

# LA RÉFORME DU FINANCEMENT UNIFORME DES SOINS SOUS LA LOUPE – EN BREF

Chantal Grandchamp, Dre ès Sc. et Jacques Spycher

Le peuple suisse vote le 24 novembre 2024 sur une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Cette réforme du financement uniforme est décrite comme l'une des plus importantes du système de santé suisse depuis 1996. Il est donc important que la population soit informée de la manière la plus transparente possible sur ses enjeux et les arguments avancés par ses défenseurs et ses détracteurs. Unisanté y contribue par la rédaction d'un « policy brief » sur le sujet.

## La réforme

La modification de la LAMal proposée vise à uniformiser la clé de répartition du financement entre les assureurs-maladie et les cantons et à désigner les assureurs-maladie comme unique payeur de toutes les prestations de soins (financement moniste).

L'objectif de cette réforme est de corriger d'un côté des incitatifs financiers inadéquats pouvant freiner le transfert d'activités de soins du stationnaire vers l'ambulatoire et de l'autre d'éviter que ce transfert vers l'ambulatoire ne pèse proportionnellement plus sur les primes d'assurance que sur les impôts, comme c'est le cas actuellement.

## Analyse des principaux impacts attendus de la réforme du financement uniforme

### Uniformisation des parts de financement et instauration d'un financement moniste ?

Avec la réforme, les assureurs-maladie assumeront 73,1% du financement des prestations et les cantons 26,9%, quel que soit le type de soins (ambulatoire, stationnaire, soins de longue durée).

Le 100% des prestations de soins seront remboursées par les assureurs-maladie, les cantons versant leur contribution directement aux assureurs. Le poids des négociations financières entre assureurs-maladie et prestataires de soins sera donc d'autant renforcé.

*La réforme permet donc bien d'uniformiser les parts de financement et instaure un système de financement moniste.*

### Favoriser le transfert vers l'ambulatoire ?

Les interventions chirurgicales réalisées en ambulatoire coûtent en général moins cher qu'en stationnaire. Aujourd'hui, différents incitatifs financiers freinent le recours à l'ambulatoire, comme les tarifs, les compléments de tarifs liés à la présence d'assurance complémentaire privée ou le montant à charge du financeur. Par l'uniformisation des parts à charge des différents financeurs, la réforme permet de corriger ce dernier élément, l'assureur-maladie n'ayant plus intérêt à favoriser le recours au stationnaire plutôt qu'à l'ambulatoire. Elle n'agit par contre pas sur les deux autres incitatifs mentionnés ci-dessus.

*La réforme corrige un incitatif financier actuellement inadéquat, mais n'aura probablement qu'un effet modéré sachant que le choix du type de recours dépend avant tout d'une décision médicale, elle-même soumise à d'autres incitatifs financiers qui ne sont pas touchés par la réforme.*

### Favoriser la coordination des soins ?

Actuellement, si une meilleure coordination des soins permet de réaliser des économies dans le domaine stationnaire, seuls 45% de la part d'économie réalisée peut être reportée sur la prime d'assurance-maladie puisque 55% des coûts du stationnaire sont assumés par les cantons. Avec la réforme, la part d'économie réalisée par les assureurs-maladie augmentera à 73,1%, ce qui pourrait encourager les assureurs-maladie à stimuler la coordination des soins. Pour ce faire, il est attendu que les assureurs développent leur offre de modèles alternatifs d'assurance impliquant des prises en charge contraignantes pour les assurées et les assurés.

*La réforme corrige un incitatif financier actuellement inadéquat qui limite la possibilité d'octroi de rabais de prime pour des modèles d'assurance alternatifs contraignants en cas d'économies réalisées dans le domaine stationnaire hospitalier. Toutefois la portée de ce changement est limitée par les autres obstacles actuels à une meilleure coordination des soins, la volonté des prestataires de soins de s'organiser en réseaux de soins à travers des modèles alternatifs d'assurance et par la proportion d'assurés à accepter des conditions contraignantes en termes de recours aux soins.*

## Alléger la charge pesant sur les primes d'assurance-maladie ?

La réforme implique une neutralité financière, c'est-à-dire que le montant total à charge des assureurs-maladie et des cantons ne doit pas être modifié par l'entrée en vigueur de la réforme. Il n'y a donc pas de bascule de financement directe prévue par la réforme visant à décharger les primes d'assurance par une augmentation de la part à charge des impôts. L'uniformisation du financement permet toutefois d'éviter que les potentielles économies réalisées par le transfert du stationnaire hospitalier vers l'ambulatoire ne bénéficient principalement qu'aux cantons et ne puissent pas être reportées sur les primes d'assurance maladie. Toutefois, l'introduction des soins de longue durée à la réforme perturbe cet allègement souhaité de la croissance des primes d'assurance. En effet, la forte croissance attendue des coûts de soins de longue durée, due notamment au vieillissement de la population, pèsera plus lourdement avec la réforme sur les primes d'assurance maladie que sur les cantons comparativement à la situation actuelle.

*L'introduction des soins de longue durée dans le périmètre de la réforme mitige l'impact d'allègement des primes d'assurance-maladie et pourrait même, selon l'évolution de la croissance de ces coûts, provoquer l'effet inverse à terme.*

## Réaliser des économies ?

La Confédération avance un potentiel d'économie de 440 millions de francs par la réforme du financement uniforme. Ces économies venant d'une meilleure coordination des soins (CHF 309 millions), de la mise en place de tarifs innovants (CHF 3,3 millions) et d'une réduction des inefficiences dans la production de soins de longue durée (CHF 126 millions). Il est nécessaire de préciser que le rapport mandaté par l'OFSP calcule des fourchettes d'économies et que globalement cette dernière se situe entre 0 et 440 millions de francs d'économies potentielles. Ce rapport précise également que le potentiel d'économies de la réforme résulte exclusivement d'effets indirects et repose principalement sur des changements de comportements des acteurs. Ces potentielles économies ne pourront donc pas se réaliser immédiatement.

*Le rapport mandaté par l'OFSP conclut à un potentiel d'économies allant de 0 à 440 millions de francs d'économie. Une grande incertitude existe sur l'impact réel que peut avoir cette réforme sur l'évolution des coûts de la santé.*

## Rendre le financement des soins plus fiable ?

La réforme du financement uniforme implique la mise en œuvre de structures tarifaires nationales pour les soins de longue durée (soins à domicile et établissements médicaux-sociaux). Les tarifs seront négociés entre les assureurs et les prestataires de soins pour chaque canton, à l'instar du financement hospitalier.

Actuellement, ce secteur connaît un tarif uniforme national pour les assureurs-maladie mais chaque canton décide de sa propre contribution à travers son financement résiduel.

L'OFSP estime que cette uniformisation des structures tarifaires rendra le financement des soins plus fiable et permettra une meilleure couverture des coûts. Pourtant un montant de CHF 126 millions d'économies potentielles est attendu dans le même temps à travers l'introduction de structures tarifaires nationales qui devraient permettre la réduction d'inefficiences présentes dans ce secteur.

*L'impact de la réforme sur les modes de financement des soins de longue durée ne peut être prédit, car il dépend des structures tarifaires qui seront mises en place par les acteurs et le résultat des négociations tarifaires. La réforme aura toutefois des impacts importants sur le financement des soins de longue durée.*

## Conclusion

Si les objectifs directs de la réforme du financement uniforme sont sans équivoques (uniformisation de la clé de répartition et financement moniste), les impacts attendus sont plus difficiles à appréhender et à évaluer. Comme les conséquences ne sont pas directement liées aux modifications prévues et dépendent du changement de comportement des différentes et différents protagonistes, leur évaluation dépend des hypothèses retenues et des interactions complexes œuvrant au sein de notre système de soins.

Il est donc difficile d'avancer que cette réforme aura réellement des impacts majeurs sur notre système de soins et son évolution.