

## Alléger les primes avec un financement uniforme

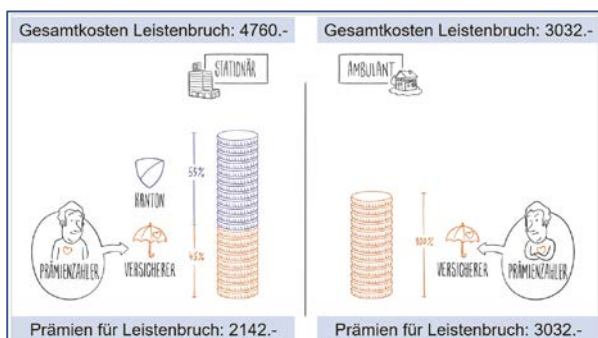
### La FMH soutient l'introduction d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires, parce qu'elle...

- réduit les coûts sans impacter la qualité des soins;
- crée des incitatifs supplémentaires pour les soins intégrés aux coûts plus avantageux;
- rend la prise en charge ambulatoire socialement acceptable.

### Contexte

Le transfert croissant selon le principe «l'ambulatoire<sup>1</sup> avant l'hospitalier<sup>2</sup>» des traitements hospitaliers onéreux vers le secteur ambulatoire aux coûts plus avantageux est souhaité et pertinent d'un point de vue économique global.

L'exemple de la hernie inguinale permet de montrer qu'un traitement ambulatoire est souhaitable si on considère l'ensemble des coûts: avec une hospitalisation, l'intervention coûte 4760 francs, sans hospitalisation (ambulatoire), elle ne coûte que 3032 francs:



Source: film explicatif sur le thème «Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires» ([www.pro-efas.ch](http://www.pro-efas.ch), 26.07.2018).

Aujourd'hui, les coûts stationnaires sont pour 55% à la charge des cantons et 45% à la charge des assurances-maladie. Inversement, les coûts ambulatoires sont entièrement couverts (100%) par les assureurs-maladie et donc par les primes de leurs assurés.

Si une hernie est opérée ambulatoirement, elle coûte davantage aux payeurs de primes alors que son coût est en fait nettement inférieur, et les cantons économisent des impôts sur leur dos.

Rendu possible par l'évolution de la médecine, pertinent d'un point de vue économique global et de plus en plus accepté au niveau politique, le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire allège, d'une part, les budgets cantonaux financés par l'impôt mais augmente, d'autre part, les primes. Ce qui représente une charge supplémentaire pour les revenus faibles et moyens.

### Les incitatifs négatifs du système actuel

Le système de financement actuel comporte différents incitatifs négatifs qui sont à l'opposé de l'objectif d'une prise en charge médicale de haute qualité financièrement supportable.

D'importants potentiels d'économie ne sont pas suffisamment exploités parce que les avantages ne profitent pas à celui qui déploie les efforts – agir pour gagner en efficacité ne procure même que des désavantages: les assurés ne bénéficient pas entièrement des économies réalisées sur les traitements sans hospitalisation, car ils ne participent qu'à 45% aux coûts. Inversement, avec un transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, ils participent entièrement aux coûts supplémentaires. De ce

<sup>1</sup> Le terme «ambulatoire» signifie qu'un traitement médical ou infirmier peut se dérouler **sans que le patient passe la nuit à l'hôpital** et inclut les soins dispensés en cabinet médical, à la pharmacie, en physiothérapie ou par un service de soins à domicile.

<sup>2</sup> Le terme «stationnaire» signifie que les soins médicaux ou infirmiers sont dispensés sur un patient **qui passe au moins une nuit à l'hôpital** pour le traitement et inclut tous les séjours en clinique (hôpital, réadaptation ou psychiatrie) ou dans un établissement de soins (home médicalisé).

fait, l'assurance-maladie et les payeurs de primes n'ont qu'un intérêt restreint à miser systématiquement sur le principe «l'ambulatoire avant le stationnaire» pour la simple raison que cela augmente les primes.

Toujours plus d'assurés rejoignent volontairement un réseau de soins intégrés. Pourtant, les économies réalisées ne leur sont que partiellement répercutées étant donné que les hospitalisations sont subventionnées à hauteur d'au moins 55% par les cantons.

### Financement uniforme

Avec un financement uniforme, les cantons participeraient à part égale au financement des prestations ambulatoires et stationnaires.

La part des cantons et des assurés doit encore être fixée mais dans l'ensemble, les coûts assumés par les cantons ne devraient pas être supérieurs à ceux qu'ils assument actuellement.

### Réduire les coûts sans diminuer la qualité des soins

Les soins ambulatoires correspondent à une forme de traitement avec des coûts très avantageux. Pour endiguer la hausse des coûts de la santé, il faut donc privilégier la prise en charge ambulatoire, et non la restreindre.

Les possibilités non utilisées du secteur ambulatoire offrent un potentiel d'efficacité d'un milliard de francs<sup>3</sup>.

Le financement uniforme soutient le transfert systématique des prestations stationnaires onéreuses vers le secteur ambulatoire à un coût plus avantageux sans impacter la qualité des soins.

### Incitatifs supplémentaires pour les soins intégrés aux coûts plus avantageux

Aujourd'hui déjà, les assurés qui optent pour un modèle de soins intégrés sont récompensés par des rabais sur les primes. Ce genre de modèle privilégie systématiquement les traitements ambulatoires et permet de coordonner les soins avec les autres acteurs de la santé

impliqués dans le traitement. C'est une forme de prise en charge médicale offrant une qualité élevée, en particulier pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

Grâce au financement uniforme, les soins ambulatoires deviennent plus intéressants et d'autres potentiels d'efficacité à hauteur de deux milliards de francs peuvent être exploités<sup>4</sup>.

### La prise en charge ambulatoire devient socialement acceptable

La participation des cantons au financement de la prise en charge ambulatoire permettra de freiner l'augmentation des primes découlant du transfert systématique de prestations vers le secteur ambulatoire. Cela allègera le poids qui pèse sur les revenus faibles mais aussi en particulier sur les revenus moyens. Le transfert vers le secteur ambulatoire devient ainsi socialement acceptable.

#### En savoir plus sur le financement uniforme:

[www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) > Politique & Thèmes > Politique > Dossiers

[www.pro-efas.ch](http://www.pro-efas.ch)

<sup>3</sup> Cf. PwC. «Ambulatoire avant hospitalier. Ou comment économiser un milliard de francs chaque année». Août 2016.

<sup>4</sup> Cf. Huber, Carloa et al. Effects of Integrated Care on Disease-Related Hospitalisation and Healthcare Costs

in Patients with Diabetes, Cardiovascular Diseases and Respiratory Illnesses: A Propensity-Matched Co-hort Study, in: International Journal of Integrated Care. 2016;16(1):1–18.