



Questions fréquentes (FAQ) concernant le financement uniforme des prestations de santé

État : 27 août 2024

1. Qu'est-ce que le « financement uniforme des prestations de santé » ?

Actuellement, les prestations ambulatoires sont financées exclusivement par les assureurs-maladie, alors que les prestations stationnaires (c'est-à-dire nécessitant un séjour d'au moins une nuit à l'hôpital) sont financées conjointement par les assureurs et les cantons. Les cantons, c'est-à-dire les contribuables, paient au moins 55% des coûts et les assureurs, c'est-à-dire les payeurs de primes, les 45% restants.

Pour les soins en EMS et à domicile, les assureurs et les patients payent des contributions aux coûts limitées. Le niveau de ces contributions est fixé par le Conseil fédéral. Les cantons sont responsables du financement résiduel.

Avec le financement uniforme, ces trois régimes de financement seront remplacés par un seul. **Toutes les prestations de l'assurance-maladie, qu'elles soient stationnaires, ambulatoires ou qu'elles concernent le domaine des soins, seront financées selon la même clé de répartition par les cantons et les assureurs** : à hauteur de 26,9% au moins des coûts nets (donc après déduction de la franchise et de la quote-part des assurés) par les cantons et de 73,1% au maximum par les assureurs.

Ainsi, le financement ne dépendra plus du type (ambulatoire/stationnaire/domaine des soins) de la prestation. Pour les prestations de soins, les patients continueront à payer une contribution aux coûts limitée, fixée comme aujourd'hui par le Conseil fédéral.

2. Pourquoi cette réforme ?

Le principal but de cette réforme est d'améliorer la qualité des soins, tout en rendant ces derniers plus abordables pour les payeurs de primes et en éliminant diverses incitations inopportunes liées aux différences de financement.

1 : Aujourd'hui, les différences de financement conduisent les différents acteurs à ne considérer que leurs propres intérêts et non à adopter une vue d'ensemble. Par exemple, les assureurs sont réticents à privilégier les prestations ambulatoires, la plupart du temps moins onéreuses d'un point de vue global, car les cantons assument plus de la moitié des coûts des séjours hospitaliers. **Le financement uniforme devrait accélérer le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, et contribuer ainsi à contenir les coûts.**

2 : Ces dix dernières années, la hausse des coûts pris en charge par les assureurs – et donc la hausse des primes – a été, en pourcentage, nettement plus élevée que celle des coûts pris en charge par les cantons. Cela est dû au fait qu'un transfert du stationnaire vers l'ambulatoire a tout de même eu lieu, et que la croissance des prestations ambulatoires qui en a résulté est financée intégralement par l'assurance-maladie. **Le financement uniforme mettra fin à ce transfert de charges qui se fait au détriment des payeurs de primes.**

3 : Le manque de coordination entre les fournisseurs de prestations est source de prestations superflues (examens et traitements à double, visites médicales inutiles, traitements inappropriés) et donc de coûts inutiles. Étant donné que les coûts de la coordination interviennent surtout en ambulatoire, mais que les économies se réalisent souvent en stationnaire (hospitalisation évitée) ou dans le domaine des soins (entrée en EMS retardée), les assureurs ont, avec le système de financement actuel, moins d'incitations à vraiment promouvoir la coordination et à la rémunérer de manière plus attractive pour les fournisseurs de prestations. **Avec le financement uniforme, la coordination des soins sera renforcée.** Le potentiel d'économies en découlant pourrait atteindre jusqu'à 440 millions de francs par année.

3. Qu'est-ce qui va changer pour les assurés et les patients ?

Du point de vue des patients et des assurés, peu de choses changeront. Les factures des fournisseurs de prestations reçues par les patients devront, comme aujourd'hui, être transmises aux assureurs, qui rembourseront les frais après déduction de la participation aux coûts. La participation aux coûts se composera comme aujourd'hui de la franchise choisie et d'une quote-part de 10% jusqu'à un montant maximal de 700 francs. La participation maximale aux coûts restera donc inchangée. Pour les prestations de soins, les personnes qui en bénéficient continuent de payer une contribution aux coûts dont le montant est, comme aujourd'hui, déterminé par le Conseil fédéral. Ce dernier doit le fixer au même niveau qu'aujourd'hui et ne peut pas l'augmenter pendant au moins quatre ans.

Cela étant, le financement uniforme améliorera la qualité des soins pour les patients et déchargera financièrement les payeurs de primes. Avec une coordination des soins améliorée, les traitements proposés aux patients devraient ainsi mieux répondre à leurs besoins. De plus, les problèmes de santé devraient être détectés plus tôt, et le nombre de séjours hospitaliers devrait diminuer. Enfin, les primes devraient être inférieures dans le cadre du financement uniforme qu'en cas de maintien du statu quo (cf. question 4).

4. Comment vont évoluer les primes ?

Ces dix dernières années, la hausse des coûts pris en charge par les assureurs, et donc la hausse des primes, a été, en pourcentage, nettement plus élevée que celle des coûts pris en charge par les cantons. Cela est dû au fait que les cantons ne participent pas aux coûts des prestations ambulatoires (à l'exception des soins), qui sont en forte croissance, mais seulement aux prestations stationnaires, dont les coûts augmentent faiblement. Un transfert du financement par les impôts vers le financement par les primes a ainsi eu lieu. Avec le financement uniforme, il sera mis fin à ce transfert de charges au détriment des payeurs de primes. Les cantons participeront également à la forte croissance des coûts ambulatoires. Certes, avec le financement uniforme, les payeurs de primes devront participer un peu plus aux coûts des soins, eux aussi en forte croissance. Mais ceux-ci représentent un volume de coûts quatre fois moins important que les prestations ambulatoires. C'est pourquoi, du point de vue des primes, il est beaucoup plus important que les cantons participent désormais aussi aux prestations ambulatoires. En résumé, les primes avec le financement uniforme seront nettement inférieures par rapport aux primes attendues en cas de maintien du système actuel.

Cela vaut également en tenant compte des coûts du changement démographique et de la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers.

5. Quels sont les changements du point de vue des cantons ?

Les compétences des cantons seront étendues dans le domaine ambulatoire, tandis qu'elles resteront inchangées dans le domaine stationnaire.

Dans le domaine stationnaire : les cantons conserveront leurs compétences actuelles : ils continueront d'être responsables de la planification hospitalière, de pouvoir fixer un budget global s'ils l'estiment indiqué, de recevoir les factures originales des prestations stationnaires ainsi que de pouvoir les examiner. De plus, ils ne devront toujours pas financer les prestations des hôpitaux conventionnés, c'est-à-dire les hôpitaux sans mandat de prestations du canton.

Dans le domaine ambulatoire : les cantons bénéficieront de divers nouveaux instruments pour gérer l'offre et les coûts dans ce domaine. Ils participeront à l'organisation tarifaire qui établit les tarifs des traitements médicaux ambulatoires ainsi qu'à la nouvelle organisation tarifaire qui sera chargée des tarifs pour les prestations de soins. En ce qui concerne l'ensemble des fournisseurs de prestations ambulatoires, les cantons pourront limiter l'admission de fournisseurs de prestations d'une catégorie si la croissance des coûts dans cette catégorie ou leur niveau est supérieur à la moyenne suisse.

Les **contributions cantonales** seront calculées sur la base des coûts effectivement pris en charge par les assureurs (franchises et participations aux coûts déduites) pour les prestations de l'AOS. Les cantons verseront leurs contributions à un nouveau comité spécialisé de l'actuelle institution commune LAMal, auquel ils participeront. Les contributions cantonales seront ensuite distribuées aux différents assureurs sur la base des coûts effectifs des prestations. Le passage à un financement uniforme sera, par rapport à la période 2016-2019, neutre en termes de coûts pour l'ensemble des cantons.

6. Quels sont les changements du point de vue des assureurs ?

Avec le financement uniforme, les assureurs se chargeront de l'entier de la rémunération des fournisseurs de prestations, y compris les contributions cantonales. Ils recevront les contributions cantonales dans un deuxième temps, par le biais de l'institution commune LAMal.

Le passage à un financement uniforme sera, par rapport à la période 2016-2019, neutre en termes de coûts pour l'ensemble des assureurs.

Pour les prestations de soins, les assureurs négocieront désormais les tarifs avec les fournisseurs de prestations. Ils auront davantage d'incitations à investir dans la création de modèles d'assurance promouvant les soins coordonnés et seront désormais incités à favoriser davantage le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire.

Pour le reste, le rôle des assureurs restera largement inchangé. Le financement uniforme ne prévoit pas de leur accorder de compétences supplémentaires. Ils devront toujours garantir la prise en charge des prestations définies au niveau fédéral et veiller au respect des principes de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité (EAE). L'adaptation de la part de financement des assureurs (augmentation dans le domaine stationnaire et des soins et diminution dans l'ambulatoire) n'implique aucune modification de leurs compétences.

7. Quels sont les changements du point de vue des fournisseurs de prestations ?

Pour la plupart des fournisseurs de prestations, peu de choses changeront. Ils continueront à fournir les prestations assurées et seront rémunérés par le biais de tarifs qu'ils négocient avec les assureurs. Comme aujourd'hui, ils enverront leurs factures soit aux assurés, soit directement aux assureurs.

Néanmoins, le financement uniforme apportera quelques changements : les assureurs seront désormais davantage incités à promouvoir la fourniture de prestations ambulatoires ainsi que la coordination. Le secteur hospitalier ambulatoire, les réseaux de soins coordonnés et les médecins de famille pourraient particulièrement en profiter. De plus, si des traitements stationnaires sont évités ou des admissions en EMS sont retardées grâce à un transfert dans le domaine ambulatoire et à une meilleure coordination, cela pourrait libérer du personnel soignant au profit des soins de longue durée et ainsi atténuer quelque peu la pénurie de personnel.

C'est dans le domaine des soins de longue durée que les changements seront les plus importants. Aujourd'hui, les cantons fixent le financement résiduel, sans devoir nécessairement consulter les fournisseurs de prestations. L'évaluation du financement actuel des soins a montré que le financement résiduel est considéré comme partiellement insuffisant. Avec le financement uniforme, les tarifs pour les prestations de soins devront couvrir les coûts d'une fourniture efficiente des prestations. Les fournisseurs de prestations, y compris les infirmières et infirmiers indépendants, seront représentés dans l'organisation tarifaire compétente pour la structure tarifaire, et les fournisseurs de prestations pourront négocier des tarifs avec les assureurs et les soumettre au canton pour approbation. La réforme devrait ainsi améliorer les conditions de travail du personnel soignant.

8. Qui va désormais payer les soins de longue durée en EMS et les soins et aide à domicile ?

A l'heure actuelle : les prestations de soins sont financées par l'assurance-maladie (contribution limitée de l'AOS également fixée par le Conseil fédéral), par les cantons (financement résiduel) et par les assurés eux-mêmes (contribution limitée des patients aux prestations de soins, fixée par le Conseil fédéral). Chaque canton est responsable du financement résiduel et est libre de l'organiser comme il le souhaite, raison pour laquelle une grande diversité existe entre les cantons.

Avec le financement uniforme : à partir de 2032, les prestations de soins seront également financées selon la nouvelle clé de répartition. Les fournisseurs de prestations, les assureurs et les cantons élaboreront ensemble une structure tarifaire uniforme pour l'ensemble de la Suisse afin de rémunérer les prestations de soins en EMS et à domicile. Ce nouveau régime de rémunération des prestations de soins devra respecter les exigences de la LAMal. Les tarifs devront notamment couvrir les coûts d'une fourniture efficiente des prestations. La réforme devrait ainsi améliorer les conditions de travail du personnel soignant.

La contribution des patients aux coûts des prestations de soins sera quant à elle maintenue. Le Conseil fédéral aura, comme aujourd'hui, la compétence de fixer et d'adapter le niveau de cette contribution. Le montant actuel de cette dernière ne pourra toutefois pas être augmenté pendant les quatre premières années suivant l'intégration des prestations de soins dans le financement uniforme.