



Berne, le 25 novembre 2020

Financement des soins : intégration dans un financement uniforme ou adaptation des contributions de l'AOS à l'évolution des coûts

Rapport du Conseil fédéral

en réponse aux postulats

16.3352 CSSS-CN du 13 mai 2016

19.3002 CSSS-CN du 24 janvier 2019

Table des matières

Liste des figures.....	2
Liste des tableaux	2
Liste des abréviations.....	3
Résumé	4
1 Contexte	6
1.1 Défis concernant les soins de longue durée	6
1.2 Nouveau régime de financement des soins.....	6
1.3 Financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires	9
1.4 Contenu et mandat des postulats	10
2 Options de financement.....	11
2.1 Maintien de l'actuel système de financement des soins	12
2.2 Adaptation régulière et contraignante des contributions de l'AOS à l'évolution des coûts.....	13
2.3 Intégration des prestations de soins dans un financement uniforme	16
2.4 Financement des soins hors LAMal	19
2.5 Conclusion du point de vue du Conseil fédéral	23
3 Bases et conditions nécessaires	25
3.1 Transparence des coûts.....	25
3.2 Parts de financement en cas de financement uniforme des soins.....	29
3.3 Participation des patients	37
3.4 Tarification en cas de financement uniforme des soins.....	38
3.5 Adaptation des contributions de l'AOS à l'évolution des coûts.....	41
4 Mise en œuvre.....	43
5 Conclusions	44
6 Bibliographie.....	46

Liste des figures

Figure 1 : Options de financement des soins	11
---	----

Liste des tableaux

Tableau 1 : Estimation de l'évolution des dépenses pour les prestations de la LAMal par an, 2016-2030 .	35
---	----

Liste des abréviations

AFF	Administration fédérale des finances
AI	Assurance-invalidité
AOS	Assurance obligatoire des soins
ASI	Association suisse des infirmiers et infirmières
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États
CSSS-CN	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
DFI	Département fédéral de l'intérieur
EMS	Etablissements médico-sociaux
IPA	Infirmières de pratique avancée
iv. pa.	Initiative parlementaire
LAMal	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
LiMA	Liste des moyens et appareils
LPC	Loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (RS 831.30)
OAMal	Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (RS 832.102)
OCP	Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (RS 832.104)
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OPAS	Ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance des soins en cas de maladie (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins) (RS 832.112.31)
PC	Prestations complémentaires
RIP	Réduction individuelle des primes
RPT	Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons
SOMED	Statistique des institutions médico-sociales

Résumé

Le présent rapport du Conseil fédéral a pour but de répondre aux demandes formulées dans deux postulats. Le postulat 16.3352 CSSS-CN charge le Conseil fédéral de montrer comment l'augmentation des coûts des prestations de soins peut être financée à parts égales par tous les agents-payeurs et comment les contributions de l'AOS aux prestations de soins peuvent régulièrement être adaptées au renchérissement. Le postulat 19.3002 le charge quant à lui d'examiner, par l'élaboration de bases, si les soins peuvent être intégrés à un financement uniforme.

La condition essentielle, aussi bien pour intégrer les prestations de soins selon la LAMal dans un financement uniforme que pour adapter les contributions de l'AOS aux prestations de soins à l'évolution des coûts, est l'existence de plusieurs bases, en particulier la transparence sur le montant des coûts des prestations de soins. C'est pourquoi le présent rapport traite conjointement les deux postulats précités. Avec les options de financement esquissées dans le rapport du Conseil fédéral « État des lieux et perspectives dans le secteur des soins de longue durée », le Parlement dispose des bases nécessaires pour se prononcer sur la conception du financement des soins à l'avenir.

S'il y a lieu d'adapter la conception du financement des soins en vigueur depuis 2011, plusieurs options seraient envisageables. En cas de maintien de l'actuel système de contributions, la question se pose de savoir si et comment lier les contributions aux soins de l'AOS à l'évolution des coûts. Il serait également possible d'intégrer les prestations de soins selon la LAMal dans un financement uniforme ou de financer à l'avenir les prestations de soins par le biais d'une autre option telle qu'une assurance des soins séparée, un financement public direct ou des comptes d'épargne pour les soins.

Une adaptation régulière des contributions aux soins de l'AOS combinée au maintien d'un financement différencié des prestations ambulatoires et stationnaires serait pour l'AOS la plus chère de toutes les options, un financement uniforme des seules prestations ambulatoires et stationnaires assorti d'un gel durable des contributions aux soins de l'AOS au niveau actuel l'option la plus économique. Pour les cantons, les conséquences financières sont inverses. Un financement uniforme stabiliserait les parts de l'AOS et des cantons dans le financement de toutes les prestations selon la LAMal.

Le Conseil fédéral estime que le financement des prestations de soins devrait continuer de reposer sur une solution d'assurance. Celle-ci présente plusieurs avantages par rapport à d'autres approches telles qu'un compte d'épargne pour les soins. Pour éviter de nouvelles interfaces et une charge administrative supplémentaire, il faut privilégier une solution dans le cadre de la LAMal par rapport à une assurance des soins séparée. Il serait problématique d'adapter régulièrement les contributions aux soins de l'AOS à l'évolution des coûts tout en laissant aux cantons l'entière responsabilité de fixer le financement résiduel, car les cantons influeraient ainsi par le biais de leur réglementation sur le financement résiduel, qu'ils peuvent en grande partie déterminer eux-mêmes, sur le montant des contributions de l'AOS, alors que celle-ci relève en fait de la compétence de la Confédération. C'est pourquoi le Conseil fédéral donne la priorité à l'intégration des prestations de soins dans un financement uniforme car elle permet de réduire plusieurs incitations inopportunes et de stabiliser les parts de financement de l'AOS et des cantons. Si un financement uniforme ne devait pas s'avérer faisable politiquement, le maintien du statu quo, avec des contributions constantes de l'AOS pour les prestations de soins, contrebalancerait dans une certaine mesure la charge supplémentaire pour l'AOS résultant du transfert en cours des prestations stationnaires vers le domaine ambulatoire. Le Conseil fédéral juge globalement que l'intégration des prestations de soins dans un financement uniforme représente un défi, mais qu'elle est réalisable et doit être considérée comme une voie à poursuivre au vu des avantages escomptés.

Pour que les prestations de soins puissent être intégrées à un financement uniforme ou les contributions de l'AOS régulièrement adaptées à l'évolution des coûts, il est nécessaire d'améliorer la qualité de la comptabilité analytique et des données sur les coûts, en particulier dans le domaine ambulatoire, afin de pouvoir déterminer les coûts totaux des prestations de soins selon la LAMal avec une plus grande fiabilité. En cas de décision en faveur d'une intégration des prestations de soins dans un financement uniforme, les parts de financement des agents-payeurs (AOS, cantons/communes et assurés) pourraient être estimées sommairement en un à deux ans à l'aide des données disponibles à l'heure actuelle ou fixées dans un délai d'au moins quatre à cinq ans, pour autant que cela se fasse sur la base d'une meilleure transparence des coûts.

Une intégration dans un financement uniforme impliquerait de redéfinir la tarification à la suite de l'abandon du financement résiduel par les cantons. Comme solution transitoire, il serait possible, sur la base des réglementations existantes, de prévoir des tarifs négociés respectivement fixés de façon normative ou reposant sur des références (*benchmark*) efficaces. La mise en œuvre de cette option nécessiterait près de cinq ans. Ce faisant, il est nécessaire d'examiner si les niveaux de contribution existants pour les prestations des établissements médico-sociaux (EMS) doivent être adaptés par les partenaires tarifaires, car ils ne sont pas conçus pour une rémunération intégrale des prestations, mais en combinaison avec, le cas échéant, un financement résiduel plus différencié des cantons. Par ailleurs, il faudrait vérifier si les instruments existants dans les domaines de la planification et de l'obligation d'admission permettent d'éviter qu'une référence (*benchmark*) potentiellement inappropriée entraîne une sélection des patients. En près de dix ans, il serait possible d'essayer, à partir des données, de trouver une structure créant le meilleur rapport possible entre les incitations à l'efficacité et les incitations pour des soins adaptés aux patients.

La mise en œuvre incomberait en premier lieu aux partenaires tarifaires et le cas échéant aux cantons, la Confédération pourrait accompagner les travaux et éventuellement les faciliter en adaptant les dispositions relatives à la comptabilité analytique des fournisseurs de prestations au niveau de l'ordonnance. Les partenaires tarifaires peuvent aborder seuls la question de la tarification. Pour la mise en œuvre, les acteurs devraient créer, à l'échelle nationale, un outil d'échange approprié dans lequel les groupes d'intérêt pertinents seraient représentés et les différents thèmes (transparence des coûts, tarification) pourraient être traités.

1 Contexte

1.1 Défis concernant les soins de longue durée

Dans son rapport du 25 mai 2016 intitulé « État des lieux et perspectives dans le secteur des soins de longue durée » (Conseil fédéral 2016), le Conseil fédéral a montré qu'il faut s'attendre à une forte hausse de la dépendance aux soins ces prochaines années en raison de l'allongement de l'espérance de vie de la population suisse et de l'augmentation attendue de la part des plus de 65 ans et des plus de 80 ans dans la population. Cette évolution pose des défis, en particulier dans les domaines du personnel soignant, des structures de soins et du financement. La demande de soins allant croissant, les besoins en personnel augmenteront considérablement ces prochaines années. Concernant les structures de soins, un besoin en augmentation des capacités se profile, mais également de nouvelles exigences pour les prestations de soins fournies. Quant au financement, la dynamique des dépenses dans les soins de longue durée entraînera une hausse sensible des dépenses publiques totales en matière de santé. Pour permettre une discussion dans les meilleurs délais sur les éléments clés du futur financement et la répartition des charges dans le domaine des soins de longue durée, le Conseil fédéral a présenté plusieurs solutions de financement pour le futur dans son rapport de 2016.

1.2 Nouveau régime de financement des soins

La hausse des dépenses publiques consacrées aux soins n'est pas un phénomène nouveau et l'assurance-maladie a toujours été affectée de manière significative par la hausse des dépenses. Alors que, sous l'ancien droit, les contributions aux frais de soins étaient souvent minimales, la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996, a considérablement étendu le catalogue des prestations de soins et élargi le cercle des fournisseurs de prestations. Cette extension des prestations a conduit à des dépenses élevées dans le domaine des soins pour l'assurance obligatoire des soins (AOS). En 1998 déjà, des tarifs-cadre ont été introduits à titre de mesure limitée dans le temps afin de mieux contrôler les dépenses de l'AOS pour les prestations de soins (Conseil fédéral 2005).

Cependant, il est apparu que l'AOS devait de plus en plus prendre en charge des prestations de soins liées à l'âge. C'est pourquoi le Conseil fédéral a proposé un nouveau régime de financement des soins en 2005. La réforme avait principalement pour objectif de ne pas charger davantage l'AOS sur le plan financier dans le domaine des soins. La proposition initiale du Conseil fédéral prévoyait une orientation plus nette de l'AOS sur sa tâche première, à savoir la rémunération des prestations médicales pour cause de maladie. Les soins de traitement devaient être entièrement à la charge de l'AOS, alors que pour les soins de base, seule une contribution devait être versée (Conseil fédéral 2005). La réforme adoptée par le Parlement le 13 juin 2008 et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2011 n'a pas poursuivi cette distinction. Les tarifs-cadre ont été remplacés par un système de contributions dans lequel l'AOS fournit une contribution aux prestations de soins qui est définie et dépendante des besoins en soins (cf. ch. 1.2.1). Avec le nouveau régime, le Parlement visait un financement stable des prestations de soins, grâce à des parts de financement constantes. La responsabilité du financement des coûts des soins a donc été davantage reportée sur les cantons et les communes – de pair avec la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) en 2008.

Une évaluation réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Infras et al. 2018) a montré, sur la base des données disponibles, que le nouveau régime a globalement permis d'atteindre l'objectif principal – ne pas charger davantage l'AOS dans le domaine des soins – et que la

part de financement de l'AOS dans les dépenses totales pour les prestations de soins selon la LAMal s'est stabilisée. Mais elle a également révélé différents déficits en matière de mise en œuvre, notamment dans les domaines du financement résiduel et de la transparence des coûts. La Confédération les a traités dans le cadre d'un échange régulier avec les acteurs.

1.2.1 Financement actuel des soins

En vertu de l'art. 25 LAMal, l'AOS prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Les prestations de soins selon la LAMal sont précisées dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31). L'art. 7, al. 2, OPAS (prestations de soins selon la LAMal) fait la distinction entre les prestations suivantes : l'évaluation, les conseils et la coordination, les examens et les traitements ainsi que les soins de base. La définition et l'étendue des prestations sont uniformes à l'échelle nationale, peu importe dans quel domaine (ambulatoire, stationnaire, structures de jour et de nuit) la prestation est fournie. Il faut distinguer les prestations de soins selon la LAMal d'autres prestations telles que l'assistance, qui font partie de soins professionnels mais ne sont pas remboursées par l'AOS.¹

L'AOS verse aujourd'hui une contribution aux prestations de soins en ambulatoire et en EMS. Le montant de la contribution est fixé par le Conseil fédéral, qui a délégué cette compétence au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Les prestations de soins dans le domaine ambulatoire sont rémunérées selon un tarif au temps consacré dont le taux dépend du type de prestation (évaluation, conseils et coordination ; soins de traitement ; soins de base).² La contribution de l'AOS aux prestations de soins en EMS est forfaitaire. Son montant dépend des besoins en soins du résident.³ La réglementation du financement résiduel prévoit une limitation à 20 % au plus du montant maximal de la contribution aux soins de l'AOS, que doit fixer le Conseil fédéral, pour les frais de soins non couverts par les assurances sociales et à la charge des assurés. Le financement des prestations dépassant ce montant, notamment celles qui ont un caractère d'intérêt général comme l'obligation d'admission et de prise en charge, est réglé par les cantons et assuré par ces derniers, le cas échéant par les communes.

La Confédération et les cantons participent indirectement au financement des coûts des soins par le biais d'autres instruments subsidiaires et liés aux besoins, notamment la réduction des primes, les prestations complémentaires (PC), les allocations pour impotent de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI) et, le cas échéant, l'aide sociale. Mais ce sont des paiements de transfert de l'État aux ménages privés, en aval de la LAMal, qui sont pertinents du point de vue des sources de financement. Le présent rapport se concentre sur l'angle du régime de financement et ne considère donc que les responsables directs du financement des prestations de soins. Si nécessaire, il mentionne cependant les effets possibles sur les niveaux de financement cités.

¹ Voir par exemple à ce sujet la définition du « Conseil international des infirmières » : « Les soins infirmiers englobent les soins autonomes et collaboratifs prodigués aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés, malades ou en bonne santé, indépendamment du contexte. Les soins infirmiers comprennent la promotion de la santé, la prévention des maladies, les soins aux personnes malades, handicapées ou en fin de vie. La défense des intérêts, la promotion d'un environnement favorable, la recherche, la participation à la mise au point des politiques de la santé, à la gestion des patients et des systèmes ainsi que la formation font également partie des rôles déterminants des soins infirmiers. » (cf. ASI s.d.)

² Pour les prestations d'évaluation, de conseil et de coordination, l'AOS paie actuellement 76,90 francs de l'heure, pour les soins de traitement 63 francs de l'heure et pour les soins de base 52,60 francs de l'heure (cf. art. 7a, al. 1, OPAS). Le remboursement des montants s'effectue par unité de temps de cinq minutes (cf. art. 7a, al. 2, OPAS).

³ L'art. 7a, al. 3, OPAS distingue douze niveaux. Jusqu'à 20 minutes de soins requis par jour, l'AOS paie actuellement 9,60 francs sur les coûts des prestations de soins, la contribution la plus élevée est de 115,20 francs par jour pour plus de 220 minutes de soins requis.

1.2.2 Adaptation des contributions de l'AOS (neutralité des coûts)

Le 2 juillet 2019, les contributions de l'AOS ont été adaptées, au 1^{er} janvier 2020, par une modification de l'OPAS dans le cadre de la vérification de la neutralité des coûts. Les contributions de l'AOS pour les prestations de soins dans le domaine ambulatoire ont été légèrement réduites, celles pour les EMS légèrement augmentées, avec des effets contraires sur la responsabilité des cantons concernant le financement résiduel de ces prestations. Il ne s'agit pas d'adapter les contributions de l'AOS à l'évolution des coûts apparue depuis l'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins, mais de garantir a posteriori une transition neutre en coûts pour l'AOS et les cantons à la date d'introduction du nouveau régime. Cette modification était exigée par le législateur et n'a pu se faire qu'une fois les données correspondantes disponibles. L'adaptation des contributions de l'AOS sur la base de l'exigence de la neutralité des coûts entraîne des coûts annuels supplémentaires à la charge de l'AOS estimés à 83 millions de francs (115 millions de francs de dépenses supplémentaires pour les prestations de soins des EMS et une réduction des dépenses de 32 millions de francs pour les prestations de soins à domicile).

À part cette vérification de la neutralité des coûts de l'introduction, les contributions de l'AOS n'ont pas été adaptées depuis le nouveau régime de financement des soins. L'AOS a cependant constamment contribué à couvrir la hausse des coûts des soins. Ses contributions sont versées par assuré et par heure de soins fournie (soins ambulatoires) ou par niveau de soins requis (EMS). En cas de hausse du nombre d'assurés dépendant de soins ou d'allongement de la durée des prestations de soins nécessaires, la charge de l'AOS augmente en parallèle. En principe, la hausse des volumes (horaires) se reflète intégralement sur le montant des contributions de l'AOS. Seuls les EMS constituent ici un cas spécial : le nombre de niveaux de soins requis est limité à douze et les contributions de l'AOS ne peuvent plus augmenter quand les soins requis par un assuré dépassent 220 minutes, soit près de quatre heures par jour. En cas de contributions inchangées, il n'y a que lorsque les prix par unité de temps de prestations de soins fournies augmentent que l'AOS ne participe pas aux coûts supplémentaires. Cela peut être le cas lorsque les salaires du personnel soignant augmentent, que l'intensité et la complexité des prestations de soins sont en hausse (avec un temps consacré qui reste constant) et qu'il faut donc par exemple un personnel mieux formé et donc plus onéreux, ou que d'autres hausses de prix surviennent (p. ex. loyers, inflation générale).

1.2.3 Matériel de soins

Le 27 mai 2020, le Conseil fédéral a par ailleurs adopté le message concernant la modification de la LAMal relative à la rémunération du matériel de soins (Conseil fédéral 2020), avant de le transmettre aux Chambres fédérales. Le but est de simplifier la rémunération de ce matériel en introduisant une rémunération uniforme à l'échelle nationale. Les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques figurant dans la liste des moyens et appareils (LiMA) qui sont utilisés par le personnel infirmier et les moyens et appareils qui ne peuvent pas être utilisés par l'assuré lui-même ou par un intervenant non professionnel ne seront plus rémunérés par le biais du financement des soins, mais séparément par l'AOS, sur le principe de la LiMA. Lors de soins aigus et de transition, ce matériel ne sera plus rémunéré par l'AOS et les cantons, mais uniquement par l'AOS. Le matériel figurant dans la LiMA qui est utilisé par l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel continuera pour sa part à être pris en charge par l'AOS. La modification de la loi entraînera une réduction de la charge financière des cantons et des communes, estimée à 65 millions de francs par an. Le projet prévoit de mettre ce montant à la charge de l'AOS (Conseil fédéral 2020). Si le Parlement traite rapidement le projet, la modification pourra entrer en vigueur le 1^{er} juillet 2021.

1.2.4 Bilan intermédiaire

L'extension des prestations dans le domaine des soins qui accompagnait l'introduction de la LAMal a entraîné des dépenses croissantes pour l'AOS dans ce domaine. Avec le nouveau régime de financement des soins, le Parlement a décidé de fixer les contributions aux soins de l'AOS au 1^{er} janvier 2011. Cela a permis de stabiliser la part de financement que l'AOS fournit pour les prestations de soins selon la LAMal. Si le nombre de personnes dépendant de soins ou la durée des soins fournis augmente, l'AOS participe cependant toujours à la hausse des coûts des soins.

Les contributions aux soins de l'AOS ont été adaptées début 2020 pour satisfaire à l'exigence légale d'une introduction du système de contributions qui soit neutre en termes de coûts. Cette adaptation entraîne des coûts annuels supplémentaires à la charge de l'AOS de l'ordre de 83 millions de francs. D'autres coûts annuels supplémentaires à la charge de l'AOS, estimés à 65 millions de francs, sont attendus dès le milieu de 2021 du fait de la simplification de la rémunération du matériel de soins. Dans l'ensemble, il faut s'attendre à des coûts supplémentaires à la charge de l'AOS de l'ordre de près de 150 millions de francs par an. Les cantons et les communes assurant le financement résiduel sont déchargés en conséquence par ces deux modifications.

1.3 Financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires

Les prestations de l'AOS sont aujourd'hui financées différemment selon qu'elles sont fournies de manière ambulatoire ou stationnaire. Cela peut entraîner des incitations inopportunes dans la fourniture de prestations, la tarification et les structures de soins. En outre, les économies résultant de la coordination des soins ne se répercutent pas entièrement sur les primes, ce qui en réduit l'attrait. Il en résulte probablement des coûts supplémentaires pour la société sans contrepartie médicale. Le transfert en cours des prestations stationnaires vers le domaine ambulatoire réduit par ailleurs globalement la part des prestations selon la LAMal financée par l'impôt, alors que la part financée par les primes tend à augmenter.

Plusieurs interventions parlementaires exigent l'introduction d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires, notamment l'initiative parlementaire Humbel [09.528](#) « Financement moniste des prestations de soins ». La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-CN) a élaboré un projet correspondant, que le Conseil national a adopté sans en modifier la substance le 26 septembre 2019. Le projet prévoit que le financement uniforme s'applique à toutes les prestations stationnaires et ambulatoires selon la LAMal, à l'exception des soins en cas de maladie au sens de l'art. 25a, al. 1, LAMal.

Dans le cadre de la consultation relative au projet de la CSSS-CN, les cantons ont demandé, en sus de plusieurs autres adaptations, l'intégration des prestations de soins dans un financement uniforme comme condition préalable à leur consentement. Seul un financement uniforme incluant les prestations de soins permettrait de stabiliser durablement les parts de financement des responsables du financement (AOS et cantons), et seul un financement uniforme dans tous les domaines de soins permettrait aux avantages des soins coordonnés de se faire pleinement ressentir. D'autres acteurs, notamment des organisations de fournisseurs de prestations dans le domaine des soins, ont aussi mentionné lors de la consultation qu'ils seraient favorables à ce que les prestations de soins soient intégrées dans un second temps à un financement uniforme.

L'initiative parlementaire 09.528 et les questions qui y sont liées sont actuellement traitées par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (CSSS-CE), qui est chargée de l'examen préalable, le Conseil des États agissant en qualité de second conseil.

1.4 Contenu et mandat des postulats

1.4.1 Postulat 16.3352

Le 13 mai 2016, la CSSS-CN a déposé le postulat [16.3352](#) « Financement à parts égales de l'augmentation des coûts des prestations de soins par tous les agents payeurs ». Le postulat a été adopté par le Conseil national le 19 septembre 2016.

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de montrer comment l'augmentation des coûts des prestations de soins peut être financée à parts égales par tous les agents-payeurs – assureurs-maladie, pouvoirs publics et assurés. Il devra également indiquer comment les contributions de l'assurance obligatoire des soins aux prestations de soins fournies avec la qualité nécessaire et de manière efficace et avantageuse peuvent régulièrement être adaptées au renchérissement.

1.4.2 Postulat 19.3002

Le 24 janvier 2019, la CSSS-CN a déposé le postulat [19.3002](#) « Soins et financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires ». Auparavant, l'intégration des prestations de soins dans un financement uniforme avait été demandée surtout par les cantons, à l'occasion de la consultation relative au projet de la CSSS-CN pour un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires dans le cadre de l'initiative parlementaire 09.528, menée à l'automne 2018. Une minorité (Aeschi Thomas, Burgherr, Frehner) a proposé de rejeter le postulat. Le Conseil national l'a adopté le 14 mars 2019.

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé d'examiner, conjointement avec la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé et les associations de fournisseurs de prestations et d'assureurs, si les soins visés à l'article 25a alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et à l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance de soins ainsi que les contributions des pouvoirs publics (cantons et communes) dans le cadre du financement des coûts résiduels LAMal pourraient être intégrés au financement uniforme des prestations hospitalières et ambulatoires. Les informations qu'il aura recueillies à cet effet devront notamment porter sur les aspects suivants :

- transparence en matière de coûts ;
- définition et stabilisation des parts supportées par les différents acteurs du financement des soins ;
- définition des prestations de soins par opposition aux prestations d'assistance ;
- définition uniforme des niveaux de soins dans les domaines ambulatoire et stationnaire ;
- harmonisation des règles de rémunération pour les traitements ambulatoires et stationnaires ;
- création d'un organe national chargé des questions de structure tarifaire dans le financement des soins.

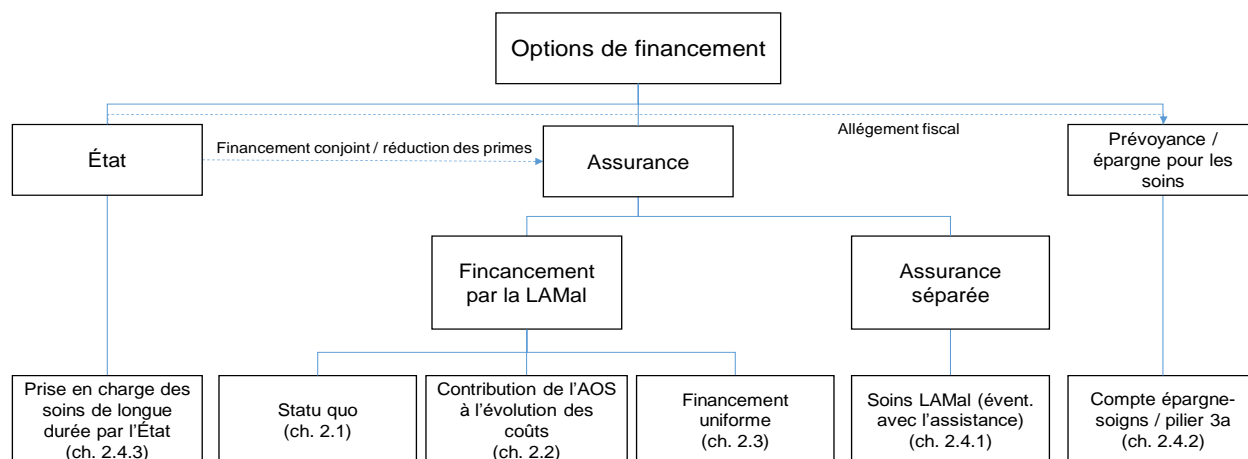
2 Options de financement

Le ch. 1 a révélé que les objectifs poursuivis par le législateur en mettant en place le nouveau régime de financement des soins ont été atteints dans une large mesure. Le débat sur les options alternatives de financement est cependant mené, et les deux postulats 16.3352 et 19.3002 ont chargé le Conseil fédéral de montrer les possibilités de modification du financement des soins, que ce soit par une adaptation des contributions de l'AOS à l'évolution des coûts ou l'intégration des prestations de soins dans un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires. Par ailleurs, le Conseil fédéral a déjà exposé, dans son rapport du 25 mai 2016 intitulé « État des lieux et perspectives dans le secteur des soins de longue durée » (Conseil fédéral 2016, p. 58 ss) donnant réponse aux postulats Fehr [12.3604](#), Eder [14.3912](#) et Lehmann [14.4165](#), différentes options pour financer les soins. Ce faisant, il a tenu compte de la répartition existante des tâches et du financement entre la Confédération et les cantons.

Ces options sont à nouveau présentées de manière synthétique ci-après. Elles doivent être comprises comme un complément aux deux options consistant à intégrer les prestations de soins dans un financement uniforme ou à adapter les contributions de l'AOS à l'évolution des coûts. Elles vont en partie plus loin que le financement des prestations de soins selon la LAMal et proposent des solutions pour financer d'autres prestations qui sont aujourd'hui principalement financées par les assurés.

La charge supplémentaire prévisible des pouvoirs publics et des assurés pour les soins de longue durée (cf. ch. 1.1 et 2.1) peut être financée par l'impôt ou par les primes ou par une combinaison entre les deux. Aussi bien l'actuel financement des soins que la prise en compte des prestations de soins dans un financement uniforme constituent une telle combinaison. Une solution d'épargne est également envisageable. La figure ci-dessous présente les différentes options. Elles sont discutées et évaluées par la suite.

Figure 1 : Options de financement des soins



2.1 Maintien de l'actuel système de financement des soins

Cette option maintient l'actuel système de financement des soins sans changements. L'AOS et les assurés versent des contributions limitées pour les coûts des soins, alors que les cantons sont responsables du financement résiduel. Il incombe au Conseil fédéral d'adapter les contributions de l'AOS et donc aussi des assurés, voire la définition et la délimitation des niveaux de soins requis, à l'évolution des coûts (voir aussi ch. 1.2). L'une des raisons pour laquelle ce système a été choisi dans le cadre du nouveau régime de financement des soins est notamment l'urgence moindre de la délimitation précise des prestations de soins par rapport à d'autres prestations. Une telle délimitation est exigeante et ne sera peut-être pas toujours clairement et uniformément possible à l'avenir également. Avec la solution actuelle, l'AOS verse des contributions, tandis que la responsabilité concernant le financement résiduel et, en fin de compte, la définition et la délimitation des coûts liés à une fourniture efficiente des prestations de soins selon la LAMal incombe cependant aux cantons, qui doivent les prendre en charge.

Si le Conseil fédéral renonce à adapter les contributions, on peut supposer que l'augmentation quantitative sera aussi largement supportée par l'AOS, mais que les éventuelles hausses de prix seront uniquement à la charge des cantons respectivement des communes. L'AOS serait ainsi un peu moins touchée par les augmentations de coûts dans le domaine des soins que les cantons et les communes. Cette option n'implique aucune nécessité d'adapter la loi dans le domaine des prestations de soins.

En plus du financement résiduel des prestations de soins, les cantons contribuent à couvrir d'autres coûts liés à la dépendance aux soins, notamment par le biais des PC qui couvrent la participation des patients aux prestations de soins, les coûts de l'assistance et d'autres coûts liés à la dépendance aux soins s'ils ne peuvent pas être supportés par les assurés. En cas de maintien de l'actuel système de financement des soins sans adaptation des contributions de l'AOS, les cantons, d'une part, supporteraient seuls les hausses de prix dans le domaine des prestations de soins, car l'AOS ne contribue à couvrir que les augmentations du volume des prestations. D'autre part, ils seraient confrontés à des dépenses croissantes pour d'autres coûts en lien avec la dépendance aux soins. D'après les projections de l'Administration fédérale des finances (AFF), les cantons et les communes seraient obligés d'augmenter les impôts jusqu'en 2045 à hauteur de 12 % de leurs recettes fiscales pour couvrir l'ensemble des coûts en lien avec la dépendance aux soins. En même temps, les projections de l'AFF montrent que l'AOS continuera de supporter la charge principale de la hausse des dépenses en cas de maintien du statu quo, si l'on considère non seulement les dépenses pour le domaine des soins, mais pour la santé en général.⁴ Dans l'option du statu quo, le principe de l'équivalence fiscale serait en outre respecté : les cantons et les communes, responsables du pilotage de l'approvisionnement en soins de longue durée, assument en grande partie eux-mêmes les conséquences financières de leur politique (cf. Conseil fédéral 2016).

Un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires en excluant les prestations de soins pourrait, si le législateur le souhaite, être prévu indépendamment du statu quo dans le financement des soins. Mais il y aurait encore des incitations inopportunes aux interfaces entre les domaines de prestations financés selon des modalités différentes (prestations de soins et autres prestations selon la LAMal) ; les gains d'efficacité escomptés des soins coordonnés, en particulier, ne seraient pas complètement réalisés.

Les conséquences financières de cette option sur l'ensemble des prestations selon la LAMal dépendent fortement, aussi bien pour l'AOS que pour les cantons, du choix d'un financement uniforme pour

⁴ D'après les projections de l'Administration fédérale des finances (AFF), les dépenses totales de l'AOS s'élèveront à près de 41 milliards de francs en 2045 (18,6 milliards de plus par rapport à 2011), dont 5,8 milliards pour le domaine des soins de longue durée. Les dépenses de santé des cantons et des communes atteindront près de 34,6 milliards en 2045 (également 18,6 milliards de plus par rapport à 2011), dont 11,3 milliards pour les soins de longue durée (cf. Conseil fédéral 2016 : 113).

les autres prestations ambulatoires et stationnaires selon la LAMal ou du maintien des règles de financement actuelles pour ces prestations. Si un financement uniforme se concrétise en excluant les prestations de soins, il faudra s'attendre à une hausse moins forte des coûts pour l'AOS par rapport à la situation actuelle, alors que les cantons assumeraient des charges plus élevées qu'en cas de maintien intégral du système actuel dans tous les domaines (cf. Infrass 2019).⁵ Cela ne s'applique cependant qu'au cas où le Conseil fédéral s'abstienne durablement d'adapter les contributions de l'AOS. Si le Conseil fédéral augmente les contributions de l'AOS, cette option peut compter parmi les plus défavorables pour l'AOS, en particulier en cas de renoncement à un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (voir aussi ch. 2.2). Pour les cantons, les conséquences financières sont exactement inversées. Le Conseil fédéral estime que le maintien de l'actuel système de financement des soins serait souhaitable si un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires ne devait pas pouvoir se concrétiser.

2.2 Adaptation régulière et contraignante des contributions de l'AOS à l'évolution des coûts

Cette option limiterait l'actuelle compétence du Conseil fédéral de fixer librement⁶ les contributions de l'AOS pour les prestations de soins. Le Conseil fédéral devrait adapter les contributions de manière régulière et contraignante à l'évolution des coûts des prestations de soins selon la LAMal. Le présent rapport assimile le « renchérissement » mentionné dans le postulat 16.3352 à la « hausse des coûts des prestations de soins » car, en plus du renchérissement général (salaires, etc.), l'évolution des tableaux cliniques ou de la pratique médicale par exemple influence aussi celle des coûts par unité de temps de soins requis. En outre, la LAMal ne prévoit pas d'adapter automatiquement les tarifs ou les contributions au renchérissement. Dans le cadre du nouveau régime de financement des soins, le législateur a refusé aussi bien une adaptation régulière des contributions aux soins de l'AOS à l'évolution des coûts qu'une adaptation automatique au renchérissement (d'après l'indice suisse des prix à la consommation) (cf. débats sur le projet [05.025](#)).

Si le législateur entend fixer des règles supplémentaires concernant la conception des contributions de l'AOS, il est nécessaire de définir plusieurs paramètres. En premier lieu, le législateur devrait déterminer comment ou à l'aide de quelle valeur de référence une modification des contributions devrait intervenir, en second lieu qui devrait avoir la compétence de fixer les contributions à l'avenir, en troisième lieu quand et dans quelles circonstances les contributions devraient être adaptées et, en quatrième lieu, quelles mesures d'accompagnement seraient nécessaires pour une telle modification.

2.2.1 Valeur de référence pour une adaptation des contributions

Une adaptation régulière des contributions à l'évolution des coûts poursuit l'objectif de stabiliser les parts de financement de l'AOS, des cantons/communes et des patients. Dans l'actuel système de contributions, l'AOS participe constamment au financement des augmentations du volume des prestations, car les contributions sont en principe liées au temps nécessaire pour la fourniture des prestations de soins. Les hausses de prix par unité de temps de prestations de soins (salaires, qualification

⁵ D'après les estimations d'Infrass (2019 : 51 ss), l'AOS serait chargée en 2030 de dépenses supplémentaires de l'ordre de 11,3 milliards de francs en cas de financement uniforme des prestations selon la LAMal (sans les prestations de soins) (+ 40 % par rapport aux dépenses en 2016), alors que la charge supplémentaire s'élèverait à 12,7 milliards dans la solution du statu quo (+ 45 % par rapport à 2016). En cas de financement uniforme sans les soins, les cantons devraient supporter des dépenses supplémentaires, pour les prestations selon la LAMal, de l'ordre de 4,7 milliards (+ 49 % par rapport à 2016), tandis que les dépenses supplémentaires s'élèveraient à 3,3 milliards en cas de statu quo (+ 34 %, voir aussi ch. 3.2.5).

⁶ À l'exception de l'exigence d'adapter les contributions de l'AOS pour garantir une introduction neutre en termes de coûts.

du personnel soignant, intensité/complexité de la prestation de soins, etc.) ne sont en revanche pas financées si les contributions de l'AOS sont constantes. Dans le but de maintenir les parts de financement constantes pour l'AOS, les cantons et les communes, il est nécessaire d'adapter les contributions uniquement à l'évolution des prix (au sens large expliqué ci-dessus). Une adaptation à l'évolution globale des coûts augmenterait la part de financement de l'AOS, car l'augmentation du volume des prestations serait doublement prise en compte et donc surcompensée. Pour maintenir les parts de financement constantes avec une adaptation des contributions de l'AOS, il est ainsi indispensable de connaître les coûts totaux déterminants et leur origine. Il faudrait notamment pouvoir séparer l'évolution des volumes (unités de temps de prestations de soins) de l'évolution des prix au sens large. Pour que cette option soit possible, certaines conditions doivent être remplies, comme en cas de financement uniforme de toutes les prestations, en particulier une amélioration de la transparence des coûts (voir à ce sujet ch. 3.1).

La question se pose par ailleurs de savoir quelle augmentation des coûts est concernée. En l'absence de tarifs convenus par les partenaires tarifaires, il serait aussi nécessaire de déterminer quelle part de l'évolution des prix s'explique par une hausse des coûts liés à une fourniture efficiente des prestations et devrait donc se refléter dans une augmentation des contributions de l'AOS. Dans le cas contraire, le problème serait que les cantons influenceraient aussi les contributions de l'AOS par leurs décisions concernant la détermination du financement résiduel, sans que les assureurs ou la Confédération, responsable de l'AOS, n'aient de possibilités de pilotage dans le financement résiduel qui devraient permettre de garantir le respect des principes de la LAMal, en particulier du caractère économique.

Si la priorité est accordée à une stabilisation fiable des parts de financement, il est possible d'essayer de déduire l'évolution des prix de l'évolution des coûts et des volumes et, ainsi, l'adaptation nécessaire des contributions en tant que valeur résiduelle. Il faudrait par ailleurs pouvoir différencier, par exemple au moyen de références (*benchmark*), quelle part de l'évolution des prix est imputable à une augmentation des coûts en cas de fourniture efficiente des prestations. Cela présuppose une transparence accrue en matière de coûts et la mise en œuvre des mesures immédiatement nécessaires à cet égard (voir à ce sujet ch. 3.1).

Une alternative possible serait d'essayer de déduire directement l'évolution des prix par le biais d'indices tels que l'évolution des salaires, la qualification du personnel employé, etc. Si l'interaction entre l'évolution des volumes et celle des prix n'est pas suffisamment connue, il faut s'attendre à ce que les contributions soient parfois trop peu ou trop augmentées et que l'objectif du maintien de parts de financement constantes ne soit en partie pas atteint. En cas de référence directe à des indices et non à l'évolution effective et transparente des coûts, il ne serait en particulier pas non plus garanti qu'en cas de hausse des coûts, non seulement l'AOS mais aussi les cantons augmentent leur contribution de financement, car ces derniers pourraient toujours fixer le financement résiduel de leur propre chef.

Les adaptations nécessaires sont donc complexes et ne peuvent probablement pas être définies de manière opportune au niveau de la loi, par exemple au moyen d'une formule simple ou d'une valeur de référence définie qui reflète tous les aspects pertinents. Le système des contributions de l'AOS n'a pas été mis en place pour pouvoir représenter de manière fiable les augmentations de coûts comme une combinaison de prix et de volume. Dans ce contexte, si le législateur le souhaite, la formulation d'un objectif abstrait serait sans doute plus opportune, par exemple une approximation des parts de financement aussi constantes que possible, avec une marge de manœuvre importante en termes d'interprétation et d'application dans la pratique. Il faudrait sans doute accepter le fait que les parts de financement ne puissent être maintenues constantes que dans une certaine mesure.

2.2.2 Compétence pour adapter les contributions

Au vu de la complexité des adaptations nécessaires, il serait judicieux que la détermination et l'adaptation des contributions aux soins de l'AOS restent de la compétence du Conseil fédéral. Sinon, cette compétence pourrait être dévolue au législateur.

2.2.3 Moment pour adapter les contributions

Si le Conseil fédéral ne peut plus adapter librement et sous sa propre responsabilité les contributions aux soins de l'AOS, il est nécessaire de spécifier quand et à quelles conditions une adaptation doit se faire. Il serait par exemple possible de définir une période à l'issue de laquelle le Conseil fédéral ou l'organe responsable doit examiner les contributions à l'aune des critères fixés dans la loi et les adapter le cas échéant. Il serait également possible de prévoir qu'un examen et une adaptation doivent être effectués si les coûts évoluent jusqu'à un certain point ou en cas d'écart prédéfini entre les parts de financement de l'AOS, d'une part, et des cantons et des communes, d'autre part. Comme alternative, le moment pour adapter les contributions aux soins de l'AOS pourrait être librement défini par le Conseil fédéral, comme c'est le cas aujourd'hui, mais ce dernier serait tributaire d'objectifs fixés au moyen d'une valeur de référence. Cette variante augmenterait quelque peu la marge de manœuvre du Conseil fédéral pour adapter les contributions par rapport à une période prédéfinie.

2.2.4 Mesures d'accompagnement dans le cadre d'une adaptation des contributions

Dans cette option, la réglementation du financement résiduel reste de la compétence des cantons. L'évolution des coûts totaux serait influencée de manière significative par le montant du financement résiduel, qui serait déterminé uniquement par les cantons. La Confédération, les assureurs et les fournisseurs de prestations n'ont aucun moyen direct d'influencer le montant du financement résiduel. Si le Conseil fédéral ne pouvait plus adapter librement le montant des contributions de l'AOS de son propre chef, mais que la loi prévoyait une adaptation régulière et intégrale des contributions à l'évolution des coûts totaux, l'AOS serait de ce point de vue en fait tenue de participer proportionnellement au financement de l'évolution des coûts des prestations de soins. En conséquence, les contributions de l'AOS seraient automatiquement adaptées à l'évolution des coûts, sans que l'AOS ou les assureurs puissent influencer de manière significative l'évolution des coûts totaux, c'est-à-dire y compris le financement résiduel.

Pour des raisons d'équivalence fiscale, une adaptation contraignante et complète des contributions de l'AOS à l'évolution des coûts serait uniquement acceptable, du point de vue du Conseil fédéral, si cette obligation était associée à des moyens de contrôle correspondants. La responsabilité des cantons dans le financement résiduel et donc pour l'évolution des coûts totaux devraient donc être complétée par des possibilités de participation de la Confédération ou des assureurs pour déterminer le montant des coûts totaux. Or le système de contributions a justement été mis en place parce que la responsabilité du financement résiduel des prestations de soins a été attribuée aux cantons et parce qu'il n'y a pas de partenaires tarifaires ni de tarifs dans ce domaine. Ce système de contributions ne se prête donc pas à une adaptation régulière, contraignante et complète, qui équivaut de fait à un financement conjoint de l'évolution des coûts.

Si un tel financement conjoint et proportionnel est souhaité, un système tarifaire qui serait négocié par les partenaires tarifaires avec la participation des cantons, comme ce serait prévu avec un financement uniforme (cf. ch. 2.3) constituerait une meilleure solution que le système de contributions de l'AOS et du financement résiduel des cantons.

À noter enfin que les cantons règlent différemment le financement résiduel, aussi bien concernant son montant que son mode de détermination (Infras et al. 2018). Il s'ensuit que les coûts des prestations

de soins évoluent aussi différemment d'un canton à l'autre, même si l'étendue de la dépendance aux soins est la même. Comme l'adaptation des contributions de l'AOS se conformerait à l'évolution des coûts à l'échelle nationale, les mesures de chaque canton auraient donc un impact sur le montant des contributions de l'AOS pour les autres cantons. Si un canton appliquait par exemple un financement résiduel très restrictif, les contributions de l'AOS à l'échelle nationale seraient adaptées dans une moindre mesure, ce qui augmenterait la part de financement d'un canton pratiquant un financement résiduel dans la moyenne. Partant, un abandon de la responsabilité exclusive des différents cantons concernant la détermination du financement résiduel serait aussi souhaitable en cas d'adaptation régulière des contributions.

2.2.5 Conclusions

Si les contributions de l'AOS étaient régulièrement et intégralement adaptées à l'évolution des coûts des prestations de soins et qu'en même temps, seul un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires était introduit, les conséquences financières pour l'AOS et les cantons seraient les mêmes qu'en cas de financement uniforme de toutes les prestations (voir à ce sujet ch. 2.3), cependant sans l'effet escompté, à savoir la suppression des incitations inopportunes aux interfaces des domaines de prestations appliquant jusqu'ici un financement différent et la possibilité d'exploiter les gains d'efficacité des soins coordonnés. Un financement uniforme de toutes les prestations, prestations de soins comprises, serait donc préférable, du point de vue du Conseil fédéral, à une adaptation régulière des contributions de l'AOS.

Une adaptation régulière des contributions de l'AOS à l'évolution des coûts ne serait opportune, le cas échéant, que si l'adaptation aux coûts n'était pas intégrale mais partielle, afin de freiner quelque peu la croissance des coûts financés par les primes, et si une telle adaptation pouvait être décidée par le Conseil fédéral de son propre chef. Mais la différence par rapport au système actuel serait minime.

Une adaptation régulière et intégrale pourrait aussi être envisagée si un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires ne s'avérait pas faisable. Toutefois, dans l'optique d'une stabilisation des parts de toutes les prestations selon la LAMal financées par l'impôt et par les primes, le Conseil fédéral estime qu'il faudrait renoncer dans ce cas à une adaptation des contributions de l'AOS, car la charge financière des cantons ne cesse de diminuer pour les autres prestations selon la LAMal en raison du transfert des prestations stationnaires vers le domaine ambulatoire. Des contributions constantes de l'AOS pour les prestations de soins offrent un certain contrepond, quoiqu'incomplet. La hausse des coûts escomptée serait la plus importante pour l'AOS et par conséquent la plus faible pour les cantons si les contributions de l'AOS pour les prestations de soins étaient régulièrement adaptées à l'évolution des coûts et qu'en même temps, on renonçait à un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires. Dans la stratégie Santé 2020, le Conseil fédéral a formulé l'objectif que les parts financées par l'impôt dans le système de santé ne diminuent pas à moyen et à long terme. Un tel scénario ne doit donc pas être poursuivi, de l'avis du Conseil fédéral. Pour des raisons d'équivalence fiscale également, le Conseil fédéral est très critique à l'égard d'une adaptation régulière des contributions à l'évolution des coûts, car la détermination du montant du financement résiduel et donc des coûts resteraient exclusivement de la compétence des cantons.

2.3 Intégration des prestations de soins dans un financement uniforme

Cette option prévoit l'intégration des prestations de soins dans un financement uniforme. L'idée est de financer toutes les prestations selon la LAMal, et donc aussi toutes les prestations de soins, selon la même clé. En guise d'alternative à cette variante principale, il serait en théorie envisageable de faire

une distinction entre les prestations des soins de base et des soins de traitement. Tout comme une adaptation des contributions aux soins de l'AOS à l'évolution des coûts, l'intégration des prestations de soins dans un financement uniforme suppose que le montant des coûts des prestations de soins selon la LAMal et leur évolution soient connus.

2.3.1 Variante principale : financement uniforme de toutes les prestations de soins selon la LAMal

Dans la variante principale, les prestations de soins, et donc toutes les prestations selon la LAMal, seraient financées en vertu des mêmes règles. Au sein de ces prestations, les possibles incitations inopportunes aux interfaces des domaines de prestations appliquant un financement différent seraient toutes supprimées. Cette option est aussi celle qui laisse entrevoir les gains d'efficacité les plus importants, notamment grâce aux soins coordonnés. L'intégration complète des prestations de soins dans un financement uniforme permettrait aussi de répondre à la demande du postulat 16.3352, car les agents-payeurs prendraient en charge les hausses de coûts des prestations de soins comme des autres prestations dans la même mesure. Pour pouvoir fixer la clé de financement applicable à un financement uniforme en garantissant la neutralité des coûts par rapport à la situation actuelle, il est nécessaire de connaître les coûts totaux déterminants. En outre, l'abandon de la responsabilité des cantons en matière de financement résiduel implique de trouver une solution pour la rémunération des prestations de soins. Certaines conditions doivent donc être remplies pour que cette option soit possible (cf. ch. 3).

Dans cette option, l'AOS ne supporterait plus seulement l'augmentation du volume des prestations de soins, mais aussi les augmentations de prix. Si l'on considère seulement les prestations de soins, la hausse des coûts pour l'AOS serait donc un peu plus forte qu'en cas de maintien du statu quo (cf. ch. 2.1). Mais si l'on considère toutes les prestations selon la LAMal, la situation est différente. D'une part, les projections de l'Administration fédérale des finances (AFF, voir à ce sujet Conseil fédéral 2016) jusqu'en 2045 laissent supposer que les coûts des prestations de soins augmenteront proportionnellement plus que la moyenne par rapport aux autres prestations selon la LAMal ces prochaines années, au regard du vieillissement de la population. D'autre part, l'AOS ne devrait plus prendre seule en charge le transfert des prestations stationnaires vers le domaine ambulatoire en cas de financement uniforme de toutes les prestations. En cas de maintien du statu quo, la charge supplémentaire absolue de l'AOS serait probablement plus importante, en raison du transfert accru en termes de volume de prestations stationnaires vers le domaine ambulatoire, que la charge supplémentaire de l'AOS qui résulterait d'un financement uniforme des prestations de soins. Par rapport au système actuel, l'AOS serait donc probablement légèrement déchargée par un financement uniforme, même si les prestations de soins y sont intégrées (cf. ch. 3.2.5 et *Infras* 2019, sur la base des projections de l'AFF et de l'Obsan).

2.3.2 Variante : financement uniforme des soins de traitement, contribution de l'AOS aux soins de base

En guise d'alternative au modèle précité consistant à financer toutes les prestations selon la LAMal en vertu des mêmes règles, il serait aussi envisageable de prévoir une distinction, dans le cadre des soins, entre les prestations des soins de base et des soins de traitement, comme le Conseil fédéral y avait déjà songé en amont du nouveau régime de financement des soins (cf. projet 05.025, Conseil fédéral 2005). L'idée centrale de ce modèle est que l'AOS prenne intégralement en charge les coûts des mesures médicales qui poursuivent un but thérapeutique ou palliatif (soins de traitement), mais ne

verse qu'une participation aux coûts des soins de base visant à satisfaire les besoins humains fondamentaux.

L'avantage d'une telle solution serait que les prestations des soins de base ne devraient pas être délimitées par rapport à l'assistance. Cette délimitation implique une certaine charge de travail et n'est toujours pas appliquée avec succès 20 ans après l'introduction de la LAMal (cf. ch. 3.1).

À noter que le Parlement a choisi une autre solution dans le cadre du nouveau régime de financement des soins. La responsabilité des cantons dans le financement résiduel des soins de base disparaîtrait, comme le prévoyait le projet 05.025, au profit d'une responsabilité des patients et d'autres assurances sociales subsidiaires existantes ou à créer (par exemple les prestations complémentaires à l'AVS/AI ou une éventuelle assurance des soins, cf. ch. 2.4.1). Dans cette variante, aussi bien les cantons⁷ que l'AOS seraient sans doute déchargés, pour autant que les contributions de l'AOS ne soient pas adaptées à l'évolution des coûts.⁸ En revanche, la charge des ménages privés et, indirectement, d'autres instruments de politique sociale augmenterait par rapport à la situation actuelle.⁹

Une séparation des soins de base et des soins de traitement soulèverait de nouvelles questions sur la possibilité de financer les soins de base de manière satisfaisante en termes de politique sociale. Il resterait des interfaces entre soins de base et soins de traitement, qui appliqueraient des financements différents. En outre, ce modèle nécessiterait aussi une nouvelle délimitation entre soins de base et soins de traitement sur le plan statistique.¹⁰ Partant, le Conseil fédéral accorde sa préférence à la variante principale, soit le financement uniforme de toutes les prestations de soins.

⁷ Les cantons seraient libérés de leur responsabilité pour le financement conjoint des soins de base. On peut supposer que la charge diminuerait pour les cantons du point de vue du régime de financement, car les patients seraient eux-mêmes responsables du financement des coûts dépassant les contributions de l'AOS.

⁸ Les augmentations du volume de prestations dans le domaine des soins de base seraient encore en grande partie financées par l'AOS en cas de maintien du système de contributions. Mais d'éventuelles hausses des prix par unité de volume dans les soins de base (salaires, etc.) ne seraient pas supportées par l'AOS tant que les contributions de l'AOS pour les soins de base ne seraient pas adaptées à l'évolution des prix (voir à ce sujet ch. 2.2.1). C'est pourquoi la charge pour l'AOS serait sans doute un peu moins élevée avec une exclusion des soins de base d'un financement uniforme qu'avec une intégration de toutes les prestations de soins dans un financement uniforme. À l'inverse, les patients, et d'autres assurances sociales à titre subsidiaire (PC, allocations pour impotent, aide sociale, éventuelle assurance des soins), devraient supporter des charges un peu plus élevées. Cela présuppose toutefois que les contributions de l'AOS pour les soins de base restent inchangées durablement. En revanche, si celles-ci étaient régulièrement adaptées à l'évolution des prix (ce qui équivaudrait à une combinaison des options prévues au ch. 2.2 pour les soins de base et au ch. 2.3 pour les autres prestations selon la LAMal), les conséquences financières de cette variante théorique seraient comparables à un financement uniforme de toutes les prestations selon la LAMal, y compris des soins de base. Il est difficile de savoir dans quelle mesure les conséquences financières de cette variante pour l'AOS et les cantons diffèrent de celles d'un financement uniforme de toutes les prestations de soins.

⁹ Si aucune assurance supplémentaire n'était créée (cf. ch. 2.4.1), on pourrait supposer que les cantons devraient tout de même prendre en charge une partie de ces coûts, par exemple par le biais des prestations complémentaires à l'AVS/AI et d'autres instruments, car une partie des patients ne pourraient pas assumer eux-mêmes la charge supplémentaire découlant de l'abandon du financement résiduel par les cantons. Pour la Confédération, il ne devrait pas en résulter de charge supplémentaire, car les cantons prennent entièrement en charge les prestations complémentaires pour les coûts liés au séjour en home et les frais de maladie ou d'invalidité. La Confédération prend en charge cinq huitièmes des coûts de la vie des personnes à domicile et en EMS. Les cantons prennent en charge les trois huitièmes restants. Les prestations complémentaires en lien avec les coûts supplémentaires liés au séjour en home et les frais de maladie et d'invalidité, dont les frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures de jour, sont intégralement prises en charge par les cantons (cf. art. 13 et 14 de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI [LPC ; RS 831.30]). Dans l'ensemble, on pourrait ainsi supposer que les cantons seraient quelque peu déchargés par rapport au régime de financement résiduel en vigueur, car une partie des charges serait transférée vers les ménages privés.

¹⁰ Avec cette variante théorique, les incitations inopportunes potentielles aux interfaces entre des domaines appliquant un financement différent seraient également supprimées dans la plupart des cas. À la différence de la variante principale, il resterait cependant une interface entre les soins de base et les autres prestations selon la LAMal, notamment les soins de traitement. Il est difficile de savoir dans quelle mesure cela réduit les gains d'efficacité escomptés par rapport à la variante principale. Les conditions nécessaires à un financement uniforme (cf. ch. 3) s'appliquent aussi à cette alternative. De plus, il faudrait connaître, pour garantir un changement neutre en termes de coûts, la répartition des coûts actuels entre soins de base et soins de traitement. Pour la rémunération, il faudrait trouver des solutions indépendantes pour les soins de base et les soins de traitement.

2.4 Financement des soins hors LAMal

Dans son rapport donnant réponse aux postulats Fehr Jacqueline 12.3604, Eder 14.3912 et Ledermann 14.4165 (Conseil fédéral 2016), le Conseil fédéral a discuté en détail d'autres options de financement des soins. Ces options doivent être comprises comme un complément par rapport aux deux options d'intégration des prestations de soins dans un financement uniforme ou d'adaptation des contributions de l'AOS à l'évolution des coûts. Elles sont synthétisées ici pour donner un aperçu global des différentes options de financement des soins.

Au lieu du maintien du financement actuel des prestations de soins, le cas échéant lié à une adaptation régulière des contributions de l'AOS à l'évolution des coûts, ou d'une intégration des prestations de soins dans un financement uniforme, les prestations de soins pourraient en théorie être retirées du domaine de prestations selon la LAMal et financées par un autre biais. Une option serait de retirer uniquement les prestations des soins de base, par exemple en combinaison avec l'intégration des soins de traitement dans un financement uniforme. Plusieurs alternatives pour un financement des soins hors LAMal, avec plusieurs formes possibles pour chacune, sont imaginables :

1. une assurance des soins séparée, obligatoire ou facultative,
2. une épargne obligatoire ou facultative pour les soins,
3. un financement direct des coûts des soins par l'État.

Si cela est souhaité, ces solutions de financement autonomes pour les prestations de soins pourraient être combinées au financement d'autres coûts liés à la dépendance aux soins, par exemple les coûts de l'assistance. Ces trois possibilités sont brièvement présentées et évaluées ci-dessous.

2.4.1 Assurance des soins autonome pour les prestations de soins

Dans cette variante, les prestations de soins selon la LAMal (évaluation, conseils et coordination ; examen et traitement ; soins de base) seraient détachées de l'AOS. La part des cantons financée par l'impôt, la part de l'AOS financée par les primes et, le cas échéant, aussi la participation des patients dépendant de soins seraient transférées dans une assurance des soins, ce qui déchargerait les agents-payeurs actuels. La nouvelle assurance sociale serait financée selon le principe de la répartition. Les coûts seraient supportés par le nouveau collectif d'assurés de l'assurance des soins. Cette solution correspond à l'option de financement d (modèle B) dans le rapport sur les soins de longue durée (Conseil fédéral 2016 : 66 s.). Si les soins de traitement devaient être financés de manière uniforme (cf. ch. 2.3), il serait aussi possible de prévoir, dans une sous-variante, une assurance des soins qui finance uniquement les soins de base. Une assurance des soins qui prendrait en charge toutes les prestations de soins selon la LAMal, y compris la participation des patients, couvrirait approximativement 60 % des coûts totaux des soins de longue durée (cf. Conseil fédéral 2016 : 67).¹¹

Une assurance des soins pourrait être obligatoire ou facultative. En cas d'assurance facultative, le problème résiderait, comme pour l'assurance des risques de maladie, dans le fait qu'il existe une certaine incitation pour l'individu à ne pas s'assurer. Si l'on part du principe que la société ne permettrait pas que des personnes dépendant de soins ne soient pas ou insuffisamment prises en charge dans le cas où elles ne peuvent pas assumer elles-mêmes les coûts de la dépendance aux soins, la collectivité se chargerait alors d'une grande partie des coûts. Cela réduit fortement l'incitation à s'assurer, en particulier pour les personnes à faibles revenus. Dans l'intérêt d'une répartition équitable des charges, une assurance obligatoire devrait donc primer.

¹¹ Les coûts de l'assurance-accidents, de l'allocation pour impotent de l'AVS et d'autres coûts pris en charge par les assurés tels que l'assistance et l'hôtellerie ne seraient pas couverts.

Il conviendrait d'examiner si une obligation d'assurance et de contribution doit s'appliquer à toute la population ou uniquement à certains groupes de population. Une assurance des soins obligatoire pourrait par exemple être prévue pour la tranche d'âge des plus de 50 ans. Si elle est limitée à un certain cercle d'assurés, un plus petit collectif d'assurés (pour les soins) supporterait une charge financière en plus forte hausse qu'en cas de maintien du statu quo, car on peut supposer que les coûts des soins de longue durée augmenteront relativement plus fortement que les coûts totaux de l'AOS en raison de l'évolution démographique.

De nombreuses variantes sont imaginables pour financer une assurance des soins. Elle pourrait l'être par le biais d'une prime individuelle uniforme, de primes individuelles différenciées ou de primes proportionnelles aux salaires. Les conséquences en termes de politique sociale d'une assurance des soins dépendent du prélèvement (linéaire ou progressif sur le revenu, échelonné selon l'âge, non échelonné, etc.) des primes d'assurance (primes individuelles uniformes, en fonction du revenu ou proportionnelles aux salaires). En termes de politique sociale, un financement par le biais de cotisations salariales ou de cotisations individuelles en fonction du revenu présente des avantages par rapport à des primes uniformes ou en fonction de l'âge. Les effets socio-politiques indésirables de primes individuelles uniformes pourraient être largement évités par un système de réduction des primes analogue à la réduction individuelle des primes (RIP) pour l'AOS.

Étant donné que les budgets des cantons seraient sensiblement déchargés financièrement dans cette variante, il y aurait lieu d'examiner la possibilité de prestations compensatoires correspondantes, par exemple la prise en charge des coûts pour un système de réduction des primes par les cantons. Il faut partir du principe que, tant qu'aucun correctif socio-politique n'est appliqué, la suppression du financement par l'impôt et la mise en place d'une solution d'assurance auraient tendance à alléger la charge des personnes à hauts revenus et, en contrepartie, grèverait plus fortement celles à bas revenus. Une assurance des soins n'affecterait en principe pas les compétences actuelles de la Confédération et des cantons en matière d'exécution des tâches. Les cantons et les communes resteraient responsables des EMS et aucune nouvelle charge ne serait imposée à la Confédération.

Une assurance des soins créerait cependant de nouvelles interfaces entre les différentes assurances sociales. L'administration serait plus lourde par rapport à la situation actuelle, notamment en cas d'externalisation d'une seule partie des prestations de soins de l'AOS dans une assurance des soins, car les fournisseurs de prestations devraient alors facturer à deux assurances différentes et non plus une seule. Le système déjà complexe de la sécurité sociale serait encore davantage dispersé.

Une assurance indépendante de l'AOS pour les prestations de soins hors LAMal pourrait être combinée à une assurance pour d'autres coûts liés à la dépendance aux soins tels que l'assistance.¹² Dans cette option, une partie des coûts de l'assistance à domicile et en EMS, qu'il faudrait préciser de manière plus exacte dans un catalogue de prestations, serait également couverte par l'assurance obligatoire des soins.¹³ L'assistance est aujourd'hui surtout financée par les assurés. La prise en charge des coûts de l'assistance à domicile et en EMS par une assurance des soins déchargerait les ménages privés, qui supportent actuellement une part considérable des coûts de l'assistance, et les cantons, qui participent au financement de l'assistance par le biais des prestations complémentaires. À l'inverse, la charge financière incomberait davantage au collectif d'assurés. Une telle structure d'assurance financerait approximativement 70 % des coûts des soins de longue durée (Conseil fédéral 2016 : 68).

¹² Cela correspondrait à l'option d [modèle C] dans le rapport sur les soins de longue durée (Conseil fédéral 2016 : 67 s).

¹³ La définition peut être plus large ou plus stricte. Une définition stricte comprendrait par exemple l'assistance « proche des soins » telle que la surveillance des personnes dépendant de soins dans certaines situations. Une définition large serait par exemple l'assistance en EMS telle que l'organisation d'activités communes, l'encouragement des contacts sociaux, etc.

Avec une telle assurance combinée pour les coûts des prestations de soins et, par exemple, de l'assistance, de nouvelles incitations inopportunes à l'interface avec les autres prestations selon la LAMal (prestations ambulatoires et stationnaires) seraient créées, mais tout de même avec une réduction des problèmes d'interface et de délimitation entre les soins et l'assistance notamment.

Les inconvénients d'une assurance des soins séparée, comme des interfaces supplémentaires avec d'autres assurances sociales, en particulier l'AOS, les incitations inopportunes qui en découlent et la nécessité d'une administration supplémentaire séparée ne pourraient contrebalancer les avantages d'une assurance séparée que si la conception de cette assurance des soins différait fortement de celle de l'AOS, donc si elle ne suivait par exemple pas le principe de la concurrence réglementée. Plus la conception de l'assurance des soins et celle de l'AOS seraient semblables, plus le renoncement à une assurance des soins séparée et le maintien de l'intégration dans l'AOS et la LAMal, le cas échéant assortis d'un financement uniforme, s'imposeraient pour éviter de nouvelles interfaces et une charge administrative supplémentaire.

Si une assurance des soins sert uniquement à atteindre des objectifs spécifiques en termes de politique financière ou sociale, une réglementation ou une adaptation dans le cadre de la LAMal serait préférable en raison des désavantages précités d'une solution séparée. Des objectifs possibles pourraient être par exemple une autre répartition entre un financement par l'impôt à effet progressif et des primes individuelles à effet dégressif, ou une autre répartition des charges entre les tranches d'âge, par exemple en prévoyant que les contributions d'assurance pour les prestations de soins ne seraient versées qu'à partir d'un certain âge. Pour cela, des groupes de primes supplémentaires en fonction de l'âge pourraient être créés à moindre frais dans la LAMal. Si une solution d'assurance supplémentaire est préconisée, par exemple pour des prestations d'assistance, qui remplacerait le financement actuel relevant principalement des assurés, mais dont la conception et le financement seraient semblables à l'AOS, la création d'une assurance sociale séparée ne serait pas absolument nécessaire. Du point de vue du Conseil fédéral, une telle assurance ne serait opportune que si sa conception différait fortement de celle de l'AOS et si les nouvelles interfaces entre AOS et assurance des soins n'entraînaient pas d'incitations inopportunes plus importantes. Pour le financement des prestations de soins, le Conseil fédéral favorise une solution dans le cadre de la LAMal. Pour les autres prestations en lien avec la dépendance aux soins qui ne sont pas réglées par la LAMal, telles que les prestations d'assistance, d'hôtellerie ou d'aide au ménage, la solution peut être trouvée indépendamment.

2.4.2 Épargne pour les soins

Plusieurs interventions parlementaires ont proposé de financer les coûts de la dépendance aux soins par le biais d'un compte d'épargne facultatif ou obligatoire à approvisionner individuellement ou d'une extension du pilier 3a. Le Conseil fédéral s'est déjà prononcé contre l'introduction de comptes d'épargne pour les soins¹⁴ et se montre sceptique à l'égard d'un financement des soins par capitalisation.¹⁵

Une solution d'assurance offre des avantages fondamentaux par rapport à un compte d'épargne en cas de risques de coûts potentiellement élevés, qui ne surviennent que pour une partie des personnes et dont celles-ci peuvent difficilement influencer la survenue.¹⁶ En cas de risques inégalement répartis,

¹⁴ Voir à ce sujet les avis sur les motions Dittli [16.4086](#) « Compte d'épargne pour les soins. Baisse des primes d'assurance-maladie et allègement des charges pesant sur le personnel soignant » et Groupe libéral-radical [18.4180](#) « Compte épargne-soins. Instrument financier du XXI^e siècle »

¹⁵ Voir à ce sujet les explications du Conseil fédéral dans son rapport sur les soins de longue durée (Conseil fédéral 2016 : 75 s) concernant le postulat Lehmann 14.4165 « Soins de longue durée. Examiner la création d'une assurance pour protéger la fortune individuelle »

¹⁶ Voir à ce sujet l'avis du Conseil fédéral sur la motion Dittli 16.4086, qui a été retirée

il existe dans une solution d'épargne un conflit d'objectifs inhérent entre une couverture la plus large possible des coûts et l'objectif d'éviter des restrictions inutiles de la garantie de la propriété dans le cas d'espèce. Soit le capital épargné n'est pas ou que partiellement utilisé aux fins prévues, soit il ne suffit pas pour financer les coûts des soins. Le capital de soins épargné individuellement serait perdu si l'épargnant décédait sans avoir eu besoin de soins. Il ne pourrait pas en disposer de son vivant, ce qui constitue une atteinte problématique à la garantie de la propriété, d'autant plus qu'une solution d'assurance permet d'atteindre le même but avec des atteintes moins importantes.

Pour les personnes de condition économique modeste, on devrait en outre partir du principe qu'elles ne peuvent pas faire face aux contributions d'épargne obligatoires requises. Pour des raisons de politique sociale, il faudrait continuer de mettre à leur disposition des moyens à partir d'autres sources pour pouvoir couvrir leurs contributions d'épargne ou les coûts des soins.

Une taxation avantageuse entraînerait des pertes fiscales pour la Confédération, les cantons et les communes, avec une réduction des dépenses non équivalente, d'autant plus que les allègements fiscaux favoriseraient surtout les ménages les plus forts économiquement, pour lesquels les prestations sociales sont comparativement plus faibles. Une nouvelle épargne obligatoire réglementée par l'État (en plus de la prévoyance professionnelle)¹⁷ pourrait s'avérer problématique d'un point de vue économique.

Pour les solutions d'épargne facultatives bénéficiant d'avantages fiscaux, telles que demandées par exemple par le postulat Eder [14.3912](#) « Élargir le pilier 3a à la couverture des frais de soins » ou la motion Groupe libéral-radical 18.4180 « Compte épargne-soins. Instrument financier du XXI^e siècle », il apparaît de surcroît que les personnes qui y recourraient principalement sont celles qui, dans le système actuel, ne dépendent pas du soutien des assurances sociales, comme les prestations complémentaires. Les incitations à une prévoyance facultative supplémentaire seraient faibles pour les personnes à faibles revenus, qui sont aujourd'hui en partie soutenues par l'État, parce qu'elles n'en retireraient comparativement que de faibles avantages fiscaux. Tant que les moyens épargnés sont disponibles, les prestations sociales qu'elles auraient reçues sans épargne sont par ailleurs perdues. Il faudrait que des solutions de secours restent disponibles pour ces personnes. Les réductions des dépenses sociales ne contrebalanceraient ainsi guère une réduction des recettes fiscales.

Du point de vue du Conseil fédéral, l'épargne pour les soins n'est donc pas une solution optimale pour financer les coûts de la dépendance aux soins. Une solution d'assurance présente de nets avantages au vu de la structure du problème à résoudre.

2.4.3 Financement des coûts des soins par l'État

Dans certains pays, les coûts en cas de maladie et de soins sont directement financés par l'État et les prestations nécessaires sont en partie directement fournies par des personnes engagées par l'État. Mais un tel système, dit de Beveridge, diffère fortement du système appliqué en Suisse pour couvrir des risques tels que maladie et accident. Un financement intégral et direct des coûts des soins par l'État, que ce soit par les cantons et les communes ou par la Confédération, n'est donc guère envisagé pour la Suisse.

En revanche, les cantons et les communes prennent aujourd'hui en charge, dans le cadre de leur responsabilité en matière de financement résiduel, une part importante des coûts des soins. Pour les prestations stationnaires, les cantons financent une part fixe (au moins 55 %) des coûts. En outre, les cantons et la Confédération assument une part des coûts qui ne peuvent pas être supportés par les

¹⁷ En 2018, des contributions réglementaires ont été versées pour un montant de 47,3 milliards de francs (OFS 2019)

assurés de condition économique modeste, par le biais des prestations complémentaires, de l'allocation pour impotent de l'AVS et de l'AI ainsi que de l'aide sociale.

Un financement conjoint à partir de sources financées par l'impôt, comme instrument de politique sociale pour réduire la charge des primes, peut être ainsi combiné à une solution d'assurance, que ce soit dans le cadre de la LAMal (cf. Figure 1) ou d'une assurance des soins séparée (cf. ch. 2.4.1). Même des épargnes facultatives ou obligatoires pour les soins (cf. ch. 2.4.2) pourraient être subventionnées par le biais d'avantages fiscaux ou de contributions d'épargne directes de l'État. L'étendue de ce financement ou subventionnement peut être définie aussi librement sur le plan politique que la question des niveaux étatiques qui en assument la responsabilité. En complément ou en guise d'alternative à un cofinancement généralisé des prestations, il peut y avoir une réduction individuelle des primes par l'État, motivée par la politique sociale, dont le montant et le niveau compétent peuvent en principe aussi être librement déterminés sur le plan politique.

Le rapport sur les soins de longue durée (Conseil fédéral 2016 : 61 s.) esquissait notamment une participation de la Confédération aux coûts des soins (option b) ou une reprise intégrale de la compétence pour les soins de longue durée par la Confédération (option c). Un engagement financier de la Confédération devrait toutefois s'accompagner de nouvelles compétences de pilotage de la Confédération dans des domaines qui relèvent à l'heure actuelle intégralement de la compétence des cantons. Une réforme aussi importante ne se justifierait que si l'exécution des tâches dépassait les possibilités des cantons. Ce n'est qu'à ces conditions que le principe de subsidiarité, qui est essentiel dans le fédéralisme suisse, serait aussi respecté en cas de compétence fédérale. Elle nécessiterait en outre un transfert inverse de tâches de la Confédération aux cantons ou un transfert de recettes des cantons à la Confédération dans le domaine des impôts directs.

Le Conseil fédéral ne juge pas opportune une participation directe de la Confédération aux coûts des soins qui irait au-delà de la participation aux coûts des prestations complémentaires à l'AVS/AI et de la réduction individuelle des primes. La responsabilité d'un financement conjoint ou résiduel dans le domaine des soins de longue durée financé par l'impôt doit rester de la compétence des cantons, qui disposent aussi des compétences et des possibilités de contrôle correspondantes.

2.5 Conclusion du point de vue du Conseil fédéral

Comme le montre le présent chapitre, le Conseil fédéral estime, s'agissant du futur financement des coûts de la dépendance aux soins, que des solutions telles qu'un compte d'épargne pour les soins ou un financement direct des coûts des soins par la Confédération ne sont pas opportunes. Une solution d'assurance, combinée à des contributions financées par l'impôt comme instrument de politique sociale, présente des avantages objectifs évidents pour le domaine des coûts des soins et correspond aussi le plus aux compétences et structures existantes. Du point de vue du Conseil fédéral, une solution d'assurance dans le cadre de la LAMal serait donc préférable pour le domaine des prestations de soins dans le but d'éviter des interfaces et une charge administrative supplémentaires. La recherche d'une solution pour les autres coûts de la dépendance aux soins tels que les prestations d'assistance, d'hôtellerie ou d'aide au ménage peut se faire indépendamment.

Si la répartition entre le financement par l'impôt et par les primes doit être modifiée ou qu'un seul cercle d'assurés doit supporter les coûts des soins, cela serait aussi possible dans le cadre de la LAMal. Comme le Conseil fédéral l'a déjà exposé dans son avis sur le projet de la CSSS-CN relatif à l'iv. pa. 09.528 Humbel « Financement moniste des prestations de soins » et à la motion 19.3970 CSSS-CN « Prise en considération des soins de longue durée dans un financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières », il estime qu'un financement uniforme et une intégration de

toutes les prestations de soins dans un tel financement sont à privilégier, pour autant que les bases nécessaires soient réunies. Cette option stabilise la part financée par l'impôt et les primes pour toutes les prestations selon la LAMal et, parmi toutes les options examinées, offre la plus grande réduction des incitations inopportunes aux interfaces entre les domaines de prestations appliquant un financement différent, ce qui favorise notamment les soins coordonnés.

Si un financement uniforme ne devait pas s'avérer réalisable, une adaptation régulière des contributions aux soins de l'AOS à l'évolution des coûts ne serait pas souhaitable pour le Conseil fédéral tant que la part de financement de l'AOS augmente globalement en raison du transfert des prestations stationnaires vers le domaine ambulatoire. Des contributions constantes de l'AOS pour les prestations de soins apporteraient une certaine correction, quoiqu'incomplète. Même les raisons de l'équivalence fiscale parlent en défaveur d'une adaptation régulière des contributions aux soins de l'AOS tant que la détermination du financement résiduel relève exclusivement de la compétence des cantons. En cas de renoncement à un financement uniforme, le maintien de l'actuelle réglementation du financement des soins serait donc à privilégier pour le Conseil fédéral.

C'est pourquoi, conformément au mandat des deux postulats, le rapport se concentre ci-après sur les options d'une intégration des soins dans le financement uniforme (cf. ch. 2.2) et d'une adaptation régulière des contributions aux soins de l'AOS à l'évolution des coûts (cf. ch. 2.3). Il examine en particulier à quelles conditions ces options peuvent être mises en œuvre.

3 Bases et conditions nécessaires

Le présent chapitre montre, comme le demandent les postulats 16.3352 et 19.3002, quelles bases sont nécessaires, comment et dans quels délais elles peuvent être créées. Pour pouvoir intégrer les prestations de soins dans un financement uniforme ou adapter les contributions pour les prestations de soins à l'évolution des coûts, il est indispensable de disposer des bases requises. Il doit notamment y avoir une transparence sur la totalité des coûts pertinents pour les prestations de soins (cf. ch. 3.1). S'agissant de l'intégration des prestations de soins dans un financement uniforme, il est nécessaire de préciser comment fixer les parts de financement des agents-payeurs (cf. ch. 3.2) et comment procéder avec la participation des patients (cf. ch. 3.3). De plus, il faut trouver une nouvelle solution pour la tarification des prestations de soins du fait de l'abandon de l'actuelle responsabilité des cantons en matière de financement résiduel (cf. ch. 3.4). Une adaptation régulière des contributions aux soins de l'AOS à l'évolution des coûts requiert, comme l'intégration des prestations de soins dans un financement uniforme, la transparence sur les coûts des prestations de soins. Diverses questions se posent également au niveau de la mise en œuvre (cf. ch. 3.5).

Les présentes considérations s'appuient pour l'essentiel sur les résultats d'un mandat externe attribué par l'OFSP pour clarifier les questions en suspens. Sur mandat de l'OFSP, la société de conseil Polynomics SA a élaboré, en collaboration avec la Haute école de Lucerne (HSLU), une étude de concept sur l'intégration des soins dans un financement uniforme (Polynomics / HSLU 2020). L'élaboration du rapport a été accompagnée par les acteurs pertinents du financement des soins (associations de fournisseurs de prestations et d'assureurs, CDS, Union des villes suisses et Association des communes suisses). Le rapport montre quelles bases sont nécessaires pour pouvoir :

- établir la transparence des coûts dans les domaines ambulatoire et stationnaire des soins,
- déterminer les parts de financement des agents-payeurs (AOS, cantons/communes, assurés) et
- rémunérer les prestations de soins de manière uniforme à l'échelle nationale.

3.1 Transparence des coûts

Le premier pas vers la création de la transparence des coûts est une délimitation claire des prestations pertinentes. La condition fondamentale pour l'intégration des soins dans un financement uniforme ou pour une adaptation des contributions de soins à l'évolution des coûts est que les prestations de soins selon la LAMal puissent être clairement délimitées par rapport aux prestations d'assistance, d'hôtellerie et d'aide au ménage ainsi qu'aux prestations d'intérêt général et que les fournisseurs de prestations soient en mesure d'indiquer les coûts correspondants en toute transparence.

Aujourd'hui, on ne connaît toutefois pas exactement le montant des coûts effectifs des prestations de soins selon la LAMal. Les raisons ne sont pas à chercher au niveau de la définition et du catalogue des prestations, mais plutôt au niveau de la transparence des coûts et de la comptabilité analytique. Des problèmes de délimitation au niveau de la comptabilité analytique et une qualité insuffisante des données font qu'il n'existe pas de transparence complète en matière de coûts, aussi bien dans le domaine des soins ambulatoires que des soins en EMS. Par conséquent, les informations disponibles à l'heure actuelle ne permettent pas de déterminer les parts de financement exactes des agents-payeurs ni l'évolution effective des coûts.

L'amélioration de la transparence des coûts est complexe, parce qu'il est nécessaire de prendre une série de mesures à plusieurs niveaux et que tous les acteurs concernés doivent apporter leur contribution.

3.1.1 Définition et délimitation des prestations de soins selon la LAMal

En vertu de l'art. 25 LAMal, l'AOS prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Les prestations de soins selon la LAMal sont précisées dans l'OPAS. L'art. 7, al. 2, OPAS (prestations de soins selon la LAMal) fait la distinction entre les prestations suivantes : l'évaluation, les conseils et la coordination, les examens et les traitements ainsi que les soins de base. La définition et le catalogue des prestations sont uniformes à l'échelle nationale pour le domaine des soins, peu importe dans quel domaine (ambulatoire, stationnaire, structures de jour et de nuit) la prestation est fournie. Ils sont constamment contrôlés et adaptés, en partie sur la base de décisions judiciaires. De plus, il existe dans les domaines ambulatoire et stationnaire des listes d'activités des associations de fournisseurs de prestations. Selon Polynomics / HSLU (2020 : 19 ss), il est possible dans la pratique, avec les bases existantes, de délimiter les prestations de soins selon la LAMal par rapport aux prestations d'assistance, d'hôtellerie ou d'aide au ménage. Le problème de la délimitation entre les prestations de soins et les autres prestations réside plutôt, d'après Polynomics / HSLU (2020), au niveau de la transparence des coûts et de la comptabilité analytique. Il faut distinguer les prestations de soins selon la LAMal d'autres prestations telles que l'assistance, qui font partie de soins professionnels mais ne sont pas remboursées par l'AOS (cf. ch. 1.2.1).

3.1.2 Évaluation de la transparence des coûts dans le domaine ambulatoire

La fourniture de prestations de soins engendre pour les fournisseurs de prestations, en plus de charges directement imputables (charges directes de personnel), aussi des coûts qui ne sont pas directement imputables. À part les charges de matériel, il s'agit notamment des autres charges de personnel pour la fourniture de prestations structurelles ou contextuelles ainsi que de prestations au niveau de la conduite et de l'administration (frais généraux) et des frais de déplacement (dans le domaine ambulatoire) (cf. Wächter et al. 2017). Les charges indirectes peuvent représenter une part considérable des coûts. Il peut en outre y avoir pour ces coûts de fortes disparités entre fournisseurs de prestations.

Dans le domaine des soins ambulatoires, le manuel de comptabilité destiné aux organisations d'aide et de soins à domicile (manuel Finances 2020) constitue en principe une bonne base, d'après Polynomics / HSLU (2020), pour uniformiser la saisie des données des établissements et les comptabilités analytiques. L'affectation et la délimitation des charges directes de personnel dans la comptabilité analytique aux unités d'imputation (soins, aide au ménage/assistance, autres prestations) sont en principe garanties, car les prestations fournies sont directement saisies au niveau des clients. Dans la comptabilité analytique, les coûts indirects ne sont toutefois pas délimités et répartis uniformément. Comme les coûts liés à la fourniture de prestations peuvent fortement varier en fonction de la spécialisation, non seulement une saisie uniforme et une comptabilité harmonisée relèvent de la transparence des coûts, mais il est aussi nécessaire d'identifier les facteurs d'influence pour expliquer les différences de coûts justifiées dans le but de pouvoir déterminer les différences justifiables en termes d'inefficiences dans les comparaisons d'établissements. Il faudrait notamment tenir compte des différentes structures de clients (données sur les besoins en soins et les mesures de soins, les admissions et les sorties, etc.) et des tâches en matière de prise en charge (cf. Polynomics / HSLU 2020 : 25 ss). Les organisations de soins et d'aide à domicile (art. 51 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie, OAMal ; RS 832.102) et les infirmières et infirmiers (indépendant(e)s) (art. 49 OAMal) ne sont pas compris dans l'ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP ; RS 832.104). Il incombe aux cantons et aux communes de définir quelle base ils prévoient pour calculer les contributions des pouvoirs publics au financement résiduel. Il peut

s'agir, par exemple, du manuel Finances (complété le cas échéant de directives propres) de l'organisation Aide et soins à domicile Suisse ou d'autres prescriptions. C'est pourquoi, du point de vue de Polynomics / HSLU (2020), il faudrait des directives uniformes à l'échelle nationale pour calculer les coûts et saisir les prestations ainsi qu'une validation des différentes clés de répartition et d'allocation pour attribuer les charges directes de personnel, les prestations indirectes de même que les coûts d'exploitation et d'infrastructure à l'unité d'imputation des soins. Une saisie uniforme des données primaires importantes serait également nécessaire. Les modèles de comptabilité analytique appliqués aujourd'hui reposent sur des données agrégées à un niveau trop élevé et sur des répartitions trop grossières, de sorte que la ventilation des coûts non imputables entre les unités finales d'imputation est trop imprécise (cf. Polynomics / HSLU 2020 : 9).

3.1.3 Évaluation de la transparence des coûts dans les établissements médico-sociaux

Depuis le 1^{er} janvier 2003, les EMS et les hôpitaux, pour leur service de soins de longue durée, doivent tenir une comptabilité analytique et une statistique des prestations en vertu de l'OCP et procéder à une saisie du temps consacré pour exclure les coûts de l'assistance et de l'hôtellerie et calculer les coûts des prestations de soins selon la LAMal. Ils doivent de plus établir la transparence sur les coûts d'intérêt général et les coûts liés à l'obligation de prise en charge pour que les cantons et les communes puissent fixer le montant du financement résiduel.

Selon Polynomics / HSLU (2020), de bonnes bases ont en principe été créées avec les manuels sur la présentation des comptes et l'utilisation des immobilisations de Curaviva (2018/2019) et la solution sectorielle de H+ (2018) sur la comptabilité et le contrôle de gestion dans le but d'harmoniser la saisie des données des établissements et les comptabilités analytiques. La mise en œuvre des dispositions de l'OCP, en particulier la répartition du temps consacré aux prestations structurelles et aux centres de coûts fournissant des prestations entre les unités d'imputation de la pension, de l'assistance et des soins LAMal, ne se fait pas de manière uniforme.¹⁸ La répartition se fait surtout sur la base de clés de répartition propres à chaque établissement, fondées sur des analyses du temps de travail ou des estimations sommaires, ou sur la base de (différentes) clés de répartition fixées au niveau cantonal ou communal qui dépendent du degré de gravité moyen des EMS (Polynomics / HSLU 2020 : 37). Une séparation précise des coûts pour les prestations de soins selon la LAMal n'est donc pas une réalité dans la plupart des EMS (Felder / Straumann 2019 : 42).

La répartition des charges directes de personnel pour la fourniture de prestations de soins en EMS à l'unité d'imputation des soins LAMal dépend toutefois fortement des analyses du temps de travail et des activités ainsi que des clés de répartition appliquées par chaque établissement et n'est donc pas uniforme. La répartition des charges directes de personnel entre les différentes activités et personnes dépendantes de soins n'est pas saisie chaque jour.¹⁹ Les analyses des activités et du temps de travail ne se font, s'il y en a, que périodiquement, ou la répartition du temps de travail en fonction des activités est effectuée sur la base de clés imposées ou spécifiques à l'établissement. La délimitation des charges directes de personnel pour les prestations de soins selon la LAMal présente globalement un niveau de précision varié et est subordonnée aux prescriptions et au contrôle des cantons ou com-

¹⁸ Par ailleurs, il y a aujourd'hui encore des EMS qui ne tiennent pas de comptabilité analytique ou uniquement une comptabilité marginale, notamment des petites institutions privées d'intérêt public (cf. Polynomics / HSLU 2020 : 39 s). Une évaluation de la mise en œuvre de l'OCP réalisée en 2008 (Rey et al. 2008) a déjà révélé que des EMS appliquent différemment les dispositions de l'OCP et que le classement des prestations n'est pas uniforme.

¹⁹ Dans les services de soins de longue durée des hôpitaux, les charges de personnel peuvent être classées au jour près au niveau des patients si un système de gestion du temps correspondant est appliqué (cf. Polynomics / HSLU 2020 : 23)

munes qui assument le financement résiduel. La répartition du temps consacré aux prestations structurelles n'est pas non plus uniforme et n'a pas le même degré de précision. La délimitation des coûts pour les prestations indirectes nécessaires ainsi que des coûts d'exploitation et d'infrastructure est fixée par des facteurs clés à plusieurs niveaux (cf. Polynomics / HSLU 2020 : 22 ss).²⁰

Les EMS qui ne pratiquent pas la saisie du temps disposent d'une marge de manœuvre dans la répartition des coûts des soins et de l'assistance, qu'ils peuvent exploiter pour influencer sur leur financement (Felder / Straumann 2019 : 25). À l'inverse, des dispositions et directives cantonales concernant les coûts imputables des prestations de soins, les contributions supplémentaires et la prise en compte des immobilisations et des clés de répartition et d'allocation ont un grand impact sur la conception de la comptabilité analytique d'exploitation. Il s'ensuit que les comptabilités analytiques ne sont pas entièrement comparables entre cantons (cf. Polynomics / HSLU 2020 : 37).

3.1.4 Mesures pour créer la transparence en matière de coûts

D'après Polynomics / HSLU (2020), la clé pour établir la transparence des coûts réside dans une amélioration de la qualité des données et des procédures de calcul des coûts et de classement des prestations. Les mesures immédiatement nécessaires pour établir la transparence des coûts seraient donc (cf. Polynomics / HSLU 2020, notamment 71 s.) :

- dans le domaine des soins ambulatoires, édicter des dispositions sur le calcul uniforme des coûts et le classement des prestations ;
- réexaminer et adapter, le cas échéant, les modèles de comptabilité analytique existants pour pouvoir garantir un meilleur niveau de détail des données et définir des clés de répartition et d'allocation validées ;²¹
- établir une vue d'ensemble des dispositions et directives cantonales (et si nécessaire communales) ayant des répercussions sur la présentation des comptes pour pouvoir identifier les meilleures dispositions possibles et disposer d'une base pour une saisie uniforme des contributions cantonales et communales (notamment au financement résiduel) et une éventuelle harmonisation supplémentaire ;
- mettre en place un système de références (*benchmark*) à l'échelle supracantonale, notamment pour pouvoir représenter l'actuel financement résiduel de manière fiable et comparable et identifier les différences de coûts justifiées entre fournisseurs de prestations, dans le but de pouvoir procéder à des comparaisons pertinentes entre les établissements ; et
- encourager le recours à des indicateurs comme instruments de gestion pour augmenter la qualité des données et améliorer l'efficacité en termes de coûts tout en contribuant au développement de la qualité.

D'après Polynomics / HSLU (2020 : 72), la période de mise en œuvre de ces mesures impératives varie entre quatre et cinq ans à compter de la décision d'une réglementation correspondante. Dans plusieurs domaines, il y a déjà des points de départ importants qui permettraient de lier des initiatives et des forces. La période de mise en œuvre dépend fortement des exigences posées aux fournisseurs de prestations et aux indicateurs de la transparence des coûts, de la coordination et du degré de coopération des acteurs, de la nature et de l'étendue du financement des étapes nécessaires.

Des mesures contraignantes telles qu'un développement des systèmes d'indicateurs et la prise en compte d'indicateurs de qualité et des différences dans les structures de prise en charge pourraient

²⁰ En font partie la structure et la qualité de la saisie des données primaires, l'intégration des données dans la comptabilité analytique, le niveau de détail du modèle de comptabilité analytique appliqué et l'utilisation de clés de répartition prescrites en externe ou la détermination et la validation de clés de répartition et d'allocation spécifiques à l'établissement.

²¹ Si possible en tenant compte de la zone de tension entre l'exigence de clés de répartition vérifiées et « harmonisées » et la situation individuelle de chaque établissement.

être appliquées plus tard, après une éventuelle intégration des prestations de soins dans un financement uniforme. Il faudrait plutôt compter dix ans à partir de la décision d'une réglementation correspondante, surtout au regard de la dimension qualitative (cf. Polynomics / HSLU 2020 : 72).

3.2 Parts de financement en cas de financement uniforme des soins

3.2.1 Décisions normatives pour fixer les parts de financement

Si l'on se fonde sur la prémisse selon laquelle les parts de financement, lors de l'introduction d'un financement uniforme, doivent être fixées de telle sorte que le passage au nouveau système ne change pas globalement les coûts (neutralité des coûts) pour les responsables du financement des prestations de soins selon la LAMal, cela présuppose de connaître les parts de financement dans les coûts des soins actuels ou de pouvoir les estimer de manière fiable.

Comme déjà évoqué, les parts de financement sont au centre des considérations du point de vue du régime de financement (AOS, cantons/communes et ménages privés), car il s'agit dans le cas présent de définir dans la loi la répartition du financement entre l'AOS et les cantons ou d'adapter les contributions de l'AOS. Les contributions des ménages privés sont en partie aussi prises en charge par les cantons et les communes de même que par la Confédération, par exemple par le biais des réductions de primes, des prestations complémentaires, de l'allocation pour impotent et de l'aide sociale. Une telle considération par sources de financement n'a pas la priorité dans ce cadre. À noter toutefois que des modifications dans le régime de financement « ménages privés », notamment une suppression de la participation des patients, ont aussi des répercussions sur le montant de la source de financement « prestations complémentaires » (par exemple) et, partant, sur le montant des prestations des pouvoirs publics financées en fin de compte par l'impôt. Le terme de « neutralité des coûts » se réfère donc ici à l'examen en fonction du régime de financement.

Dans le calcul des parts de financement pour un financement uniforme sans les prestations de soins, les différences dans les structures de prise en charge et de coûts (p. ex. montant cantonal du prix de base (*baserate*), financement de l'infrastructure) n'ont conceptuellement pas été prises en compte. Dans le domaine des soins, les données disponibles sur les structures de coûts montrent aussi des différences de coûts considérables dans le secteur ambulatoire et en EMS (cf. Polynomics / HSLU 2020 et, pour les EMS, OFSP 2020). À l'inverse, des indicateurs relatifs aux structures de prestations signalent des différences de prise en charge dans les cantons et les régions. Celles-ci entraînent des coûts totaux plus élevés et donc des coûts plus élevés dans le financement résiduel par unité de prestation facturée (heures et minutes de soins) : soins psychiatriques dispensés par les services d'aide et de soins à domicile, soins palliatifs, services de nuit, service de soins des plaies en ambulatoire, recours à des infirmières de pratique avancée (IPA) dans le domaine de l'aide et des soins à domicile ou des maisons de soins palliatifs et dans les services de soins de longue durée des hôpitaux par rapport aux autres fournisseurs de prestations de la statistique des institutions médico-sociales (SOMED) de l'Office fédéral de la statistique (OFS).

Dans ce contexte, il est nécessaire de prendre une décision normative sur la mesure dans laquelle la situation réelle, avec les contributions actuelles au financement résiduel ou les coûts des prestations de soins reconnus à l'échelle cantonale ou communale, est admise comme une référence de manière analogue au financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires sans les soins. À noter qu'au vu des marges de manœuvre admises par la loi dans la conception du financement résiduel, le pilotage et la planification des soins, c'est un défi pratiquement insoluble, d'après Polynomics / HSLU (2020), de faire ressortir une référence cible idéale et justifiée en théorie à partir des données

disponibles. La priorité serait ainsi donnée à une approche pragmatique dans laquelle la part de financement minimale obligatoire pour tous les cantons serait définie sur la base des structures de prise en charge, de coûts et de financement variant d'un canton à l'autre, par analogie à la procédure appliquée dans le cadre des prestations ambulatoires et stationnaires.

Comme dans les autres domaines de prestations, la part de financement à définir variera par ailleurs selon que la participation des pouvoirs publics s'aligne sur les coûts bruts ou nets de l'AOS. Il faudrait en outre définir si les parts de financement d'une seule année ou les parts de financement moyennes sur plusieurs années sont pertinentes pour la détermination des parts. La répartition du financement proposée par la CSSS-CN pour les prestations ambulatoires et stationnaires s'est fondée sur les quatre dernières années pour lesquelles des données étaient disponibles.²²

3.2.2 Lacunes pour le calcul des parts de financement

Alors que les contributions de l'AOS et le montant maximal de la participation des patients sont fixés dans l'OPAS respectivement dans la LAMal et que leur volume est suffisamment connu, le montant du financement résiduel versé par les cantons (et les communes) ne peut être déterminé précisément pour deux raisons : d'une part, une partie des fournisseurs de prestations n'attribue pas clairement, dans la comptabilité analytique, le financement résiduel respectivement les contributions de couverture des pouvoirs publics à l'unité d'imputation des revenus provenant des prestations de soins selon la LAMal.²³ D'autre part, les nombreuses sortes de contributions cantonales complémentaires ou à la couverture de déficit et les différentes prescriptions cantonales ont pour conséquence que les données de comptabilité analytique ne sont pas saisies uniformément dans la statistique SOMED de l'OFS et la statistique des services d'aide et de soins à domicile et ne peuvent pas être délimitées de manière à permettre de définir précisément la part des contributions pour les prestations de soins selon la LAMal. C'est pourquoi les parts de financement des agents-payeurs des prestations de soins selon la LAMal (AOS, cantons/communes et assurés) ne peuvent être calculées qu'approximativement à l'heure actuelle (cf. Polynomics / HSLU 2020 : 47).

Pour pouvoir déduire les parts de financement des statistiques des fournisseurs de prestations directement et de manière fiable des statistiques pertinentes de l'OFS, il faudrait en premier lieu, d'après Polynomics / HSLU (2020 : 49), une saisie uniforme et clairement définie du financement résiduel des prestations de soins dans les types de revenus des soins et leur affectation aux unités d'imputation des soins, en deuxième lieu une harmonisation et une amélioration des comptabilités analytiques des fournisseurs de prestations tout en mettant en place des structures de références (*benchmark*) pertinentes et, en troisième lieu, une amélioration de la qualité des données et une validation des données qui sont intégrées dans la SOMED et la statistique des services d'aide et de soins à domicile.

3.2.3 Variantes pour définir les parts de financement

Dans ce contexte, il existe principalement deux variantes pour définir les parts de financement. Les exigences relatives à l'exactitude de l'estimation des parts de financement et la durée à disposition déterminent quelle variante est plus appropriée.

Dans la première variante, les parts de financement sont évaluées sommairement à l'aide des données disponibles aujourd'hui. Le calcul *ex ante* des parts de financement proportionnelles des trois régimes de financement (assureurs-maladie, participation des patients et pouvoirs publics) pourrait, si

²² Dans le projet de la CSSS-CN, les contributions des cantons des années 2012 à 2015 pour les prestations hospitalières stationnaires étaient déterminantes pour le calcul des parts de financement (CSSS-CN 2019 : 3513).

²³ Les données de comptabilité analytique des fournisseurs de prestations sont saisies dans la statistique SOMED de l'OFS (pour les EMS) et dans la statistique de l'aide et des soins à domicile.

tel est le souhait, être réajusté avec les données financières réelles à la fin de la phase transitoire de l'introduction du financement uniforme. Une évaluation approximative des parts de financement et un réajustement devraient prendre à peu près une année chacun.

Dans la seconde variante, les parts de financement ne sont définies qu'une fois que la transparence des coûts a atteint un certain niveau. Les étapes de travail impérativement nécessaires dans cette variante sont, premièrement, la mise en place d'un système de références (*benchmark*) à l'échelle su-pracantonale afin de pouvoir identifier les différences dans les coûts reconnus et les recettes provenant des trois régimes de financement (AOS, cantons/communes et participation des patients) des prestations de soins selon la LAMal. Deuxièmement, il faudrait une vue d'ensemble des obligations de rendre des comptes des fournisseurs de prestations, afin de disposer d'une base pour une harmonisation des comptabilités analytiques. La période de mise en œuvre de cette variante correspond à la durée prévue pour les mesures immédiatement nécessaires dans le but de concrétiser la transparence des coûts, soit quatre à cinq ans (à compter de la décision d'une réglementation correspondante).

3.2.4 Estimations actuelles des parts de financement

Sur mandat de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), le bureau de conseil Infrac a procédé à une estimation de la part de financement des cantons et de leurs communes pour la première variante (Infrac 2019). Comme cette part de financement ne peut pas être déduite directement des statistiques actuelles des fournisseurs de prestations, ainsi que le rapport l'a montré ci-dessus, Infrac a effectué un relevé direct auprès des cantons et plausibilisé les chiffres – en partie selon un processus itératif – avant de les intégrer à des extrapolations et des estimations. D'après Polynomics / HSLU (2020), Infrac (2019) a exploité l'éventail actuel des possibilités et délimité, de manière fiable et pragmatique, les parts de financement actuelles des cantons, en les validant avec les dernières statistiques et des relevés supplémentaires. Dans certains cantons, la situation actuelle des données permettrait par ailleurs de vérifier la possibilité de solliciter des plateformes de références (*benchmark*) à l'échelle régionale ou cantonale (comme Benchmark Zentralschweiz ou les collectes de données des associations cantonales d'aide et de soins à domicile et de Curaviva) pour plausibiliser les données cantonales issues du relevé direct et les compléter, ou pour déduire les valeurs spécifiques aux établissements ou les valeurs moyennes cantonales des contributions au financement résiduel, dans la perspective d'une extrapolation au niveau des revenus.

En raison également de la disponibilité des données, l'étude d'Infrac (2019) ne prend toutefois en considération aucune question normative visant à établir dans quelle mesure les contributions actuelles des cantons constituent un financement résiduel généreux ou restrictif (cf. Felder / Straumann 2019), ni l'ampleur du subventionnement croisé des prestations de soins selon la LAMal qui est opéré dans certains établissements ou cantons par le biais des prestations d'assistance, d'hôtellerie ou d'aide au ménage. La non-indication d'un financement croisé des prestations de soins selon la LAMal par le biais des revenus pour les prestations d'assistance, d'hôtellerie ou d'aide au ménage a pour conséquence que les coûts et le financement résiduel nécessaires des prestations de soins selon la LAMal sont sous-estimés. La part de financement du canton serait ainsi trop basse. L'étude ne peut pas non plus isoler les coûts et les parts de financement pour les prestations d'intérêt général (formation, conseil complémentaire et coordination) ni fournir d'estimations concernant l'influence des subventions actuelles aux investissements, la cession avantageuse de terres ou de bâtiments ou d'autres dépenses supplémentaires. La possibilité de répondre à ces questions est fortement liée à la condition préalable de disposer de modèles de financement uniformes, à une plus forte harmonisation et à la validation des comptabilités analytiques d'exploitation, à la mise en place de plateformes de références (*benchmark*) et, enfin, à une meilleure qualité des données dans les statistiques des fournisseurs de prestations (voir ci-dessus « Lacunes pour le calcul des parts de financement »).

Dans un premier temps, Infras (2019) a estimé le montant des coûts totaux actuels des soins LAMal (dépenses de l'AOS, plus participation des patients, plus financement résiduel par les cantons et les communes, plus d'autres contributions indirectes des cantons). Les coûts totaux des soins LAMal se sont élevés en 2016 à un montant entre 5,5 et 5,7 milliards de francs. Les cantons et les communes en ont supporté 2,2 à 2,5 milliards, l'AOS 2,8 milliards (cf. Infras 2019 : 57). L'estimation semble en principe plausible, à la réserve près que les contributions des cantons et des communes ne sont pas toujours présentées correctement dans les statistiques publiques, en particulier parce que la délimitation entre les prestations LAMal et non-LAMal n'est pas toujours exacte.

Dans l'ensemble, l'étude d'Infras (2019) estime la part de financement des cantons pour les prestations de soins selon la LAMal entre 38 et 40 %, celle de l'AOS entre 48 et 50 %. La participation des patients représente 11 à 12 %. En ajoutant la part de financement cantonale, prévue à l'époque par la CSSS-CN, de 22,6 % des coûts bruts pour les prestations ambulatoires et stationnaires (sans les prestations de soins selon la LAMal), il en résulte une part de financement cantonale de 25,5 % pour toutes les prestations selon la LAMal (soins inclus), pour autant que la participation des patients pour les prestations de soins soit maintenue.²⁴ Si la répartition du financement était définie en pourcentage des coûts nets, comme le Conseil national l'a décidé, le pourcentage à définir pour une introduction neutre au niveau des coûts serait un peu plus élevé.

3.2.5 Estimations concernant les conséquences des scénarios de financement

Conséquences des différents scénarios sur le plan qualitatif

La charge financière future attendue pour les cantons et l'AOS se différencie selon le scénario choisi par le législateur :

1. Premièrement, le système actuel de financement différencié des prestations ambulatoires et stationnaires ainsi que le système de contributions (inchangées) de l'AOS combiné à la responsabilité des cantons en matière de financement résiduel pour les prestations de soins pourrait être maintenu (statu quo).
2. Deuxièmement, les prestations ambulatoires et stationnaires pourraient être financées uniformément tout en maintenant les contributions (inchangées) de l'AOS pour les prestations de soins.
3. Troisièmement, toutes les prestations selon la LAMal pourraient être financées uniformément.
4. Quatrièmement, seules les prestations ambulatoires et stationnaires pourraient être financées uniformément, alors que les contributions de l'AOS pour les prestations de soins seraient régulièrement et entièrement adaptées à l'évolution des coûts.
5. Cinquièmement, les contributions de l'AOS pourraient être régulièrement adaptées à l'évolution des coûts tout en maintenant le financement différencié actuel des prestations ambulatoires et stationnaires.

Si le statu quo (scénario 1) devait se poursuivre, l'AOS serait davantage chargée par le transfert en cours du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire, tandis que les cantons pourraient se décharger proportionnellement dans ce domaine. Inversement, la charge de l'AOS augmenterait également dans le domaine des prestations de soins, mais dans une moindre mesure que celle des cantons. Si le financement actuel des soins devait être maintenu sans adaptation des contributions de l'AOS, les cantons supporteraient seuls les augmentations de prix dans le domaine des prestations de

²⁴ Si la participation des patients est prise en charge par l'AOS, les cantons et les communes, la part de financement cantonale s'élève au maximum à 26,8 %.

soins, puisque l'AOS ne participe qu'aux augmentations de volume. L'AOS serait ainsi soulagée d'une partie de la charge dans ce domaine.

Si l'on parvient à un financement uniforme des seules prestations ambulatoires et stationnaires (scénario 2), c'est-à-dire en excluant les prestations de soins pour lesquelles les contributions actuelles de l'AOS resteraient inchangées, alors que les cantons assument le financement résiduel, on peut s'attendre à une augmentation moins forte des coûts de l'AOS par rapport au statu quo, tandis que les cantons seraient plus sollicités. Le transfert des prestations stationnaires aux prestations ambulatoires n'aurait alors aucune influence sur la part de financement des cantons et de l'AOS, car les prestations ambulatoires et stationnaires seraient financées de manière uniforme. En revanche, les cantons continueraient à assumer une part croissante des coûts des prestations de soins en raison de leur responsabilité pour le financement résiduel des prestations de soins, puisque l'AOS, avec des contributions constantes, supporte largement l'augmentation des volumes mais pas les éventuelles augmentations de prix. En considérant uniquement l'AOS, cette deuxième option serait donc la plus avantageuse, alors qu'elle serait la plus désavantageuse pour les cantons. Toutefois, cela ne s'applique que si les contributions de l'AOS ne sont durablement pas adaptées par le Conseil fédéral.

Avec un financement uniforme de toutes les prestations selon la LAMal (scénario 3) ou un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires combiné à une adaptation régulière et complète à l'évolution des coûts des contributions de l'AOS pour les prestations de soins (scénario 4), la part de financement des cantons et de l'AOS serait stabilisée non seulement dans le domaine des prestations ambulatoires et stationnaires, mais aussi pour l'ensemble des prestations. Les scénarios 3 et 4 sont pratiquement identiques en ce qui concerne les conséquences financières directes pour les cantons et l'AOS. Cependant, les avantages espérés d'un financement uniforme de toutes les prestations ne s'appliquent pas dans le scénario 4, alors qu'ils sont pleinement réalisés dans le scénario 3.

Ainsi, non seulement l'augmentation du volume des prestations de soins mais aussi les hausses de prix seraient supportées par l'AOS. En termes de prestations de soins uniquement, l'augmentation des coûts de l'AOS serait donc un peu plus élevée que dans le statu quo. La situation n'est pas la même si on considère toutes les prestations selon la LAMal. D'une part, les projections de l'AFF (voir à ce sujet Conseil fédéral 2016) suggèrent que, compte tenu du vieillissement de la population, les coûts des prestations de soins augmenteront ces prochaines années à un rythme supérieur à la moyenne en pourcentage par rapport aux autres prestations de la LAMal. D'autre part, grâce à un financement uniforme de toutes les prestations, l'AOS n'aurait plus à supporter seule le transfert des prestations stationnaires vers les prestations ambulatoires. Si le statu quo (scénario 1) devait être maintenu, la charge supplémentaire absolue pour l'AOS due au transfert des prestations stationnaires vers le domaine ambulatoire, qui est plus importante en termes de volume, serait donc vraisemblablement plus importante que la charge supplémentaire pour l'AOS due au financement uniforme des prestations de soins. Par rapport au système actuel, l'AOS serait vraisemblablement légèrement déchargée par un financement uniforme, même si les prestations de soins étaient incluses (voir Infras 2019).

Une adaptation régulière et complète des contributions de l'AOS pour les prestations de soins à l'évolution des coûts, combinée à un maintien du financement actuel différencié des prestations ambulatoires et stationnaires (scénario 5), stabiliserait les parts de financement des prestations de soins, tandis que l'AOS serait davantage sollicitée par le transfert en cours des prestations stationnaires aux prestations ambulatoires et que les cantons seraient déchargés.

Estimation quantitative des conséquences des différents scénarios

Sur la base des coûts estimés des soins selon la LAMal pour l'année 2016 et sur mandat de la CDS, Infras (2019 : 51 ss) a élaboré plusieurs scénarios concernant l'évolution des coûts pour l'AOS et les cantons jusqu'en 2030 si un financement uniforme était entré en vigueur en 2016. En cas d'entrée en

vigueur plus tardive, par exemple en 2025, les messages principaux de l'étude sur les conséquences en termes de coûts des différents scénarios ne changeraient pas, mais une évolution analogue au statu quo (scénario 1) serait attendue jusqu'à l'entrée en vigueur du financement uniforme.

Pour l'évolution des coûts dans les trois domaines de prestations concernés, Infras (2019) part de l'hypothèse qu'un taux de croissance annuel des coûts compris entre 2,9 et 3,2 % peut être attendu dans le domaine des prestations ambulatoires d'ici 2030, et adopte donc les projections de l'AFF sans les modifier. Dans le domaine des prestations stationnaires, Infras (2019) attend une croissance annuelle des coûts de 1,0 à 1,5 %, tandis que l'AFF suppose une croissance annuelle de 3,1 à 4,5 %.

Étant donné que depuis les projections de l'AFF de 2012, la croissance des coûts dans le domaine stationnaire (hors soins) a ralenti et que le transfert du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire s'est intensifié, Infras (2019) a toutefois revu à la baisse le taux de croissance du secteur stationnaire par rapport aux projections de l'AFF. La croissance effective des coûts dans le secteur stationnaire hospitalier était même déjà inférieure aux hypothèses d'Infras (2019) de 2014 à 2018, avec un peu moins de 1,0 % par an.²⁵ Toutefois, il faut garder à l'esprit que la période sur laquelle se basent les projections d'Infras est très courte et que des effets transitoires consécutifs à l'introduction du nouveau système de financement des hôpitaux en 2012 peuvent encore avoir une influence sur la croissance effective des coûts. Cependant, les facteurs structurels ayant un impact à long terme sur les dépenses, tels que la démographie, les revenus et le progrès médico-technique, risquent d'être masqués pendant cette courte période.

Dans le domaine des prestations de soins, Infras (2019) attend une croissance annuelle des coûts de 2,8 à 4,5%, alors que les projections de l'AFF supposent une croissance annuelle de 4,5 à 5,5%. Selon Infras (2019), les chiffres de l'AFF sont un peu trop hauts car ils comprennent non pas que les prestations de soins mais aussi les prestations d'assistance et car les projections de l'AFF supposent partiellement une absence complète d'augmentations de la productivité.

Les estimations d'Infras (2019) ne semblent pas invraisemblables, mais doivent être interprétées avec prudence en raison d'incertitudes dans les projections de coûts, notamment en ce qui concerne l'ampleur des changements attendus. Le tableau suivant montre les conséquences en matière de coûts des scénarios de financement, basées sur les hypothèses d'Infras (2019).

²⁵ Calcul de l'OFSP sur la base de la statistique Coûts et financement du système de santé selon les prestations (soins curatifs hospitaliers) 2018 de l'OFS.

Tableau 1 : Estimation de l'évolution des dépenses pour les prestations de la LAMal par an, 2016-2030

Variante	Cantons/communes	AOS
Statu quo (scénario 1)	+ 3,3 mrd. CHF (+ 34%)	+12,7 mrd. CHF (+ 45%)
Financement uniforme sans les prestations de soins (scénario 2)	+ 4,7 mrd. CHF (+ 49%)	+11,3 mrd. CHF (+ 40%)
Financement uniforme avec les prestations de soins (scénario 3) respectivement financement uniforme sans les prestations de soins combiné à une adaptation régulière et complète des contributions de l'AOS pour les soins à l'évolution des coûts (scénario 4)	+ 4,1 mrd. CHF (+ 42%)	+11,9 mrd. CHF (+ 42%)
Statu quo du financement ambulatoire/stationnaire combiné à une adaptation régulière et complète des contributions de l'AOS pour les soins à l'évolution des coûts (scénario 5)	+ 2,9 mrd. CHF (+ 30%)	+13,1 mrd. CHF (+ 46%)

Représentation de l'OFSP sur la base de Infrac (2019), complété par des calculs de l'OFSP pour le scénario 5, sur la base des hypothèses d'Infrac (2019).

En raison des différentes dynamiques d'évolution des coûts dans les domaines des soins, des prestations ambulatoires et stationnaires, les conséquences financières pour les cantons et les communes sont les plus faibles en cas de statu quo combiné à une adaptation régulière des contributions de l'AOS aux soins (scénario 5) (augmentation des coûts de + 2,9 milliards de francs ou + 30 %). Dans le cas du statu quo (scénario 1) également, l'augmentation des coûts pour les cantons et les communes serait relativement faible (+ 3,3 milliards de francs ou + 34%). En revanche, elle serait la plus élevée en cas de financement uniforme sans les prestations de soins selon la LAMal (scénario 2) (+ 4,7 milliards de francs ou + 49 %). En cas d'intégration des prestations de soins selon la LAMal dans un financement uniforme (scénario 3), ou en cas de financement uniforme sans les prestations de soins combiné à une adaptation régulière et complète des contributions de l'AOS pour les soins à l'évolution des coûts (scénario 4), l'augmentation des coûts estimée à la charge des pouvoirs publics se situe entre les deux (+ 4,1 milliards de francs ou + 42 %).

À l'inverse, l'évolution des coûts pour l'AOS serait la plus faible en cas de financement uniforme sans les prestations de soins selon la LAMal (scénario 2) (+ 11,3 milliards de francs ou + 40 % contre + 12,7 milliards de francs ou + 45 % dans le scénario du statu quo [scénario 1]). En cas d'intégration des prestations de soins selon la LAMal dans un financement uniforme ou en cas de financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires combiné à une adaptation des contributions aux soins de l'AOS (scénarios 3 et 4), la charge augmenterait de 42 % (+ 11,9 milliards de francs), comme pour les cantons et les communes. En cas de maintien du statu quo dans les domaines ambulatoire et stationnaire, combiné à une adaptation régulière des contributions aux soins de l'AOS à l'évolution des coûts, l'augmentation des coûts pour l'AOS serait la plus forte (+ 13,1 milliards de francs ou + 46 %).

Analyse de sensibilité

Une analyse de sensibilité des résultats d'Infras (2019) effectuée par l'OFSP montre qu'avec une croissance légèrement plus forte dans le secteur hospitalier stationnaire (de + 2,46 % par an au lieu de + 1,25 % par an comme le suppose Infras (2019)) ou dans les prestations de soins selon la LAMal (de + 4,77 % par an au lieu de + 3,68 % par an comme le suppose Infras (2019)), la charge pour l'AOS pourrait être identique ou supérieure avec un financement uniforme incluant les soins (scénario 3) que si le statu quo devait se poursuivre (scénario 1).

Les projections de l'AFF sont légèrement supérieures à la fourchette dans laquelle un financement uniforme de toutes les prestations selon la LAMal serait avantageux pour l'AOS par rapport au statu quo, en particulier pour l'évolution des coûts dans le secteur hospitalier stationnaire. Toutefois, comme mentionné ci-dessus, les projections de l'AFF ne tiennent pas compte du transfert attendu du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire. La croissance des coûts dans le secteur hospitalier stationnaire dans les années 2014 à 2018 était déjà inférieure aux hypothèses d'Infras (2019) et donc également bien en dessous du seuil à partir duquel un financement uniforme des soins serait plus coûteux pour l'AOS que le statu quo.

Globalement, la conclusion d'Infras (2019) selon laquelle un financement uniforme, même incluant les soins (scénario 3), serait financièrement plus avantageux pour l'AOS que le statu quo (scénario 1) ne semble pas invraisemblable, d'autant plus si l'on tient compte d'un certain potentiel d'économies découlant d'un financement uniforme.

Conséquences financières pour la Confédération

Dans l'hypothèse où le niveau de participation des patients aux prestations de soins (cf. chiffre 3.3) n'est pas affecté par un financement uniforme (correspond à la procédure du chiffre 3.3.1), c'est-à-dire que les contributions à l'AOS et donc aussi la participation des patients ne sont pas augmentées par le Conseil fédéral (scénarios 1 et 2) ou, dans le cas d'un financement uniforme des prestations de soins, qu'un montant inchangé de francs suisses par personne et par jour est fixé comme participation des patients (scénario 3), les scénarios 1 à 3 n'ont pas d'effets sur les prestations complémentaires. Il n'y aurait que des transferts entre la charge de l'AOS et celle des cantons et des communes (cofinancement des prestations stationnaires et financement résiduel des prestations de soins). Dans les scénarios 4 et 5, où les contributions aux soins de l'AOS sont régulièrement adaptées à l'évolution des coûts, sans adaptation de la réglementation légale (au maximum 20 % de la contribution la plus élevée fixée par le Conseil fédéral), la participation des patients aux prestations de soins augmenterait toutefois proportionnellement aux coûts de l'AOS pour les prestations de soins, de sorte que dans les scénarios 4 et 5, on s'attendrait également à une charge croissante de la Confédération et des cantons provenant des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI.

Comme la Confédération paie des réductions de primes pour l'AOS à hauteur de 7,5 % des coûts bruts de l'AOS (art. 66, al. 2, LAMal), elle serait toutefois affectée par des modifications de la charge de l'AOS. Si, par exemple, les coûts annuels à la charge l'AOS jusqu'en 2030 n'augmentaient que de 11,9 milliards de francs par rapport à 2016 avec un financement uniforme de toutes les prestations selon la LAMal (scénario 3) au lieu de 12,7 milliards de francs si le statu quo devait se poursuivre (scénario 1), la Confédération devrait payer 7,5 % de la différence de coûts estimée à 800 millions de francs, soit environ 60 millions de francs, de moins en réductions de primes en 2030 par rapport au cas où le statu quo se poursuivrait. L'impact financier sur la Confédération serait le plus élevé dans le scénario 5 (statu quo ambulatoire/stationnaire combiné avec une adaptation régulière et complète des contributions de l'AOS aux prestations de soins). Dans ce cas, la différence de coûts estimée à la charge de l'AOS en 2030 par rapport au statu quo (scénario 1) s'élèverait à 400 millions de francs, ce

qui entraînerait des dépenses supplémentaires pour la Confédération dans le domaine de la réduction des primes individuelles d'environ 30 millions de francs.

La réduction des primes par les cantons est moins strictement liée au niveau des coûts bruts de l'AOS. Néanmoins, il est possible que les charges supplémentaires de l'AOS dans le cadre de la réduction des primes soient finalement partiellement supportées par les cantons, et inversement, que les cantons compensent l'allègement de l'AOS en réduisant les réductions de primes.

3.3 Participation des patients

Dans le financement des soins en vigueur, les personnes dépendant de soins doivent participer aux coûts des prestations de soins selon la LAMal à hauteur de 20 % au plus de la contribution maximale aux soins de l'AOS, fixée par le Conseil fédéral. Cette participation des patients spécifique aux prestations de soins s'ajoute à la participation ordinaire aux coûts (quote-part et franchise) qui est prélevée sur toutes les prestations selon la LAMal, et donc aussi sur les prestations de soins.

Une prise en charge de la participation des patients par le canton et l'AOS déchargerait les personnes nécessitant des soins, mais pèserait davantage sur le collectif d'assurés. Pour pouvoir garantir, du point de vue des agents-payeurs (AOS, cantons/communes, assurés), un passage dans un financement uniforme qui reste neutre au niveau des coûts, il faudrait par conséquent prévoir, même en cas de financement uniforme des prestations de soins selon la LAMal, que les personnes dépendant de soins participent aux coûts de ceux-ci.

Dans ce cadre, il est nécessaire de décider si les patients devront, comme aujourd'hui, verser une participation spécifique aux prestations de soins, en plus de la participation ordinaire aux coûts (et les cantons pourront encore subventionner la participation des patients) ou si la participation aux soins doit être intégrée à la participation ordinaire aux coûts.

3.3.1 Participation des patients en plus de la participation ordinaire aux coûts

La première possibilité consisterait à ne pas changer le montant et la structure de la participation des patients, mais il faudrait par exemple définir dans la loi un montant fixe en francs pour la participation maximale des patients par jour, ou déléguer cette compétence au Conseil fédéral. Il serait également envisageable que le montant maximal ne soit plus fixé par jour, mais par mois civil ou de soins. Tous les patients verseraient ainsi la même contribution pour le même volume de prestations, que la prestation soit fournie en une fois ou avec une interruption. Une facturation périodique permettrait d'éviter que des prestations de soins nécessaires sur le plan médical ne soient pas sollicitées en raison de la participation des patients. Dans une sous-variante, il serait possible de laisser les cantons, comme pour la réduction individuelle des primes, libres de prendre en charge tout ou partie de la participation des patients.

3.3.2 Intégration de la participation des patients dans la participation ordinaire aux coûts

La seconde possibilité, une intégration de la participation des patients dans la participation ordinaire aux coûts, conduirait à un financement uniforme de toutes les prestations, du point de vue des assurés également, mais renforcerait aussi la redistribution existante des jeunes vers les assurés plus âgés. Les prestations de soins sollicitées principalement par les assurés plus âgés seraient un peu moins chères pour eux du fait de la suppression de la participation supplémentaire spécifique aux prestations de soins, alors que la participation aux coûts serait un peu augmentée pour toutes les autres prestations qui sont aussi requises par les plus jeunes.

Si la participation supplémentaire spécifique aux prestations de soins était modifiée par rapport à l'état actuel ou abandonnée, cela aurait aussi des répercussions financières sur les prestations complémentaires, l'allocation pour impotent et l'aide sociale.

3.4 Tarification en cas de financement uniforme des soins

Pour pouvoir intégrer les prestations de soins selon la LAMal dans un financement uniforme, il est nécessaire de remplacer les règles du financement résiduel des prestations de soins, qui diffèrent d'un canton à l'autre, par une procédure uniforme à l'échelle nationale pour créer des tarifs servant de base au calcul de la rémunération. La détermination du tarif est en principe l'affaire des partenaires tarifaires et le cas échéant des cantons. Il incomberait dès lors à ces acteurs, dans le cadre des possibilités qu'offre la LAMal, de trouver un tarif approprié et de s'entendre sur une démarche efficace. Le Conseil fédéral aurait la tâche d'examiner et d'approuver une convention tarifaire qui s'appliquerait à l'échelle nationale et sur laquelle les partenaires tarifaires se seraient entendus. Mais les partenaires tarifaires et le cas échéant les cantons seront influencés dans leur action par les conditions légales, en particulier sur trois points : premièrement par les types de tarifs admis ou prescrits dans la loi, deuxièmement par les délais à disposition jusqu'à l'adaptation du financement et troisièmement par une organisation tarifaire nationale imposée le cas échéant. Un autre point, à savoir décider quels fournisseurs de prestations seront admis à facturer à la charge de l'AOS, par qui et selon quels critères, et si l'attribution de mandats de prestations à certains fournisseurs de prestations pour les prestations d'intérêt général doit être réglée d'une quelconque manière, a également des rapports avec la tarification, et notamment avec la définition de références (*benchmark*) pour une fourniture efficace des prestations (Polynomics / HSLU 2020), mais la question de l'admission des fournisseurs de prestations et des prestations d'intérêt général peut aussi être considérée, de l'avis du Conseil fédéral, indépendamment d'un éventuel financement uniforme des prestations de soins et ne doit pas être impérativement adaptée à un tel financement.

3.4.1 Prescription ou exclusion de certains types de tarifs

La LAMal prévoit que les tarifs sont convenus dans des contrats entre assureurs et fournisseurs de prestations. Un tarif peut se fonder sur le temps consacré à la prestation (tarif au temps consacré), attribuer des points à chacune des prestations et fixer la valeur du point (tarif à la prestation) ou prévoir une rémunération forfaitaire (tarif forfaitaire). Mais dans la loi, certains types de tarifs peuvent être prescrits ou exclus pour certaines prestations. Des tarifs forfaitaires sont par exemple prescrits pour les conventions tarifaires avec les hôpitaux.

Selon leur conception, les tarifs peuvent déployer différents effets incitatifs. Il est notamment nécessaire de rechercher un équilibre entre les incitations à une fourniture efficace des prestations (en particulier pour les tarifs forfaitaires) et les incitations à donner des soins adaptés aux patients (p. ex. au moyen d'une structure tarifaire suffisamment différenciée). Dans l'idéal, leur conception est définie sur la base de la structure des coûts. Plus les coûts s'écartent statistiquement (p. ex. sur plusieurs patients ou prestations), plus une rémunération différenciée est judicieuse. Moins ils s'écartent, c'est-à-dire plus les coûts sont homogènes au sein d'un groupe, plus des rémunérations forfaitaires peuvent être envisagées.

S'il est souhaité que la définition de tarifs appropriés incombe en premier lieu aux partenaires tarifaires comme pour d'autres prestations selon la LAMal, il est possible de renoncer dans la loi à des prescriptions spécifiques sur le type de tarifs pour les prestations de soins. Le cas échéant, le législateur pourrait exclure un tarif à la prestation. La structure actuelle des contributions de l'AOS pour les

prestations de soins présente des similitudes avec un tarif forfaitaire et un tarif au temps consacré, mais pas avec un tarif à la prestation. Un tel tarif ne s'impose donc certainement pas pour la tarification des prestations de soins, d'autant plus que certaines prestations dans le domaine des soins seraient sans doute difficiles et complexes à saisir et parce qu'un tarif à la prestation offre moins d'incitations contre un accroissement du volume des prestations.

3.4.2 Délais jusqu'à l'introduction d'un financement modifié

Dans les dispositions transitoires, la loi pourrait définir un délai jusqu'auquel une solution de financement modifiée entre en vigueur et un tarif doit être par conséquent également trouvé. En fonction du temps à disposition jusqu'à un changement de financement, plusieurs possibilités pour déterminer un tarif entrent en ligne de compte pour les partenaires tarifaires. En prescrivant un certain délai, le législateur fixerait aussi indirectement le cadre, dans une certaine mesure. L'étude commandée par l'OFSP (Polynomics / HSLU 2020) a examiné la question des délais et des possibilités de détermination des tarifs dont disposent les partenaires tarifaires. Les résultats peuvent être résumés en deux scénarios.

Dans un délai imparti d'environ cinq ans jusqu'au changement de financement, comme le délai minimal requis pour établir une meilleure transparence des coûts (cf. ch. 3.1), les partenaires tarifaires pourraient décider de conserver la structure des contributions actuelles. Les contributions actuelles de l'AOS sont échelonnées forfaitairement pour les EMS en fonction des besoins en soins déterminés au préalable, sans différenciation entre les divers types de prestations de soins. Dans le domaine ambulatoire, les contributions sont fixées en fonction du temps requis pour les prestations effectivement fournies ; leur montant est différencié entre plusieurs types de prestations de soins.

Les tarifs convenus par les partenaires tarifaires pourraient par exemple se fonder sur une référence (*benchmark*) à créer pour une fourniture efficace des prestations ou être négociés voire fixés de manière normative. La charge administrative varie selon la conception. Davantage de données sont requises pour une analyse comparative (*benchmarking*) et il est nécessaire d'identifier des différences de coûts justifiées. Si les tarifs sont fixés de manière normative, la charge liée à la mise en œuvre est comparativement plus faible.

Si la tarification reprend en grande partie la structure de contributions existante, il faudrait veiller à ce que cette structure ne soit pas conçue comme une structure tarifaire qui fixe la rémunération des fournisseurs de prestations. L'actuelle structure de contributions de l'AOS vise plutôt à ce que les cantons puissent opérer une différenciation supplémentaire concernant la rémunération des fournisseurs de prestations dans le cadre de leur responsabilité en matière de financement résiduel. Si, par exemple, la dispersion des coûts dans le cadre des niveaux de soins requis actuellement définis est importante, il y aurait une incitation à la sélection des patients. C'est pourquoi, d'après Polynomics / HSLU (2020), plusieurs cantons ont spécifié des niveaux de soins requis supplémentaires dans l'application du financement résiduel des EMS ou versent des suppléments pour certaines prestations (p. ex. soins palliatifs ou gérontopsychiatrie/démence). Dans le domaine du financement résiduel des prestations de soins ambulatoires également, certains cantons et communes versent aussi des suppléments pour certaines prestations en plus de la rémunération des coûts normatifs (p. ex. services d'aide et de soins à domicile pour les enfants, soins psychiatriques ou suppléments de nuit ou de week-end). Cela signifie que l'actuelle structure de contributions ne parvient pas suffisamment à définir des classes de patients aux coûts comparables. Dans le système actuel, cela n'est pas non plus nécessaire, car les cantons règlent le financement résiduel. Mais avec un financement uniforme, de tels suppléments devraient être instaurés ou supprimés partout, avec des conséquences incertaines en matière de prise en charge. Le maintien de la possibilité, pour les cantons, de verser des suppléments liés aux prestations ne s'accorderait cependant pas avec un financement uniforme des prestations.

Si des différences de coûts justifiées entre fournisseurs de prestations ne sont pas saisies, on ne peut pas exclure qu'il y ait des incitations pour les EMS, en cas de transfert de l'actuelle structure de contributions dans une structure tarifaire, à ne pas fournir toutes les prestations nécessaires ou à réduire la qualité des prestations, raison pour laquelle un suivi de la qualité serait impératif. En raison du tarif au temps consacré, il existe en revanche des incitations, avec l'actuelle structure de contributions dans le domaine ambulatoire, à augmenter le volume des prestations, mais pas à pratiquer une sélection des patients, contrairement aux EMS, tant que l'obligation de prise en charge est suffisamment rémunérée.

Les partenaires tarifaires devraient sans doute procéder à quelques adaptations de l'actuelle structure de contributions, pour autant que cela soit possible dans les délais à disposition, par exemple par le biais d'une évaluation approfondie des réglementations cantonales existantes et d'un examen pour déterminer si la mise en œuvre dans l'un des cantons se prête à une application à l'échelle nationale. Une rémunération de l'ensemble des coûts engendrés, telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui dans certains cantons dans le cadre du financement résiduel et mise en discussion dans l'étude de Polynomics / HSLU (2020), pourrait réduire les incitations inopportunes précitées et renforcerait les incitations en faveur de soins adaptés aux patients. Mais l'incitation à l'efficacité serait faible pour les fournisseurs de prestations. Et, surtout, une rémunération des coûts engendrés ne correspondrait pas à la LAMal, car elle ne figure pas parmi les types de tarifs prévus dans cette loi et n'entre donc pas en ligne de compte.

Ce premier scénario pourrait, d'après Polynomics / HSLU (2020), être mis en œuvre dans les délais requis pour améliorer la transparence des coûts (4 à 5 ans) ou dans la période de développement de références (*benchmark*) pertinentes (au moins 5 ans).

Si la période jusqu'à un changement de financement est un peu plus longue, par exemple près de dix ans, Polynomics / HSLU (2020) estime que les partenaires tarifaires pourraient prévoir, dans un second scénario, une évolution exploratoire et basée sur des données de la structure tarifaire afin de créer un rapport aussi bon que possible ou du moins meilleur entre les incitations à l'efficacité et les incitations en faveur de soins adaptés aux patients. Un succès ne serait toutefois pas garanti, le besoin en données est important et la période de mise en œuvre (près de dix ans) relativement longue. Cependant, différentes données basées sur les patients existent aujourd'hui déjà. Des indications sur les coûts par patient seraient nécessaires. Dans le domaine des soins ambulatoires, le temps consacré est aujourd'hui déjà porté sur le compte de chaque patient. Pour les prestations de soins en EMS, une saisie du temps serait par contre nécessaire. Par ailleurs, des données sur le diagnostic d'un patient et des données structurelles sont requises. De telles données sont aujourd'hui déjà partiellement disponibles et une analyse pourrait aussi se fonder sur un échantillon représentatif.

Si le législateur souhaite et fixe une intégration plus rapide des prestations de soins dans un financement uniforme, il est aussi envisageable que les partenaires tarifaires se décident pour une combinaison avec le premier scénario, ce qui impliquerait toutefois pour eux une évolution tarifaire en deux temps dans une période relativement courte.

3.4.3 Organisation tarifaire nationale

Le législateur pourrait formuler des prescriptions sur la façon dont les partenaires tarifaires et le cas échéant les cantons élaborent un tarif. Dans le domaine stationnaire, la loi prévoit que les partenaires tarifaires instituent, conjointement avec les cantons, une organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures tarifaires. Si une telle organisation fait défaut, le Conseil fédéral l'institue de manière contraignante pour les partenaires tarifaires.

Le législateur pourrait aussi prévoir une telle organisation pour la tarification des prestations de soins. De manière générale, il est avantageux de fixer un cadre dans lequel se tiendront les futures négociations tarifaires et les développements de la structure tarifaire (Polynomics / HSLU 2020). Un système tarifaire devrait pouvoir se développer pour s'adapter à l'évolution de la situation. C'est pourquoi le législateur devrait examiner la question de savoir si le développement ad hoc éventuellement nécessaire doit être laissé aux partenaires tarifaires ou si cela doit se faire dans un cadre institutionnel organisé, le cas échéant exigé par la loi. L'étude de Polynomics / HSLU (2020) parvient ici à la conclusion, en s'appuyant sur l'exemple de l'organisation tarifaire dans le domaine stationnaire, qu'il vaut la peine de créer un système ex ante qui règle clairement le développement et favorise la réussite des négociations.

3.5 Adaptation des contributions de l'AOS à l'évolution des coûts

Par rapport à une intégration dans un financement uniforme, une adaptation des contributions aux soins de l'AOS à l'évolution des coûts nécessite en plus une compréhension approfondie des composantes de cette évolution. Il est indispensable de pouvoir délimiter quelle partie est imputable à une augmentation du volume des prestations (qui est aujourd'hui déjà en grande partie supportée par l'AOS, si bien qu'aucune adaptation des contributions n'est nécessaire) et quelle partie l'est aux hausses de prix (que les cantons et les communes doivent payer si les contributions sont constantes). Polynomics / HSLU (2020) propose d'étudier les facteurs agissant sur l'évolution des coûts.²⁶

En cas d'adaptations, il s'agirait de toujours examiner si, en parallèle, il est également nécessaire d'adapter la structure des niveaux de contributions applicables pour les prestations des EMS. À défaut, si les augmentations de coûts sont par exemple concentrées sur les niveaux élevés, il n'est pas exclu qu'en cas de forte hausse forfaitaire de toutes les contributions de l'AOS, cette dernière verse des contributions plus élevées pour certains niveaux que les coûts engendrés dans ceux-ci.

Deux variantes sont en principe envisageables pour la mise en œuvre. Une première variante pourrait s'appuyer sur l'évolution du montant des coûts des soins reconnus et rémunérés selon l'OPAS, à volume de prestations constant. L'évolution des coûts et du volume des prestations permettrait ainsi de déterminer l'évolution des prix en tant que valeur résiduelle. Il serait ainsi possible d'adapter les contributions de l'AOS de manière relativement fiable de sorte à pouvoir maintenir constantes les parts de financement de l'AOS, des cantons, des communes et des patients. Mais cela présuppose une transparence des coûts accrue et la mise en œuvre des mesures immédiatement nécessaires en l'espèce (voir à ce sujet ch. 3.1). La période de mise en œuvre dépend fortement – comme en cas de financement uniforme – de la durée nécessaire pour établir la transparence en matière de coûts. Polynomics / HSLU (2020) estiment que la transparence nécessaire peut être créée en quatre à cinq ans à compter de la décision d'une réglementation correspondante.

Si les exigences concernant la fiabilité et la transparence d'une adaptation à l'évolution des coûts sont plus faibles, une seconde variante pourrait s'appuyer sur des indices. La transparence des coûts devrait toutefois suffire pour pouvoir identifier les principaux facteurs de coûts. Au regard de la part élevée des charges de personnel dans les coûts, Polynomics / HSLU (2020) proposent un indice des salaires pondéré avec le *skill-grade-task mix*²⁷ et l'évolution de la productivité. D'autres facteurs influençant les coûts pourraient être une extension des obligations de rendre des comptes, des mesures de

²⁶ D'après Polynomics / HSLU (2020), une analyse des facteurs agissant sur l'évolution des coûts ne devrait pas forcément reposer sur un relevé complet : elle pourrait aussi être réalisée avec un groupe le plus représentatif possible de fournisseurs de prestations qui disposent déjà d'une qualité de données supérieure.

²⁷ Un *skill-grade-task-mix* indique de quelle formation et de quelle compétence disposent les collaborateurs et pour quelles tâches ils sont employés.

développement de la qualité ou une charge croissante pour la documentation et les interfaces de données avec d'autres fournisseurs de prestations. Des prestations plus exigeantes (comme par exemple le transfert des soins palliatifs spécialisés ou des soins psychiatriques vers le cadre des soins en ambulatoire ou en EMS, ou la disponibilité 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 à l'interface avec la prise en charge hospitalière) influenceraient cet indice des salaires pondéré, en modifiant le *skill-grade-(task-)* *mix* et la productivité. La période de mise en œuvre de cette variante devrait globalement être de deux à trois ans à compter de la décision d'une réglementation correspondante.

4 Mise en œuvre

Les bases nécessaires pour une adaptation des contributions de l'AOS aux prestations de soins ou pour une intégration des prestations de soins dans un financement uniforme se recoupent dans une large mesure. Il est en premier lieu nécessaire d'améliorer la transparence des coûts en optimisant et en uniformisant la comptabilité analytique pour pouvoir notamment mieux différencier les coûts des soins et de l'assistance. En cas d'adaptation des contributions de l'AOS, il faudrait en outre pouvoir identifier quelle partie de l'évolution des coûts est imputable à une croissance du volume des prestations et quelle partie à une hausse des prix. En cas d'intégration dans un financement uniforme, il serait nécessaire de remplacer la responsabilité actuelle des cantons en matière de financement résiduel par la responsabilité des partenaires tarifaires de déterminer des tarifs.

Pour pouvoir créer les bases nécessaires, une étroite collaboration des acteurs responsables est indispensable à l'échelle nationale. C'est pourquoi il serait préférable que les acteurs créent un outil d'échange approprié à l'échelle nationale où les groupes d'intérêts pertinents seraient représentés et qui pourrait aborder les différents thèmes (transparence des coûts, tarification).

La procédure dépendrait des conditions-cadres fixées par le législateur, en particulier des délais impartis jusqu'à une nouvelle réglementation. S'il se prononce pour un financement uniforme, le législateur devrait sans doute aussi fixer une clé de répartition pour les cantons par la même occasion. S'il le souhaite, celle-ci pourrait être adaptée ultérieurement, par exemple s'il apparaît qu'un changement de financement n'a pas respecté le principe de neutralité des coûts. Il appartiendrait au législateur de décider si une telle clé de financement doit être fixée sur la base des données disponibles à l'heure actuelle, le cas échéant actualisées, ou s'il faut attendre, pour une telle décision, l'obtention d'une amélioration de la transparence des coûts (approximativement cinq ans, davantage si les données de plusieurs années doivent être intégrées au calcul).

À la suite d'une décision du législateur prévoyant un certain délai de transition, il faudrait améliorer la transparence des coûts. Les partenaires tarifaires et les cantons en auraient en premier lieu la compétence, la Confédération pourrait accompagner les travaux. En fonction des dispositions arrêtées par le législateur, la Confédération serait amenée à édicter des dispositions au niveau de l'ordonnance qui permettraient de faciliter l'harmonisation de la comptabilité analytique des fournisseurs de prestations et d'uniformiser la saisie statistique des coûts des soins LAMal et des contributions des pouvoirs publics aux prestations de soins LAMal. Il serait sensé que l'OFS valide les données pertinentes sur les coûts qui sont intégrées dans SOMED et la statistique des services d'aide et de soins à domicile, le cas échéant avec les fournisseurs de prestations (données de la comptabilité analytique) et les cantons (contributions de financement). Il serait en outre envisageable que la Confédération soutienne, à titre subsidiaire, la mise en place des structures de références (*benchmark*) éventuellement nécessaires.

En cas d'adaptation régulière des contributions de l'AOS, il incomberait pour l'essentiel aux cantons, qui resteraient compétents en matière de financement résiduel, de créer les conditions pour davantage de transparence, en collaboration avec les fournisseurs de prestations. Ce faisant, il serait nécessaire que les cantons se coordonnent. En guise de soutien, la Confédération pourrait édicter, au niveau de l'ordonnance, des dispositions à même de faciliter l'harmonisation de la comptabilité analytique des fournisseurs de prestations.

Pour la tarification, il faut viser si possible des solutions de partenariat tarifaire et une mise en œuvre par les acteurs concernés. En matière d'évolution des tarifs, les partenaires tarifaires et le cas échéant les cantons pourraient concevoir la procédure de leur propre chef dans le cadre des dispositions légales. En fonction des prescriptions du législateur en matière de tarification, il faudrait éventuellement procéder à des précisions supplémentaires nécessaires ou fixer des dispositions d'exécution au niveau de l'ordonnance.

5 Conclusions

Les hausses de coûts prévisibles des prochaines années font du financement des soins de longue durée un défi. Les objectifs poursuivis par le législateur dans le cadre du nouveau régime de financement des soins ont été largement atteints, la charge de l'AOS a été limitée. Et pourtant, le débat sur l'avenir du financement des prestations de soins continue, notamment dans le contexte des discussions sur un possible financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires. Avec les postulats 16.3352 et 19.3002, le Parlement a chargé le Conseil fédéral d'examiner comment les contributions de l'AOS pour les prestations de soins pourront être régulièrement adaptées à l'évolution des coûts et comment les bases peuvent être créées pour une intégration des prestations de soins dans un financement uniforme.

Dans le présent rapport, le Conseil fédéral met en évidence plusieurs options sur les possibilités de financer les prestations de soins. Certaines d'entre elles ont déjà été discutées dans le rapport du Conseil fédéral (2016) sur les soins de longue durée. Une solution d'assurance présente des avantages par rapport à des solutions d'épargne ou à un financement direct de l'État. De préférence, une telle solution d'assurance devrait être mise en place dans le cadre de la LAMal pour éviter de nouvelles interfaces et des charges administratives supplémentaires. Une adaptation régulière et contraignante des contributions aux soins de l'AOS à l'évolution des coûts est problématique tant que les cantons ont la compétence exclusive de déterminer le financement résiduel, car le financement résiduel des cantons aurait ainsi un impact sur le montant des contributions de l'AOS aux prestations de soins.

C'est pourquoi le Conseil fédéral donne la priorité à une intégration des prestations de soins dans un financement uniforme. Celui-ci peut, en plus de stabiliser les parts de financement, réduire les incitations inopportunes aux interfaces entre domaines de prestations appliquant un financement différent et encourager ainsi les soins coordonnés. Compte tenu de la problématique de la délimitation des prestations de soins et d'assistance, une intégration seulement partielle dans un financement uniforme serait en théorie aussi envisageable, par exemple en séparant les soins de traitement et les soins de base, comme le Conseil fédéral l'a proposé en 2005. Une délimitation des domaines de prestations est nécessaire dans tous les cas. Une séparation des soins de base et de traitement rendrait cependant obsolète la pratique de délimitation appliquée depuis lors et inscrite dans la jurisprudence et ouvrirait de nouvelles discussions en la matière, tandis qu'une intégration de toutes les prestations de soins permettrait de poursuivre l'approche adoptée. À noter en outre que le Parlement a choisi une autre solution dans le cadre du nouveau régime de financement des soins et qu'un abandon du financement résiduel des soins de base par les cantons et les communes impliquerait une charge accrue pour les ménages privés par rapport à la situation actuelle, avec des conséquences également pour d'autres instruments de politique sociale. De l'avis du Conseil fédéral, toutes ces raisons plaident en faveur d'une prise en compte intégrale des prestations de soins dans un financement uniforme.

Si un financement uniforme ne devait pas se révéler viable politiquement, le Conseil fédéral préconise le maintien du système de financement existant. Des contributions constantes de l'AOS pour les prestations de soins offrent un certain contrepoids, quoiqu'incomplet, à la charge croissante de l'AOS due au transfert des prestations stationnaires vers le domaine ambulatoire.

L'intégration des prestations de soins dans un financement uniforme nécessite en priorité une amélioration de la transparence des coûts, tout comme l'adaptation des contributions de l'AOS à l'évolution des coûts. En premier lieu, les fournisseurs de prestations et les cantons devraient mettre en œuvre des mesures visant à améliorer la transparence, par exemple en améliorant et en uniformisant la comptabilité analytique des fournisseurs de prestations. La Confédération peut accompagner et soutenir ces efforts, notamment en définissant les exigences relatives à la comptabilité analytique au niveau

de l'ordonnance. Le développement de tarifs, qui serait nécessaire en cas de financement uniforme à la suite de la suppression de la responsabilité des cantons en matière de financement résiduel, peut être abordé en revanche par les partenaires tarifaires de leur propre chef dans le cadre des prescriptions légales.

La période de mise en œuvre des travaux nécessaires devrait durer au moins quatre à cinq ans à compter d'une décision de modification de la loi. Si la part de financement ne doit être fixée que sur la base d'une amélioration de la transparence des coûts ou si davantage de temps doit être accordé aux partenaires tarifaires pour développer une tarification offrant un meilleur rapport entre incitations à l'efficacité et prise en charge répondant aux besoins, la période de mise en œuvre pourrait aller jusqu'à dix ans. Mais les clés de financement comme les tarifs pourraient bien être également adaptés en plusieurs étapes.

L'intégration des prestations de soins dans un financement uniforme constituerait un défi dans la mesure où la transparence des coûts devrait être rapidement améliorée et des solutions trouvées pour la tarification des prestations de soins. Il est à supposer que certaines améliorations ne seraient possibles qu'au cours de la phase d'introduction et que toutes les questions de délimitation ne pourraient le cas échéant pas être clairement résolues. Mais en combinaison avec les avantages escomptés, le Conseil fédéral estime qu'une intégration des prestations de soins dans un financement uniforme des prestations selon la LAMal est globalement réalisable et judicieuse.

6 Bibliographie

- ASI (s.d.) : Définition des soins infirmiers. Berne : Association suisse des infirmiers et infirmières. Disponible sur <https://www.sbk.ch/fr/sujets-infirmiers/definition-des-soins-infirmiers-1> [état : 8.7.2020].
- Conseil fédéral (2005) : Message relatif à la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins. Berne : FF 2005 1911.
- Conseil fédéral (2016) : État des lieux et perspectives dans le secteur des soins de longue durée. Rapport du Conseil fédéral du 25 mai 2016 donnant réponse aux postulats 12.3604, 14.3912 et 14.4165. Berne.
- Conseil fédéral (2020) : Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Rémunération du matériel de soins). Berne : FF 2020 4695.
- CSSS-CN (2019) : 09.528 Initiative parlementaire. Financement moniste des prestations de soins. Rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national du 5 avril 2019. FF 2019 3411.
- Felder, Stefan / Straumann, Rachel (2019) : Kosteneffizienz in der stationären Langzeitpflege – Welchen Einfluss hat die Restfinanzierung? Bâle : Université de Bâle.
- Infras / Landolt Rechtsanwälte / Careum Forschung (2018) : Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Rapport final sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Zurich.
- Infras. (2019). Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär mit Einbezug der Pflege. Rapport final sur mandat de la CDS. Zurich.
- OFSP (2020) : Chiffres-clés des établissements médico-sociaux suisses par canton 2018. Disponible sur <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-pflegeheimen/kennzahlen.html> [état : 8.7.2020].
- OFS (2019) : Prévoyance professionnelle. Compte d'exploitation : cotisations, apports ordinaires et autres apports directs. Disponible sur <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/soziale-sicherheit/berufliche-vorsorge.assetdetail.11387334.html> [état : 23.6.2020].
- Polynomics / HSLU. (2020) : Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung. Olten, Lucerne : Polynomics, Hochschule Luzern.
- Rey, Jean-Claude et al. (2008) : Évaluation de la réalisation des objectifs de l'Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP). Rapport sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Ecublens : Institut de santé et d'économie.
- Wächter, Matthias / Künzi, Kilian / Hausammann, Margot / Abrassart, Aurélien (2017) : Vollkosten der öffentlich-rechtlichen und gemeinnützigen Spitexorganisationen. Lucerne / Berne / Zurich : étude sur mandat de l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile.