incidences incertaines sur le paysage des assureurs et des hôpitaux.

3d	Financement moniste Crédits d'impôts accordés par les cantons	Assureurs- maladie	<u>+ 8 087 300 000 fr..</u>	+/- 0	Comme pour le modèle 3	Problèmes pratiques dans la répartition de la subvention cantonale entre les contribuables
4	Nouvelle répartition des compétences entre la Confédération et les cantons	Confédération : pour le financement des hôpitaux	+ 7 399 400 000 fr. (parts actuelles des cantons et communes aux hôpitaux) - 2 280 500 000 fr. (part actuelle de l'AOS aux EMS (1 784 400 000 fr.) et soins à domicile (496 100 000 fr.))**			- Déplacements de tâches et de charges entre la Confédération et les cantons sont à compenser absolument. - Compétence de pilotage de la Confédération dans le secteur hospitalier indispensable
		Cantons : pour la réglementation des soins en EMS et ambulatoires		<u>+ 2 280 500 000 fr.</u> <u>- 7 399 400 000 fr.</u>		

\* Office fédéral de la statistique : Coût et financement du système de santé, données 2008

\*\* Office fédéral de la santé publique : Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2008, tableau 4.07