



09.528

Parlamentarische Initiative Humbel Ruth. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus**Initiative parlementaire Humbel Ruth. Financement moniste des prestations de soins**

NANTERMOD PHILIPPE

Valais

Groupe libéral-radical (RL)

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: La dernière fois que notre chambre a traité du sujet en question, c'était le 26 septembre 2019; nous évitons ainsi de justesse quatre ans de navette entre les chambres sur un même projet. Le dossier a évidemment beaucoup évolué depuis. Hormis qu'en quatre longues années, nous – et quand je dis "nous", ce sont les assurés et payeurs de primes – avons payé des primes trop élevées. L'augmentation dont nous parlons est à la charge des payeurs de primes de la manière suivante: c'est environ 170 millions de francs payés en trop pour les années 2017 à 2019; depuis 2019, nous avons connu une forte augmentation, avec le transfert vers l'ambulatoire, soit environ 1 milliard de francs en 2021 et 1,25 milliard en 2022. Le grand changement dans le projet qui vous est présenté aujourd'hui, c'est l'intégration dans le financement uniforme (Efas) des soins de longue durée.

C'est ainsi que je commence le bloc 1 en évoquant l'intégration des soins, le grand objet du débat. Lorsque nous avons traité ce dossier dans cette chambre lors de la précédente législature, le 26 septembre 2019, la question de l'intégration s'était posée in extremis en commission. Le prétexte était là pour enterrer le projet, et la commission avait finalement décidé d'adopter une motion, rejetée en décembre de la même année, pour analyser la possibilité d'intégrer les soins dans le projet. A l'époque, Efas paraissait trop urgent pour se permettre d'attendre encore – c'est dire.

Quatre ans plus tard, dans un esprit de compromis, pour répondre à la demande des cantons qui en faisaient une exigence inconditionnelle pour l'adoption d'Efas, la CSSS-N a décidé, après de longs débats, d'intégrer les soins de longue durée dans cette importante réforme des flux financiers du système de santé.

Ainsi, la majorité s'est ralliée au Conseil des Etats, avec quelques ajustements. La commission entend notamment assurer que l'intégration des soins puisse avoir lieu de manière flexible et uniquement sous réserve de l'établissement, dans le secteur des soins, de la transparence des coûts nécessaire.

Un débat polémique s'est déroulé quant à l'effet financier de l'intégration des soins. Selon certaines études publiées dans la presse, l'intégration des soins rendrait à terme l'exercice en cours déficitaire, coûtant davantage aux assurés que le statu quo. L'administration fédérale, de son côté, est convaincue – et a convaincu – du contraire.

In fine, il ressort des travaux de la commission qu'Efas, avec l'intégration des soins, permettra d'éviter l'érosion de la part étatique du financement de la santé. Cette part devrait augmenter jusqu'en 2030, puis se réduire et se stabiliser à 27 pour cent environ, selon les effets de l'initiative sur les soins infirmiers.

Pour la minorité Aeschi Thomas, l'intégration des soins rendrait l'exercice inutile du point de vue des coûts et ferait à terme exploser les primes. L'intégration des soins a été finalement acceptée par 15 voix contre 8 et 2 abstentions.

A l'article 25 alinéa 2 lettre f et alinéa 3, ainsi qu'à toutes les dispositions relatives, nous avons traité de l'adaptation des soins aigus et de transition. Actuellement, les soins aigus et de transition sont traités à l'article 25a alinéa 2 de la LAMal, qui prescrit leur financement jusqu'à deux semaines. La minorité Sauter demande la prolongation de la durée maximale des soins aigus et de transition ainsi que la prise en charge des frais de séjour. Les soins aigus et de transition ont été intégrés avec le nouveau régime de financement des hôpitaux, mais, concrètement, cela n'a jamais été mis en oeuvre, faute d'un cadre législatif adapté en raison de la trop courte durée des prestations, de deux semaines, et du fait que seuls les soins, et non les prestations hôtelières, sont concernés. La proposition de minorité vise à corriger cet état de fait. Sans être directement en lien avec Efas, la proposition améliorerait une situation insatisfaisante, selon l'auteure de la minorité.

Pour la majorité, ces nouvelles dispositions développent les soins aigus et de transition et seraient beaucoup



plus chères pour l'assurance-maladie. Par rapport à aujourd'hui, cela signifierait qu'en plus des prestations de soins, le séjour serait désormais également soumis à l'assurance obligatoire des soins (AOS), alors qu'aujourd'hui, seuls les soins, et pas les prestations hôtelières, sont soumis à l'AOS. En outre, la durée maximale de séjour serait quadruplée, passant de deux à huit semaines. Il serait impossible d'estimer ce que cela signifierait sur le plan financier, alors qu'actuellement, on cherche exactement l'inverse. La minorité Sauter a été rejetée en commission par 14 voix contre 11.

Aux articles 36a alinéa 3 et 43 alinéa 4 et 6bis, nous traitons des tarifs différenciés. La minorité I (Maillard) propose de permettre d'adopter un tarif différencié en faveur des fournisseurs de prestations, qui offrent des soins de base ou d'urgence, notamment à des horaires ou dans des conditions particulières. De manière schématique, le but de la proposition est de réduire un peu la médecine élective, spécialisée et très chère, pour donner davantage à la médecine de premier recours, la fameuse première ligne.

La minorité II (Crottaz), qui reprend la proposition de l'administration, est plus simple. Cette proposition mentionne expressément les soins de base et d'urgence. Il y est explicitement exposé que les augmentations et diminutions de la participation cantonale doivent s'équilibrer. Il n'est par ailleurs pas prévu de mandats de prestation. La commission a finalement rejeté cette proposition, complexe à mettre en oeuvre, jugeant qu'elle portait atteinte à l'autonomie tarifaire des parties. Par 15 voix contre 7, la commission a rejeté la minorité I (Maillard) en faveur de la minorité II (Crottaz). En fin de compte, la minorité II (Crottaz) a été rejetée par 13 voix contre 9.

A l'article 47a, il est question de la composition de la nouvelle organisation tarifaire pour les prestations de soins. Il s'agit ici de l'organisation chargée des structures tarifaires pour les traitements ambulatoires. Une minorité I (Gysi Barbara) souhaite que le personnel soignant participe à l'autorité de tarification. Pour la minorité, les intérêts des fournisseurs de prestations ne coïncident pas toujours avec ceux du personnel. En particulier, il est souhaité que le personnel infirmier soit intégré dans l'autorité. Pour la majorité, il ne s'agit pas de questions de droit du travail, mais de structure tarifaire. Les travailleurs n'étant pas des agents facturants à

AB 2023 N 1589 / BO 2023 N 1589

ce titre, il n'y a pas de motif de les intégrer dans la structure. Cette proposition a été rejetée par 16 voix contre 7 et 0 abstention.

A l'article 60 alinéa 3, à l'article 64 alinéa 5bis et aux autres articles mentionnés dans le dépliant, il est question de la suppression de la contribution du patient pour les prestations de soins. A l'image de ce que l'on connaît pour les séjours hospitaliers, le Conseil des Etats a prévu une participation aux coûts de la part des assurés pour les soins fournis sous forme ambulatoire.

La majorité a relevé que les patients devaient déjà payer la franchise et la quote-part. Une quote-part supplémentaire était par ailleurs prévue en cas d'hébergement en EMS. Cela varie beaucoup d'un canton à l'autre: certains prennent entièrement à charge les coûts des soins à domicile, d'autres les répercutent sur les patients. La majorité a relevé que les coûts individuels pouvaient rapidement atteindre 8500 francs par année. Cela entraîne une augmentation de la part cantonale de 2 pour cent à l'article 60 alinéa 3.

La minorité II (Glarner) propose de maintenir la participation prévue par le Conseil des Etats à l'article 64 alinéas 5bis et 5ter. Cette proposition a été rejetée par 13 voix contre 11 et 1 abstention.

A l'article 60 alinéa 3, une minorité III (Weichelt) propose d'augmenter encore la part cantonale à 30 pour cent au moins. Cette augmentation a pour objectif de mettre en oeuvre l'initiative sur les soins infirmiers et d'améliorer les conditions de travail du personnel soignant. Du point de vue de notre collègue, les collectivités ont la tâche de financer la mise en oeuvre de l'initiative. Cette proposition alourdit fortement la participation cantonale et est contraire à l'objectif de neutralité des coûts. Elle a été rejetée par 15 voix contre 7.

Au chiffre III alinéa 9, il est question de l'entrée en vigueur flexible de la réforme en cours. La majorité a choisi de faire entrer en vigueur une partie des dispositions trois ans après l'échéance du délai référendaire, et la partie relative aux soins au plus tôt sept ans après l'adoption, mais à condition que l'initiative sur les soins infirmiers soit adoptée et qu'une base tarifaire transparente et uniforme soit adoptée. En termes simples, l'intégration des soins doit avoir lieu, mais à condition que tous les acteurs, notamment les cantons qui l'ont demandée, soient prêts à cela.

Une minorité Aeschi Thomas propose de s'en tenir à la version du Conseil des Etats, à savoir une entrée en vigueur d'Efes trois ans après le délai référendaire et sept ans après pour ce qui concerne l'intégration des soins. Par 18 voix contre 7, la commission a rejeté cette dernière proposition Aeschi Thomas.

Enfin, à l'article 60 alinéa 3bis, il est question de l'examen périodique de la contribution cantonale. Pour la majorité, cette proposition a pour objectif de permettre une augmentation de la participation cantonale si les besoins s'en font ressentir, notamment pour financer la mise en oeuvre de l'initiative sur les soins infirmiers.



Pour la minorité Aeschi Thomas, la proposition retenue n'est pas neutre en matière de coûts et doit être rejetée. Par 12 voix contre 10, la majorité a adopté cette disposition.

Je terminerai en parlant de la motion 22.3372 portant sur l'examen des conséquences financières. Le Conseil des Etats a adopté la motion, par laquelle il veut qu'il soit démontré si l'introduction d'Efas s'est révélée neutre en matière de coûts. Si le principe de l'analyse des conséquences financières est soutenu par la commission, elle ne veut plus que l'analyse porte sur la stricte neutralité des coûts, dès lors que des mesures coûtant 500 millions de francs sont prévues. Une minorité Aeschi Thomas a rejeté cette modification et propose de s'en tenir à la version du Conseil des Etats. La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national propose d'adopter la motion modifiée. Par 17 voix contre 7 et 0 abstention, la majorité a décidé de modifier la motion, et, par 18 voix contre 7, elle a décidé de l'adopter avec cette modification.