

Novembre 2023 – Reto Wyss

EFAS ne résout rien et n'est qu'une fausse bonne idée dangereuse

Le financement uniforme, ou moniste, des prestations de soins, plus connu sous son acronyme allemand EFAS, est l'une des plus grandes réformes de la LAMal envisagée ces dernières années. Ses partisans en attendent beaucoup – réduction massive des primes, économies de coûts se chiffrant en milliards, suppression des principales incitations négatives dans le secteur de la santé. À y regarder de plus près, les arguments décisifs se révèlent cependant être des promesses vides, porteuses de faux espoirs. Par contre, EFAS comporte des risques bien réels, pour les assuré-e-s et le personnel de santé comme pour la qualité des soins. Il faut donc que le Parlement refuse cette réforme.

Contexte

Les opérations ambulatoires reviennent nettement moins cher que les opérations stationnaires. Or en comparaison internationale, les opérations pratiquées en ambulatoire sont bien plus rares en Suisse que celles réalisées en stationnaire (lorsque l'alternative existe). Les interventions ambulatoires sont d'ailleurs indemnisées différemment de celles en mode stationnaire, les premières étant entièrement financées par les primes, et les secondes plus ou moins pour moitié par les primes et par l'impôt. Il est évident qu'une telle situation n'est pas optimale : il faut encourager le déplacement des soins vers l'ambulatoire et freiner la hausse des primes. C'est précisément ce qu'EFAS est censé aider à faire par deux moyens, soit l'introduction d'une clé de financement uniforme pour tous les domaines de soins et la désignation d'un agent payeur unique géré par les assureurs. À partir de là, les décisions de traitement seraient toujours optimales, tant du point de vue de l'indication médicale que de l'incitation financière. À supposer même qu'une réforme de la LAMal fondée sur l'idée d'incitations économiques permette d'atteindre cette situation idéale, le projet qui pourrait être voté durant la session d'hiver 2023 n'est en aucun cas apte à le faire, comme le montre la présente note.

Persistance des incitations erronées

Bien des mauvaises incitations présentes dans le secteur de la santé ont une seule et même cause, que sont les systèmes tarifaires TARMED (ambulatoire) et SwissDRG (stationnaire), basés sur les quantités : là où l'on opère et traite davantage de patients, il est possible de générer plus de revenus. Or plus le sous-financement (des hôpitaux par exemple) est aigu, et plus la pression est forte pour augmenter le volume de traitement. Et cela de préférence avec le système tarifaire le plus lucratif, ce qui plaide le plus souvent en faveur de l'option stationnaire. EFAS n'y changera rien, car il ne sera guère possible de prendre le virage de l'ambulatoire sans changer quoi que ce soit aux systèmes tarifaires en place. Par contre, il est tout à fait possible de régler une part importante d'un tel transfert. C'est précisément ce qui se fait depuis des années, avec l'édiction de listes d'interventions à effectuer en ambulatoire. Les coûts ambulatoires des traitements concernés par ces listes ont ainsi progressé, selon l'Obsan, de 133 millions en 2016 à 165 millions en 2021, tandis que leurs coûts stationnaires chutaient durant cette période de 308 millions à 126 millions. Pour le domaine considéré, les économies de primes ont tout de même atteint 50 millions, raison pour laquelle il faut absolument poursuivre et élargir la voie du transfert en complétant les listes d'interventions. Globalement,

les primes ont bien sûr massivement augmenté durant cette période, mais ce n'est pas dû à un échec de la politique de transfert en cours. Il s'agit plutôt, par exemple, des incitations erronées des systèmes tarifaires basés sur le volume, ainsi que du financement aberrant de l'assurance de base reposant sur des primes par tête. EFAS n'y changerait rien non plus. Au contraire, ce projet ancrerait même explicitement dans la loi la part de financement à charge des cantons telle qu'elle est actuellement mesurée – et donc aussi la part bien trop élevée des coûts que les primes doivent couvrir. C'est absurde, car si la majorité du Parlement tenait à ce qu'EFAS soulage les payeurs de primes, elle devrait sur-le-champ adapter la clé de financement au profit d'une part plus basse à charge des payeurs de primes !

Effets dangereux d'une déréglementation

L'exemple des listes d'interventions montre qu'un renforcement de la régulation dans l'assurance de base constitue la voie à suivre. Car dans le système de santé, là où il n'y a pas ou trop peu de régulation, les coûts explosent (voir p. ex. prix des médicaments). Or avec EFAS, la marge de manœuvre en la matière diminuerait comme peau de chagrin. En effet, la répartition centrale prévue des fonds cantonaux par un agent payeur unique restreindrait l'efficacité des listes cantonales d'hôpitaux, soit le principal instrument de régulation du secteur stationnaire (puisque les cantons se verraient retirer la compétence de répartir cet argent). Ce serait d'autant plus problématique si la version du Conseil national l'emportait, car elle prévoit qu'à l'avenir, les cantons ne pourraient même plus consulter et vérifier les factures du secteur stationnaire. Et si les Chambres persistaient à vouloir que les hôpitaux non répertoriés touchent la nouvelle part de financement par les primes, plus élevée de deux tiers. Il s'agit d'une disposition totalement inacceptable et d'un cadeau extrêmement coûteux aux hôpitaux privés et aux assureurs complémentaires – entièrement à la charge des assuré-e-s.

Il n'a jamais été question de réaliser des économies

Bien qu'entre-temps on nous répète sur tous les tons qu'EFAS est une mesure essentielle de maîtrise des coûts, à l'origine ses concepteurs avaient clairement dit qu'« *EFAS ne résout pas le problème fondamental de la hausse excessive des coûts de la santé* » (Santésuisse, 2021). En réponse aux pressions parlementaires demandant à l'OFSP de ne pas se contenter de faire miroiter d'éventuelles réductions de coûts (voir aussi OFSP 2021 ou ASSM 2012 : « *Des économies annuelles de l'ordre de plusieurs centaines de millions de francs ne semblent pas exclues à moyen terme* »), mais d'articuler plutôt un chiffre concret, l'OFSP a présenté l'année dernière une étude supplémentaire, qui ne parvient toutefois pas à des conclusions plus précises : « *Toutes les valeurs présentées comportent une large part d'incertitude [...] et il n'est pas exclu d'obtenir des valeurs inférieures au scénario pessimiste prévoyant zéro franc d'économies* » (Polynomics, 2022).

Selon cette étude, les économies tiennent notamment à ce qu'avec EFAS, les modèles d'assurance alternatifs deviendraient plus attrayants et permettraient des rabais de primes supplémentaires estimés à 50 francs. Il est impensable toutefois que cela débouche sur une baisse de coûts substantielle car aujourd'hui déjà, quatre assuré-e-s sur cinq sont affiliés à un modèle alternatif. Et d'ailleurs de tels modèles sont déjà très avantageux, avec un rabais moyen de 1000 francs.

En outre, c'est principalement en intégrant les soins de longue durée qu'EFAS est censé aboutir à des économies. Toujours d'après l'étude réalisée, les assureurs seront « *amenés à davantage*

mettre l'accent, dans le secteur des soins de longue durée également, sur la fourniture de prestations économiques ». Autrement dit, la redéfinition du pouvoir de négociation dans le cadre d'EFAS permettra d'imposer des indemnités plus basses aux organisations d'aide et de soins à domicile et aux EMS déjà sous-financés à l'heure actuelle. Le paragraphe ci-après revient sur les conséquences désastreuses qu'aurait l'intégration des soins de longue durée dans le projet EFAS.

Prise en compte des soins de longue durée : une erreur monumentale

Les Chambres sont d'accord sur le principe de l'intégration des soins de longue durée dans le financement uniforme des prestations. Cette décision est extrêmement préoccupante à plus d'un titre et justifie à elle seule de refuser net le projet EFAS, qui sera bientôt soumis au vote final des Chambres. Et ce pour les raisons suivantes :

- L'intégration des soins de longue durée dans le financement uniforme rendrait caduc tout l'art. 25a LAMal – et donc la base légale du financement des soins de longue durée, notamment sa disposition centrale « *les cantons règlent le financement résiduel* ». Il est vrai que de nombreux cantons ont toujours appliqué cette disposition de manière insatisfaisante. Mais si cet article était purement et simplement supprimé, plus personne ne serait expressément responsable du financement (résiduel) ! Par conséquent, il faudrait élaborer un nouveau tarif pour les soins de longue durée, ce qui compliquerait encore davantage le système qu'EFAS est censé simplifier. Au moment des négociations portant sur ce nouveau tarif, la pression pour réaliser des économies au détriment du personnel soignant et de la qualité des soins serait beaucoup plus forte (ce que prévoit précisément l'étude susmentionnée). Ce serait un non-sens complet, alors qu'il est urgent de mettre en œuvre l'initiative sur les soins infirmiers plébiscitée dans les urnes.
- Autre conséquence de l'abrogation de l'art. 25a LAMal, l'AOS devrait désormais cofinancer la dynamique des coûts du domaine des soins qui, pour des raisons démographiques, affiche la plus forte croissance. Le plafonnement de la participation financière des primes, heureusement inscrit aujourd'hui dans la loi, disparaîtrait si bien qu'à moyen terme, une hausse massive des primes est à craindre. C'est absolument inacceptable – EFAS étant censé faire baisser les primes ! Il est vrai que les estimations concernant son impact varient beaucoup, mais c'est bien ce qui montre le danger de la situation : alors que l'OFSP n'est aujourd'hui pas en mesure de dire (et c'est compréhensible) dans quelle mesure les primes augmenteront l'année prochaine, comment peut-il se raccrocher pareillement, dans le cadre d'une réforme aussi fondamentale, à de vagues prévisions de primes portant sur les dix prochaines années ?
- L'intégration des soins de longue durée s'est faite à la demande instante des cantons, prompts à se décharger sur le dos des payeurs de primes : à leurs yeux, le financement du système de santé doit être davantage assuré par des impôts par tête (primes) et moins par des impôts liés au revenu (fonds publics). L'attitude dont font preuve ici les cantons est tout à fait contraire à l'intérêt général.
- Une augmentation massive est également à craindre au niveau de la participation des patient-es aux coûts des soins de longue durée. La loi la fixe certes aujourd'hui à 20 % maximum de la contribution financée par l'AOS. Mais comme ce plafonnement de la contribution financée par l'AOS serait supprimé, il en irait de même (après une période transitoire de cinq ans) pour la participation individuelle aux coûts.