



Modification de la Loi sur l'assurance-maladie EFAS ou Financement uniforme des prestations / synthèse

Le 23 décembre 2023 le Parlement a adopté la réforme EFAS, une réforme qui modifie la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Il s'agit d'une réforme fondamentale du financement du système de santé, imposée par le lobby des assureurs. L'objectif est de transférer la responsabilité financière des cantons vers les caisses-maladie. Les assureurs auront ainsi encore davantage de pouvoir pour orienter notre système de santé. Le SSP a lancé un référendum contre cette révision. Le 24 novembre 2024, le SSP appelle la population à voter NON à cette révision de la LAMal qui conduit à faire des économies sur les personnels de santé, oriente les dépenses de santé vers des domaines à but lucratif et renchérit les primes d'assurance.

1 Qui a initié cette réforme ?

L'initiative parlementaire 09.528 de Ruth Humbel « Financement moniste des prestations de soin », a été déposée en 2009. Mme Humbel, ancienne élue du parti Le Centre, a siégé et siège au sein de conseils d'administration de caisses-maladie et de cliniques privées.

Le texte issu des travaux du Parlement fédéral en décembre 2023 est pire encore que le projet initial. Des représentants des cantons sont intervenus dans le débat parlementaire et ont accepté de perdre du pouvoir sur le système de santé à la condition que les caisses-maladie financent davantage qu'elles ne le font aujourd'hui les dépenses pour les soins dans les EMS et à domicile.

Cette entente entre cantons et le lobby des caisses-maladie s'est faite au détriment des assuré·e·s, des résident·e·s et des personnels des santé.

2 Comment la révision redistribue les cartes du financement ?

La LAMal sous sa forme actuelle n'est pas satisfaisante, à la différence de toutes les autres assurances sociales, ses primes individuelles sont calculées par tête, indépendamment du revenu. Le directeur d'une caisse-maladie (comme M. le directeur du Groupe Mutuel qui a touché une rémunération annuelle de 780'000.- en 2022) paye la même prime de base, avec une même franchise, de CHF 471.- par mois, que l'employée de cafétéria d'un hôpital (qui gagne à plein temps, CHF 58'500.- par an.) La révision en cours, loin de corriger ces défauts, les accentue.

Aujourd'hui, les dépenses dans la santé sont financées par :

- a. **Nos primes**, encaissées par les caisses-maladie, représentent environ **38 milliards en 2024**.
- b. **Nos impôts**, prélevés par les cantons, financent aussi les dépenses de santé, représentent environ **13 milliards**.
- c. **La participation directe des ménages** : tout·e assuré·e en Suisse verse aussi une participation directement de sa poche aux dépenses de santé. Cette participation directe concerne les frais de soins en EMS et à domicile, la franchise, la quote-part (les 10% facturés par les assureurs

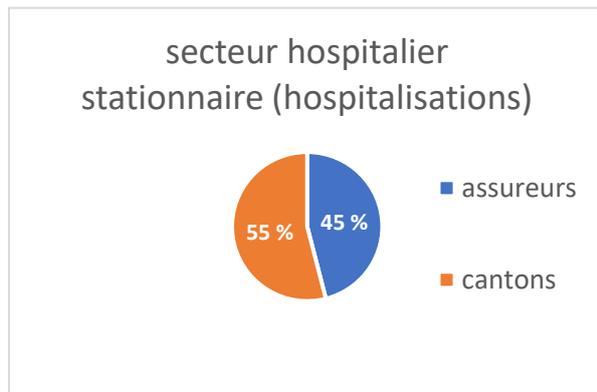
aux patient·e·s) et enfin tous les soins non pris en charge par l'assurance maladie. La Suisse est un des pays où la participation directe (en anglais, on l'appelle « out of the pocket ») est la plus élevée des pays de l'OCDE. Ce sont **20 milliards** qui sortent directement de nos poches.

Ces dépenses ne sont pas financées de manière uniforme selon qui fournit les soins. La révision EFAS va précisément uniformiser la répartition du financement entre assureurs et cantons.

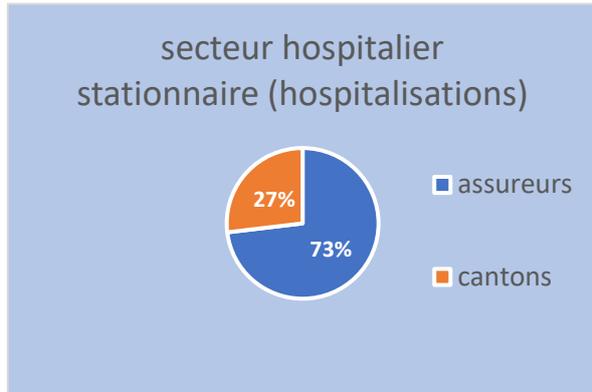
La clé de répartition nationale des dépenses selon EFAS produit un effet de bascule dans tous les secteurs :

Secteur hospitalier stationnaire

Actuellement



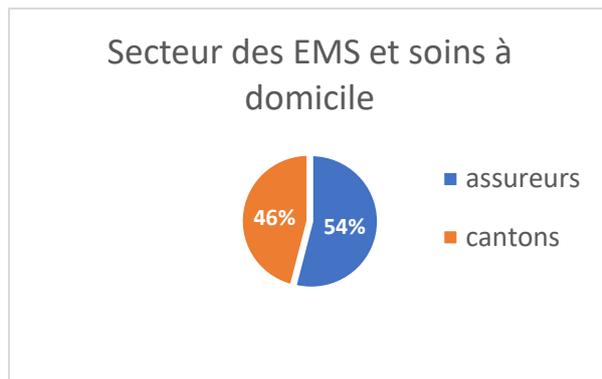
Avec EFAS



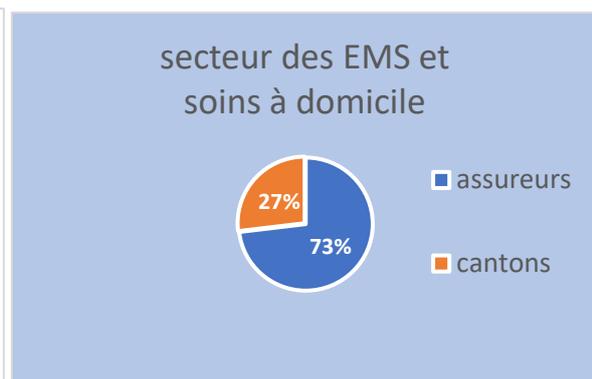
Pour les séjours hospitaliers, les cantons versent au moins 55 % des dépenses de soins, contre 45% à charge des caisses-maladie (art. 49a, al. 1 LAMal).

Secteur des soins de longue durée

Actuellement



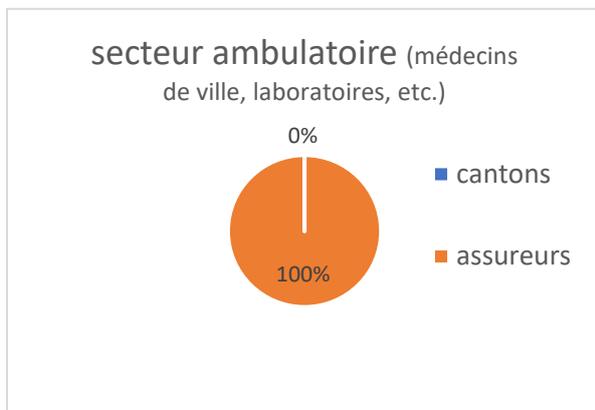
Avec EFAS



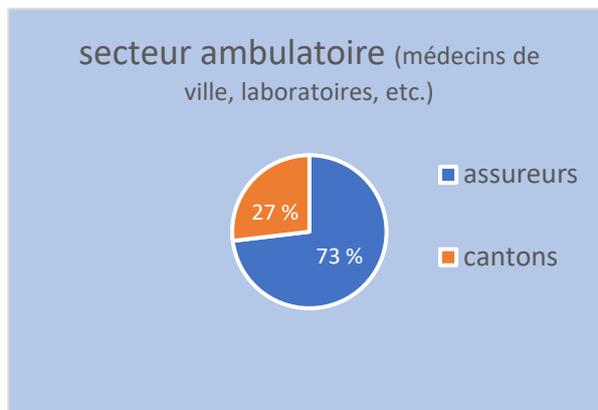
Les dépenses dans les EMS et les soins à domicile (soins de longue durée), dans le régime actuel sont réglées de manière « variable » : les cantons doivent prendre en charge la « facture résiduelle », à savoir les frais de soins qui ne sont pas à charge des assureurs, ni des résident·e·s. La facture varie assez fortement d'un canton à l'autre, mais elle représente en moyenne nationale 46 %.

Secteur ambulatoire

Actuellement



Avec EFAS



Le secteur ambulatoire à charge des assureurs dans le régime actuel serait, avec la révision EFAS, financé aussi par l'impôt. L'obligation de faire participer les cantons aux dépenses dans le secteur ambulatoire est l'argument des partisan·e·s d'EFAS pour affirmer – avec prudence cependant – que l'augmentation des primes sera moindre grâce à cette participation financière par l'impôt. Cependant, le Parlement, avec cette révision, a refusé de donner aux cantons une possibilité de contrôler les dépenses de l'ambulatoire.

Dans les trois secteurs de soins, les caisses-maladie devront, avec nos primes, financer la plus grande partie des dépenses. Cette révision de la LAMal renforce le poids des assureurs sur notre système de santé. Le revers de cette médaille, les cantons ne seraient plus contraints de garantir le financement résiduel dans les soins de longue durée. Ils peuvent de cette manière se décharger de la responsabilité financière dans ce domaine particulier. Et justement, c'est là que les besoins vont augmenter en raison de l'évolution démographique et de la courbe ascendante de maladies telles que les démences.

Quant aux assuré·e·s, ils et elles continueront à verser de leur poche, en plus des primes, des montants encore plus importants qu'aujourd'hui car la révision de la LAMal permettra d'augmenter la participation aux frais de soins dans les EMS, lors des séjours à l'hôpital et pour les soins à domicile !

3 Pourquoi cette révision ne résout pas les problèmes de financement du secteur santé ?

Pour les partisans de la révision, le financement actuel du système est accusé de produire des « incitations inopportunes » qui encourageraient, en particulier les hôpitaux, à traiter les patient·e·s selon la méthode qui rapporte le plus d'argent. Les hôpitaux suisses ont pourtant déjà subi leur réforme : la précédente modification de la LAMal relative au financement hospitalier est entrée en vigueur en 2012. C'est cette réforme qui a conduit les hôpitaux publics à des programmes d'austérité sans fin, à des fermetures de sites et de services jugés « trop coûteux » ou pas assez rentables. Depuis 2012, les hôpitaux publics plongent les uns derrière les autres dans les chiffres rouges.

EFAS n'apporte aucune réponse aux principaux problèmes du système de santé : prime par tête et indépendamment du niveau de revenu des assuré·e·s, grande place aux cliniques privées au détriment des hôpitaux publics, profits pharamineux des entreprises pharmaceutiques, opacité des caisses-maladies liée au conflit d'intérêts permanents d'assureurs qui gèrent les primes de l'assurance de base tout en cherchant à vendre des assurances complémentaires.

4 Qu'est-ce qui change dans le financement des soins en EMS et à domicile ?

EFAS signifie la suppression du mécanisme qui limite la contribution financière des assuré·e·s aux coûts des soins dans les EMS et à domicile. La LAMal actuelle prévoit un plafonnement de cette participation. Ce plafonnement confère aux cantons une responsabilité financière. Ces derniers doivent couvrir les coûts dits "résiduels".

Tout le monde s'accorde sur le fait qu'en raison de l'allongement de l'espérance de vie et de la démographie, ces coûts vont fortement augmenter au cours des prochaines années. La question qui divise est : qui va payer ? EFAS libère les cantons de leurs responsabilités, tandis que les pensionnaires en EMS, les patient·e·s à domicile et les payeurs/payeeuses de primes devront encore augmenter leurs dépenses.

5 Pourquoi notre système de santé publique est-il en danger ?

EFAS permet aux caisses-maladie de s'organiser dans l'institution commune de la LAMal, institution qui pourra gérer les milliards payés par les cantons (estimés à 13 milliards) et les milliards de nos primes (environ 38 milliards).

Ces prochaines années, le vieillissement démographique et l'évolution, à la hausse, voire forte hausse, des cas de démence devraient être au centre des politiques sanitaires. Des politiques qui doivent être coordonnées par des entités publiques, démocratiques et transparentes et qui nécessiteront des investissements financiers conséquents.

EFAS confie aux assureurs la gestion des deniers publics et le pilotage du secteur des soins. Or, les caisses-maladies sont en conflit d'intérêts permanent puisqu'elles vendent des polices d'assurances complémentaires en plus de l'assurance obligatoire de base.

6 Pourquoi la révision de la LAMal EFAS dégradera les conditions de travail des personnels de santé ?

Contrairement aux institutions privées à but lucratif, les hôpitaux publics, les EMS et les organisations de soins à domicile financés par les cantons doivent accueillir tout le monde, sans discrimination. Aujourd'hui, il est fréquent de constater que le financement ne couvre pas les coûts réels de prise en charge, par exemple lorsque la patientèle est composée de situations complexes nécessitant des soins importants. Comme les charges de personnel sont le facteur de coût le plus important, lorsque les budgets sont réduits, ou gelés, ce sont les dotations (le nombre de salarié·e·s), les salaires et les conditions de travail qui sont mis sous pression.

Le manque de financement ne sera plus compensé par les cantons puisque leur participation sera fixée strictement dans la loi à 26,9 %. Il ne sera plus possible d'obtenir par le débat politique dans les cantons des montants additionnels pour garantir une prise en charge optimale des patient·e·s et de bonnes conditions de travail pour les personnels de santé.

7 Pourquoi la qualité des soins se détériore-t-elle avec EFAS ?

Si les primes d'assurance-maladie augmentent, la pression sur les coûts dans le secteur de la santé s'accroît. Les dépenses de personnel - le facteur de coûts le plus important dans les institutions de santé - sont sous pression. La dégradation des conditions de travail entraîne un manque de personnel et de temps des soins de qualité. Conditions de travail et qualité des soins sont les deux faces d'une même médaille. Plus grave encore dans les EMS et les soins à domicile : comment garantir des soins de qualité s'il n'y a plus de garantie cantonale pour couvrir tous les frais ?

8 Pourquoi les primes augmenteront avec EFAS ?

EFAS fixe la part cantonale pour le financement des dépenses de santé à 26,9 %. Ce chiffre signifie que les cantons pourront bloquer leurs dépenses de santé, financées par l'impôt.

Dans le secteur des EMS et des soins à domicile, les cantons n'auront plus la responsabilité actuelle : couvrir d'une manière ou d'une autre la facture résiduelle, qui devrait augmenter en raison de plusieurs facteurs (vieillesse démographique, augmentation des cas de démences, notamment). On sait déjà que pour assurer des soins de qualité et suffisants pour les personnes âgées, les dépenses dans les EMS et les soins à domicile devront augmenter. Si les cantons ne les financent pas suffisamment, les payeurs et payeuses de prime devront passer à la caisse.

On le sait, les prévisions relatives au niveau des primes sur une période longue ne sont pas fiables. Malgré cette incertitude, la clé de répartition décidée au niveau national oriente clairement le balancier. Dans une interview à la Tribune de Genève du 10 septembre 2023, la directrice de SantéSuisse relève que *« sept ans après l'entrée en vigueur de la loi [EFAS], les caisses devront également financer aux trois quarts les soins de longue durée – ceux des EMS et des soins à domicile. Cela nous fait soucier, car la dynamique des coûts est extrême dans ces secteurs. En plus, il est prévu de revoir les tarifs, ce qui pourrait encore les augmenter. »*

9 Pourquoi cette révision doit être refusée par les femmes ?

EFAS ouvre une voie pour une nouvelle dégradation des conditions de travail dans un secteur d'activité particulièrement féminisé. Un secteur où les salaires sont historiquement bas, même pour les plus qualifiées. En 2023, HES Suisse, Association faîtière des diplômé-e-s des Hautes écoles, a publié une étude sur les salaires des professionnel-le-s ayant suivi des études de niveau HES. Résultat : la branche de la santé figure en queue de peloton. Alors que le niveau de formation est de même niveau, le salaire médian est inférieur de 26% pour les métiers de la santé et du travail social par rapport à ceux de la finance et des assurances, les deux branches les mieux rémunérées !

La révision va favoriser le secteur privé à but lucratif. En réduisant le financement des cantons dans le secteur public, la révision réduit aussi la capacité des cantons à intervenir pour obliger les employeurs à garantir des conditions de travail et de retraite au moins équivalentes à celles des règlements et lois cantonales.

Avec EFAS, les collectivités publiques se déchargent de la responsabilité du financement des EMS et des soins à domicile. Désinvestir un secteur qui soigne et prend en charge des personnes âgées, pour

la plupart dépendantes, c'est se reposer une fois de plus sur les femmes, qui endossent gratuitement une immense partie du travail de soins aux proches, souvent au péril de leur propre santé. C'est le cas notamment des épouses qui s'occupent de leur conjoint à domicile, sans que cela soit le plus souvent considéré comme un travail de proches aidants.

En livrant les EMS et les soins à domicile aux assureurs, à leur logique de rentabilité, on met en péril les conditions de vie des personnes âgées qui bénéficient des soins en EMS et à domicile. Comme le montre l'expérience française, notamment l'enquête sur l'entreprise ORPEA, confier le secteur de la santé, en particulier la prise en charge des personnes âgées, au secteur privé à but lucratif, expose les pensionnaires, et donc les femmes âgées, au mieux à des soins et à une prise en charge dégradés, au pire à de la maltraitance institutionnelle.