



La modification de la Loi sur l'assurance-maladie Financement uniforme des prestations / EFAS

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 qui a abouti en avril 2024.

Le 24 novembre 2024, le SSP appelle la population à voter NON à EFAS, la 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.

Cette révision intervient dans un domaine complexe. Le Conseil fédéral a décidé de le complexifier encore en désignant cette révision de la LAMal non pas par EFAS – l'acronyme du titre en allemand de la loi – mais par Financement uniforme des prestations même si les caisses-maladie utilisent encore le terme EFAS.

Les partisans comme les adversaires de la réforme s'accordent sur un point : EFAS va refaçonner en profondeur le système de santé. Cette révision est l'étape qui annonce la généralisation des réseaux de soins contraints. Un système, importé des USA, dans lequel les assureurs pilotent entièrement les prises en charge des assuré-e-s à la place de médecins indépendants.

2 Pourquoi on vote le 24 novembre 2024 ?

Lorsqu'une loi est modifiée par le parlement, il est possible de lancer un référendum pour que le peuple puisse se prononcer sur la loi révisée. Parce que l'accès aux soins sans discrimination doit rester une priorité des services publics, le SSP a lancé un référendum contre la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (EFAS). Bien que cette réforme ait été présentée comme très compliquée, trop technique, les militant.es et secrétaires du SSP ont sillonné villes et campagnes

pour permettre au référendum d'aboutir. 57'241 signatures ont pu être recueillies (50'000 sont nécessaires).

Ce référendum donne la possibilité d'ouvrir un débat public à large échelle sur le devenir du système de santé. Il permet de mettre un coup d'arrêt au démantèlement du service public.

3 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 sans aucun lien avec le revenu. Le directeur d'une caisse-maladie (comme M. le directeur du Groupe Mutuel qui a touché une rémunération de 780'000.- en 2022) paye la même prime de base, pour 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 année.) L'un consacre 0,72 % de son revenu au financement du système de santé, tandis que l'autre y consacre 9,7 % de son revenu... Autres lacunes, les soins dentaires sont exclus du catalogue, et le droit au salaire en cas de maladie, qui est un chapitre intégré à la loi est resté facultatif. En clair, la LAMal ne remplit pas pleinement sa mission d'assurance-sociale. Pourtant, la révision en cours, loin de corriger ces défauts, les accentue et institutionnalise le rationnement des soins par les assureurs.

Aujourd'hui, les dépenses de santé (pour la maladie) sont financées par :

Nos primes, encaissées par les caisses-maladie, représentent environ **38 milliards en 2024** (quand même !). Elles financent l'ensemble du système mais à des niveaux différents selon le secteur concerné. Les dépenses pour les soins dans les cabinets médicaux généralistes et spécialistes, les consultations hospitalières ambulatoires, les analyses de laboratoires, etc. sont prises en charge par les caisses-maladie sans participation des cantons.

Nos impôts, prélevés par les cantons financent aussi les séjours dans les hôpitaux, les soins dans les EMS et à domicile. Ce financement représente environ **13 milliards**. On ne sait souvent pas que notre système est aussi financé par l'impôt. Selon une étude KOF-ETH Zürich, si l'on prend en considération « la participation de l'Etat dans l'ensemble des dépenses de santé, la Suisse arrive en queue de peloton, puisqu'elle n'y représente qu'un peu plus de 30%. Cela correspond à environ la moitié de la moyenne de l'OCDE et à une volonté politique »¹. Autrement dit, l'Etat (les cantons) dépense peu par rapport aux autres pays de l'OCDE.

Participation directe des assuré·e·s. 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 !

Au niveau national, cette participation directe a été chiffrée à **20 milliards** en 2022.

¹ <https://kof.ethz.ch/fr/news-et-manifestations/kof-bulletin/numeros/2022/04/couts-de-la-sante.html>, KOF Bulletin, N161, avril 2022 « Les ménages les plus pauvres sont les plus touchés par la hausse des coûts de la santé ».

Ces dépenses ne sont pas « distribuées » de manière uniforme selon qui fournit les soins. La révision EFAS va précisément uniformiser le financement.

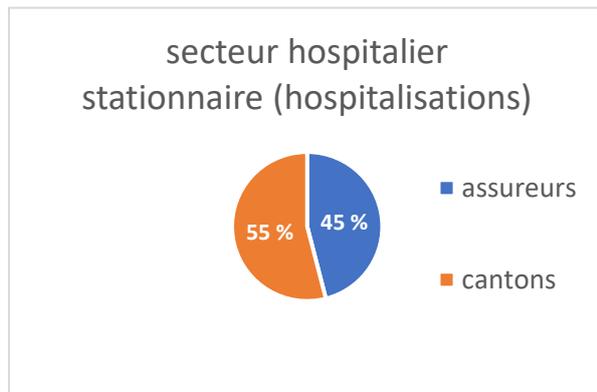
La clé de répartition nationale des dépenses selon EFAS :

- Les caisses-maladie financeront 73,1 % de l'entier des dépenses de santé du catalogue LAMal.
- Les cantons financeront 26,9 % de l'entier des dépenses de santé du catalogue LAMal.

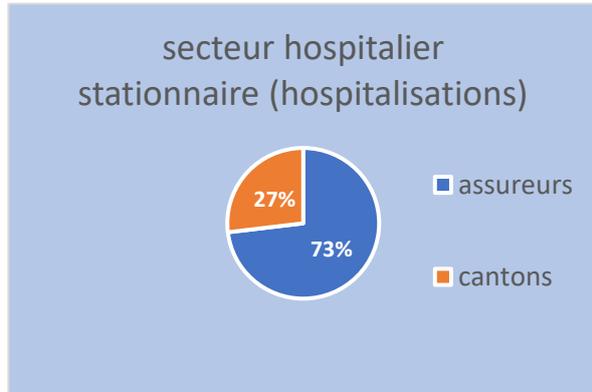
Cette clef nationale fixe produit un effet de bascule dans tous les secteurs :

Secteur hospitalier stationnaire

Actuellement



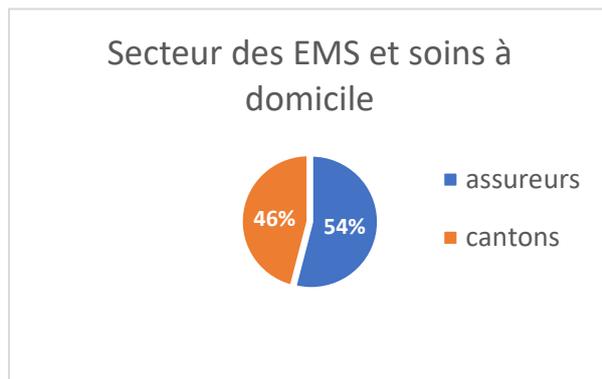
Avec EFAS



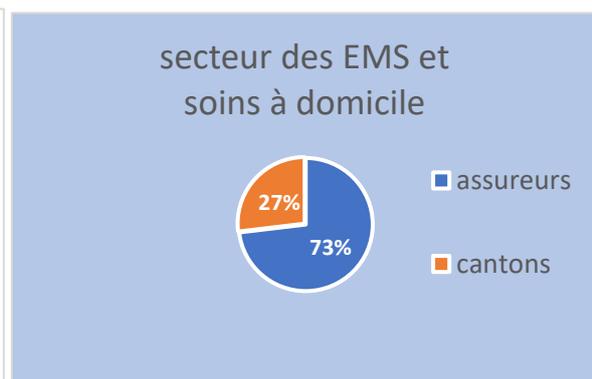
Pour les séjours hospitaliers, les cantons versent au moins 55 % des dépenses de soins, contre 45% à charge des caisses-maladie (art. 49a, al. 1 LAMal).

Secteur des soins de longue durée

Actuellement



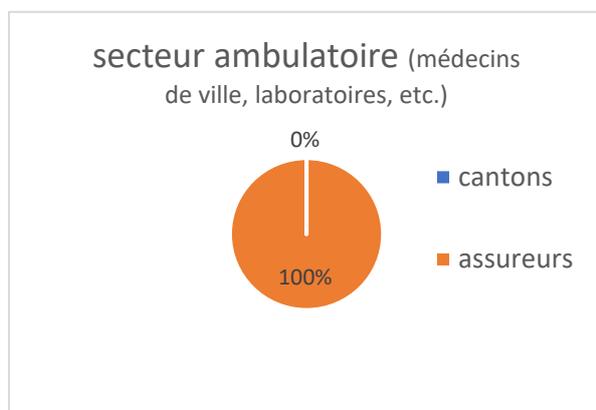
Avec EFAS



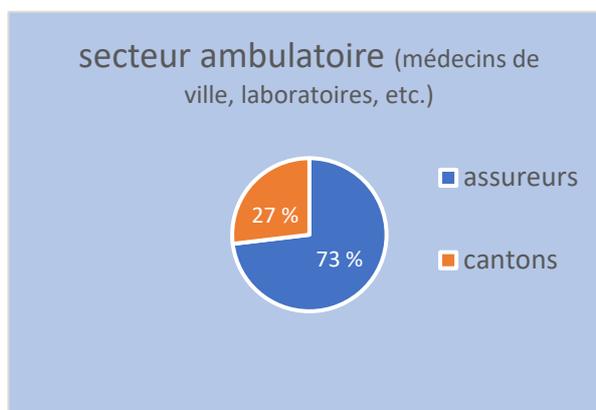
Les dépenses dans les EMS et les soins à domicile (soins de longue durée), dans le régime actuel sont réglées de manière « variable » : les cantons doivent prendre en charge la « facture résiduelle », à savoir les frais de soins qui ne sont pas à charge des assureurs, ni des résident·e·s. La facture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

Secteur ambulatoire

Actuellement



Avec EFAS



Pour les soins ambulatoires (à l'hôpital, dans les cabinets, les laboratoires, etc.), les caisses-malade prennent en charge les dépenses après déduction de la franchise et de la participation (quote-part) (art. 25 LAMal).

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. Du point de vue mathématique, si les soins dit ambulatoires augmentent fortement, la facture, avec EFAS, ne reposera plus uniquement sur les payeurs et payeuses de primes. C'est vrai. On aurait imaginé que le financement de secteur ambulatoire par nos impôts méritait au moins un droit de contrôle des cantons sur l'orientation de ce même secteur. Il n'en est rien, le Parlement en votant 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, car ils deviennent les financeurs principaux dans tous les domaines. 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 ! A noter que début septembre 2024, le Conseil fédéral a donné son feu vert pour une augmentation de la franchise minimale et valide par là une nouvelle augmentation des participations directes des patient·e·s.

Dans le cadre de cette révision, même la quote-part (les 10 % facturés aux patient·e·s) pour les hospitalisations serait augmentée, par un mécanisme assez subtil. Explication chiffrée à l'aide de l'appendicite.

Facture globale pour une opération de l'appendicite : CHF 6751.-

Aujourd'hui, la quote-part, les 10%, est calculée sur la facture globale – 6751.- moins la part cantonale de 55 %. Résultat : prix à payer au titre de quote-part, **CHF 303.-**

Avec EFAS, la quote-part, les 10%, est calculée sur la facture globale 6751.- sans la déduction de la part cantonale ! Résultat : prix à payer au titre de quote-part, **CHF 675.-**

A cela s'ajoute, l'éventuelle franchise si elle n'a pas encore été « dépensée ».

Donc, les cantons paieraient avec EFAS 26,9 % de la facture une fois les participations individuelles déduites, les franchises et les quote-part (art. 60 al 3 LAMal révisée), au lieu du 55 % des factures globales actuellement ! De belles économies en perspective.

4 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. D'où ce refrain récurrent dans le camp des partisans de la révision EFAS : davantage d'ambulatoire et moins de stationnaire. En termes clairs, il faut réaliser moins d'hospitalisations et davantage d'opérations sans hospitalisation pour faire des économies. Les partisans d'EFAS partent d'une idée très discutable : les fournisseurs de soins (hôpitaux, en premier lieu) adopteraient des comportements qui vont à l'encontre de l'intérêt de la société. Il faudrait donc les inciter à modifier ces pratiques d'optimisation pour réduire les coûts de la santé.

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... C'est aussi la réforme qui a déroulé le tapis rouge devant les cliniques privées. Ces dernières peuvent trier les patient·e·s pour faire du bénéfice, alors que depuis 2012, les hôpitaux publics plongent les uns derrière les autres dans les chiffres rouges. EFAS ne modifie pas les tarifs qui servent au financement des hôpitaux : le problème du manque de financement pour l'hôpital public demeure.

L'argumentation du nécessaire « virage ambulatoire » escamote un aspect décisif d'EFAS : les soins aux aîné·e·s devront être financés de manière plus importante par les caisses-maladies, via les primes. Les partisans d'EFAS font comme si cette question n'existait pas et que cette révision ne concernait que le financement des soins hospitaliers (stationnaire) et des cabinets (ambulatoire).

Les partisan·e·s d'EFAS ne parlent également jamais du fait que cette révision prévoit d'imposer la même logique tarifaire dans les EMS et soins à domicile que celle qui sévit dans les hôpitaux. Des tarifs tellement bas, décidés par les assureurs, provoquant des déficits à répétition et obligeant les personnels de santé à travailler dans un stress indicible alors même que les primes continuent d'augmenter.

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 deux grands groupes de cliniques privées cotés en bourse 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.

EFAS approfondit au contraire les traits les plus problématiques du système actuel.

EFAS est une réponse cynique à la volonté manifestée par les votant·e·s qui ont accepté l'initiative sur les soins infirmiers pour améliorer les conditions de travail des soignant·e·s.

Enfin, et ce n'est pas rien, cette révision ne s'attaque pas au principal problème : la trop lourde charge financière qui pèse sur les familles à revenus modestes en raison du système de primes par tête et des participations directes aux frais de santé.

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

La question du financement des soins en EMS et à domicile est passée sous silence par les pro-EFAS. Elle est pourtant cruciale puisque, avec EFAS, les cantons se déchargeraient massivement de leur responsabilité financière dans ce domaine au détriment des assuré·e·s, de leurs primes et de leur participation directe.

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".

Avec la révision de la LAMal – EFAS :

- la participation au coût des soins des résident·e·s et des patient·e·s à domicile n'est plus plafonnée comme actuellement dans la LAMal : ils et elles verront la facture en EMS et pour les soins à domicile augmenter.

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 ?

Des organisations patronales qui rassemblent des EMS et des organisations de soins à domicile se réjouissent de la réforme car elles pourront augmenter les frais à charge des patient·e·s et pensionnaires étant donné que la limite actuelle pour leur participation est biffée de la loi.

En chiffres : aujourd'hui, le montant que les personnes âgées et patient·e·s à domicile doivent payer de leur poche quand elles reçoivent des soins est plafonné. Rappelons que dans le régime LAMal, les résident·e·s en EMS et les patient·e·s à domicile doivent s'acquitter, en plus de leur prime-maladie, de leur franchise et de la quote-part sur les factures médico-pharmaceutiques, d'une contribution aux soins prodigués par les personnels soignants. Cette contribution aux frais de soins est au maximum d'environ 15 francs par jour pour les soins à domicile, au maximum 23 francs par jour pour les séjours en EMS. C'est le plafond que la LAMal pose dans son article 25a, al. 5, et qui impose une participation aux coûts des soins des résident·e·s tout en la limitant à un maximum de 20% du tarif maximum à charge de l'assurance.

Avec la réforme EFAS, ces limites maximales, décidées par les cantons (cf. Tableau A), sont supprimées et remplacées par une participation aux coûts qui sera décidée par le Conseil fédéral.

Ce que coûte l'EMS aux résident·e·s vaudois·e·s :

Pour comprendre le mécanisme, voici un exemple chiffré tiré du Mémento n°2, de juin 2021, dans le canton de Vaud

Une journée à l'EMS a un coût moyen CHF 330.- (chiffre 2018)

Ce coût est financé comme suit par les résident·e·s :

- **Les coûts d'hébergement** (non concernés par la révision, mais très onéreux !) : coût des charges mobilières et entretien immobilier : **à charge des résident·e·s**
- **La part socio-hôtelière** (repas, nettoyage chambre, animation, etc.): **à charge des résident·e·s**

La part de participation aux frais de soins (selon un barème de 12 forfaits journaliers fixés selon la lourdeur des soins requis) **à charge des résident·e·s mais plafonnée** :

- la participation aux coûts des soins (les soins quotidiens) est au maximum de **CHF 10.80** (10 % du forfait journalier, dans le canton de Vaud).
- Au total, le·la résident·e débourse **CHF 192.-/jour** en moyenne dans le canton de Vaud en 2018 pour son hébergement. A cela s'ajoute, le paiement des primes d'assurance-maladie, de la franchise, de la quote-part de 10% sur les factures médico-pharmaceutiques...

A noter que la prise en charge des frais n'est pas pareille selon le canton de domicile. Des cantons, en particulier en Suisse romande, facturent moins aux patient·e·s à domicile et aux résident·e·s en EMS (cf. Tableau A)

Dans le domaine des soins de longue durée, la révision de la LAMal - EFAS annonce une nouvelle structure tarifaire qui devra être mise en place (le contenu de la structure n'est pas révélé, mais il est probable qu'elle se base sur des forfaits comme c'est le cas pour les hospitalisations actuellement). Dans la révision EFAS, les participations aux dépenses sont fixées avec rigidité, en lieu et place de la facture résiduelle qui peut varier et s'ajuster aux besoins de la population ; en effet, EFAS impose une répartition rigide :

- les cantons prennent en charge 26,9 % des coûts
- les assureurs prennent en charge 73,1 % des coûts

Ces participations des cantons et assureurs sont calculées après déduction de la participation des assuré·e·s !

Résumé de la répartition des dépenses en EMS avec EFAS :

- **la participation au coût des soins dans les EMS n'est plus plafonnée à 20 % du coût pour les résident·e·s. Le Conseil fédéral décide le montant de la participation.**
- **les cantons ne compensent plus les dépenses des soins non couvertes par les assureurs et les résident·e·s selon le principe d'une facture résiduelle mais ils peuvent bloquer leur participation à 26,9%.**

Le tableau B de la répartition des dépenses actuelles montre que les cantons, en moyenne nationale, participent aux dépenses pour les soins en EMS et à domicile davantage qu'avec la révision EFAS. Motif pour lequel, le SSP affirme que les cantons, dans leur majorité, approuvent cette révision afin de limiter leur participation financière aux frais dans les EMS et les soins à domicile. Deux secteurs dont les dépenses croissent pour des motifs démographiques, notamment.

Déplacer le financement de l'impôt vers les primes d'assurance maladie est une opération qui défavorise les personnes et les familles à faible revenu. Pour ce motif, cette révision de la LAMal doit être refusée, elle fait de la LAMal une assurance encore moins sociale.

Tableau A des participations aux frais des assuré·e·s en Suisse par canton

| Table 17 : Participation des patient·e·s aux soins dans les EMS par jour | |
|--|---|
| Participation maximale des patient·e·s | Cantons |
| CHF 0 | - |
| CHF 8 | GE |
| CHF 10.80 | <ul style="list-style-type: none"> • ZG (la participation du patient est moins élevée pour les personnes dont les besoins en soins sont moins élevés) • VD |
| CHF 21.60 | <ul style="list-style-type: none"> • AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ et TG (pour les personnes se trouvant dans un niveau de soins requis inférieur, la participation du patient est moins élevée). • UR et ZH |
| Participation des patient·e·s en fonction du revenu ou de la fortune | TI et VS |
| Tableau INFRAS. Source : Enquête auprès des cantons | |

| Tableau 18 : Participation des client·e·s pour les soins à domicile par jour | |
|---|---|
| Participation maximale des client·e·s | Cantons |
| CHF 0 | FR, JU ¹ , NE, TI, VD, VS |
| CHF 8 | <ul style="list-style-type: none"> • AI, BL², BS, (pour les personnes dont la durée de soins est inférieure à une heure, la participation du patient est moins élevée). • AR, GE, GR, SZ, ZH |
| CHF 15.95 | <ul style="list-style-type: none"> • AG, LU, SG et TG (pour les personnes dont la durée de soins est inférieure à une heure, la participation du patient est moins élevée). • NW, OW, SH, SO, UR |
| 10% de la cotisation à la caisse maladie jusqu'à un maximum de CHF 15.95. | • |
| En fonction du revenu | BE |
| Variable selon la commune | GL |
| ¹ En 2017, le canton du JU a introduit une participation des patients de 5 CHF/jour. | |

² Selon l'ordonnance sur le financement des soins (SGS 362.14), la participation aux frais de la personne malade dans le secteur ambulatoire est répartie par quart d'heure.

Tableau INFRAS. Source : Enquête auprès des cantons

Tableau B: part des cantons/communes pour le financement résiduel des soins de longue durée.

| | Dépenses AOS soins | Financement résiduel cantons et communes | Participation des cantons |
|-----------|----------------------|--|---------------------------|
| TI | 185 652 121 | 63 816 201 | 26% |
| JU | 36 522 516 | 16 961 976 | 32% |
| NE | 89 213 968 | 45 024 497 | 34% |
| VD | 327 743 699 | 175 015 719 | 35% |
| GL | 12 175 634 | 6 601 020 | 35% |
| AG | 163 314 856 | 99 800 879 | 38% |
| SZ | 38 002 948 | 23 330 278 | 38% |
| VS | 108 014 952 | 66 491 475 | 38% |
| SO | 81 624 985 | 50 318 913 | 38% |
| FR | 95 817 104 | 59 679 284 | 38% |
| BE | 442 124 490 | 301 219 553 | 41% |
| SG | 133 050 299 | 91 014 872 | 41% |
| BS | 89 086 220 | 61 400 704 | 41% |
| GR | 59 853 180 | 41 754 750 | 41% |
| BL | 82 562 448 | 59 079 977 | 42% |
| CH | 2 839 589 297 | 2 132 720 283 | 43% |
| SH | 27 185 854 | 20 639 553 | 43% |
| TG | 70 174 878 | 53 903 967 | 43% |
| AR | 17 322 476 | 14 984 821 | 46% |
| UR | 11 015 278 | 9 717 417 | 47% |
| NW | 12 007 656 | 10 668 397 | 47% |
| LU | 131 458 700 | 118 359 512 | 47% |
| AI | 4 226 385 | 3 953 013 | 48% |
| OW | 9 792 439 | 9 344 548 | 49% |
| ZG | 27 215 565 | 27 089 169 | 50% |
| GE | 175 291 088 | 210 441 285 | 55% |
| ZH | 409 139 562 | 492 108 504 | 55% |

Source : Rapport sur les effets d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires, Rapport de l'Office fédéral de la santé publique du 5 janvier 2022 en complément du rapport du Département fédéral de l'intérieur du 30 novembre 2020 (version actualisée du rapport du 29 octobre 2021).

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

La révision de la LAMal (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). Cette institution existe déjà dans la LAMal mais n'a pas le rôle de « caisse enregistreuse » pour la participation cantonale. Les caisses-maladie ont pour mission de financer les prestations de soins figurant dans le catalogue de l'assurance obligatoire des soins ; de négocier des tarifs pour rembourser les soins et de calculer puis encaisser nos primes. En revanche, les caisses-maladie n'ont pas le mandat d'identifier les besoins de santé de la population, ni de piloter l'organisation des soins, de définir les objectifs de santé publique et encore moins de faire de la prévention. Ce sont des responsabilités à charge des cantons et de la confédération.

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, qui doivent

avoir un accès aux informations nécessaires. La couverture des soins de santé de la population est une responsabilité des cantons et de la Confédération. Ces politiques publiques nécessiteront des investissements financiers conséquents qui ne peuvent être reportés sur les primes indéfiniment. Pour éviter cette explosion des primes, les assureurs n'auront pas d'autre solution que d'économiser sur les dépenses de soins, ce qui produira un effet, en particulier, sur les populations les plus vulnérables, celles qui dépendent des soins de longue durée dans les EMS et à domicile.

Enfin, EFAS confie aux assureurs la gestion des deniers publics ainsi que, dans les faits, 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.

Cette révision ouvre une voie royale pour que les cantons se désengagent encore davantage de leurs responsabilités lorsqu'il s'agit de la prise en charge des personnes les plus vulnérables.

7 Pourquoi 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.

Le mode de financement EFAS, avec une clef de répartition unique, va provoquer un nivellement par le bas des conditions de travail des personnels de santé, car les assureurs ne vont pas financer différemment les institutions de santé pour tenir compte des différents niveaux de salaires entre les régions de Suisse, ni de l'existence de réglementations telles que des lois cantonales ou des conventions collectives de travail. Les partisans d'EFAS annoncent une maîtrise des coûts de la santé mais omettent d'annoncer que cette maîtrise des coûts se ferait sur le dos du personnel de santé.

8 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 pour les patient-e-s et les résident-e-s. 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 ?

Moins de personnel, c'est moins de soins. Moins de financement, ce sont des personnels de moins en moins qualifiés. Une spirale infernale.

9 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.

Santésuisse, une des faitières des assureurs, a annoncé un chiffre en décembre 2023, avant le vote au Parlement : *L'intégration des soins relevant de la LAMal élimine l'effet réducteur des coûts de l'EFAS. Dans le scénario « croissance élevée des soins à la charge de la LAMal », l'intégration des soins à la charge de la LAMal coûte, selon nos prévisions, 4,9 milliards de francs supplémentaires aux payeurs de primes en 2035 et même 9,6 milliards de francs en 2040.*

L'effet réducteur évoqué s'explique par la participation des cantons au financement de l'ambulatoire, effet qui devrait permettre de maîtriser l'augmentation des primes.

On le sait, les prévisions relatives au niveau des primes sur une période longue ne sont pas fiables. Si le département en charge de la santé – l'Office fédéral de la santé publique – n'est aujourd'hui même pas en mesure d'annoncer le niveau des primes en 2026, comment pouvons-nous alors nous fier à des prévisions de primes dans dix ans dans un système entièrement réformé ? Malgré cette incertitude, la clé de répartition décidée au niveau national oriente clairement le balancier : les caisses-maladie devront rembourser une part grandissante des dépenses dans les soins en EMS et à domicile ; l'augmentation de la charge financière pour nos primes est automatique. Une augmentation qui se reportera aussi sur les bénéficiaires par le biais de la participation directe.

Moins de financement par l'impôt, davantage de financement par les primes et par le biais des paiements directs. Une révision anti-sociale et dangereuse.

Les cantons sont intervenus au parlement pour réduire leur part de financement des hôpitaux et des soins aux aîné·e·s. Dans une interview à la Tribune de Genève du 10 septembre, 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 souci, 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.* »

10 Pourquoi cette révision doit être refusée par les femmes ?

EFAS, la révision de la LAMal qui donne davantage de pouvoirs aux assureurs, 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. Etude qui permet de dresser un classement des salaires médians par branche².

| Salaires selon la branche (médian*, par an, en CHF) | |
|--|---------|
| Administration publique | 116 250 |
| Architecture, ingénierie | 94 900 |
| Culture, art, divertissement | 69 271 |
| Fiduciaire, consulting | 109 083 |
| Finance, assurances | 120 000 |
| Industrie, production | 107 705 |
| Industrie pharmaceutique, chimie | 116 278 |
| Informatique | 115 000 |
| Recherche, développement, sciences | 98 000 |
| Santé, travail social : | 88 889 |

La branche de la santé figure en queue de peloton. Ce comparatif met en évidence la moindre valorisation des métiers et professions typiquement féminins, notamment dans le domaine des soins aux autres. 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 ! cette différence de rémunération se monte à 31'111 francs par année, soit 1,25 million de francs sur une vie professionnelle. A cet écart salarial, s'ajoute encore la pénibilité du travail, 24/24, 365 jours par année, ainsi que la charge mentale et émotionnelle qui caractérise les métiers de soins aux autres.

Les personnels de santé et le SSP luttent pour que leurs métiers soient mieux valorisés. Nous devons refuser la révision de la LAMal, EFAS, car elle va provoquer un nivellement des conditions de travail par le bas. En effet, les caisses-maladie auront la mainmise sur le financement du système de santé. Aujourd'hui, les conditions de travail, salariales et de retraites les plus favorables sont celles des établissements publics ou parapublics (hôpitaux, EMS et soins à domicile), alors que le secteur privé à but lucratif rémunère très bien ses médecins et beaucoup moins bien les personnels de santé. 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.

EFAS est un pas supplémentaire vers la privatisation des soins et la dégradation des conditions de travail des personnels de santé, composés à majorité de femmes. Bien que les collectivités publiques ne soient pas des employeurs exemplaires, notamment en raison des politiques d'austérité déployées depuis 30 ans, il n'en reste pas moins qu'elles garantissent des conditions de travail meilleures, notamment en matière de congés paternité/maternité/allaitement/parentaux, de compensation en temps pour le travail de nuit ou encore de retraite.

² HESSUISSE, Communiqué de presse du 17 mai 2023, Les études HES valent la peine. Lien pour l'étude <https://www.fhlohn.ch/fr>

11 Désinvestissement des collectivités publiques

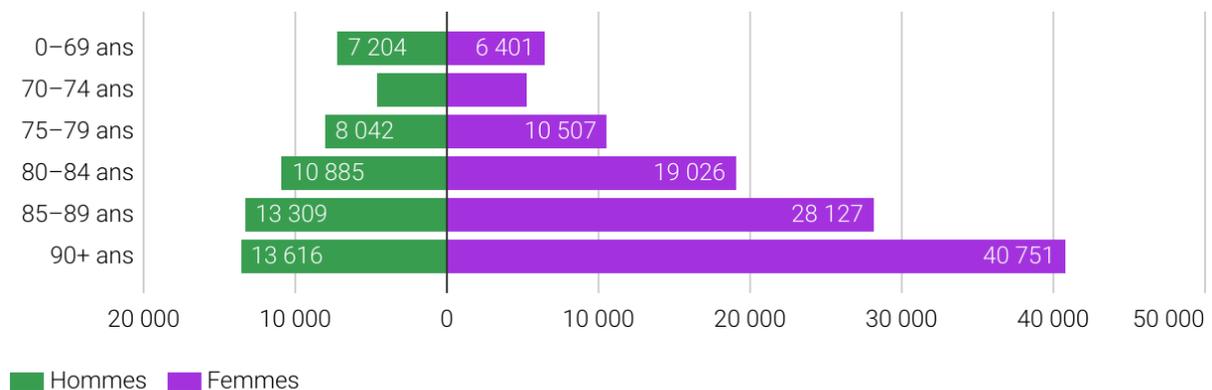
Avec EFAS, les collectivités publiques se déchargent de la responsabilité du financement des EMS et des soins à domicile. Désinvestir un secteur qui soigne et prend en charge des personnes âgées, pour la plupart dépendantes, c'est se reposer une fois de plus sur les femmes, qui endossent gratuitement une immense partie du travail de soins aux proches, souvent au péril de leur propre santé. Quand les services publics sont défaillants, ce sont majoritairement les femmes qui prennent le relais ! 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 revanche, les femmes recourent plus souvent que les hommes aux soins à domicile et surtout elles représentent 72% des pensionnaires des EMS de plus de 80 ans (cf. tableaux de l'OFS ci-dessous).

12 Les résidentes en EMS et les bénéficiaires des soins à domicile paieront le prix fort.

En livrant les EMS et les soins à domicile aux assureurs, à leur logique de rentabilité, à leurs conflits d'intérêts permanents entre assurance de base et assurances complémentaires lucratives, 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.

Clients et clientes des établissements médico-sociaux, en 2022

Nombre selon la classe d'âge

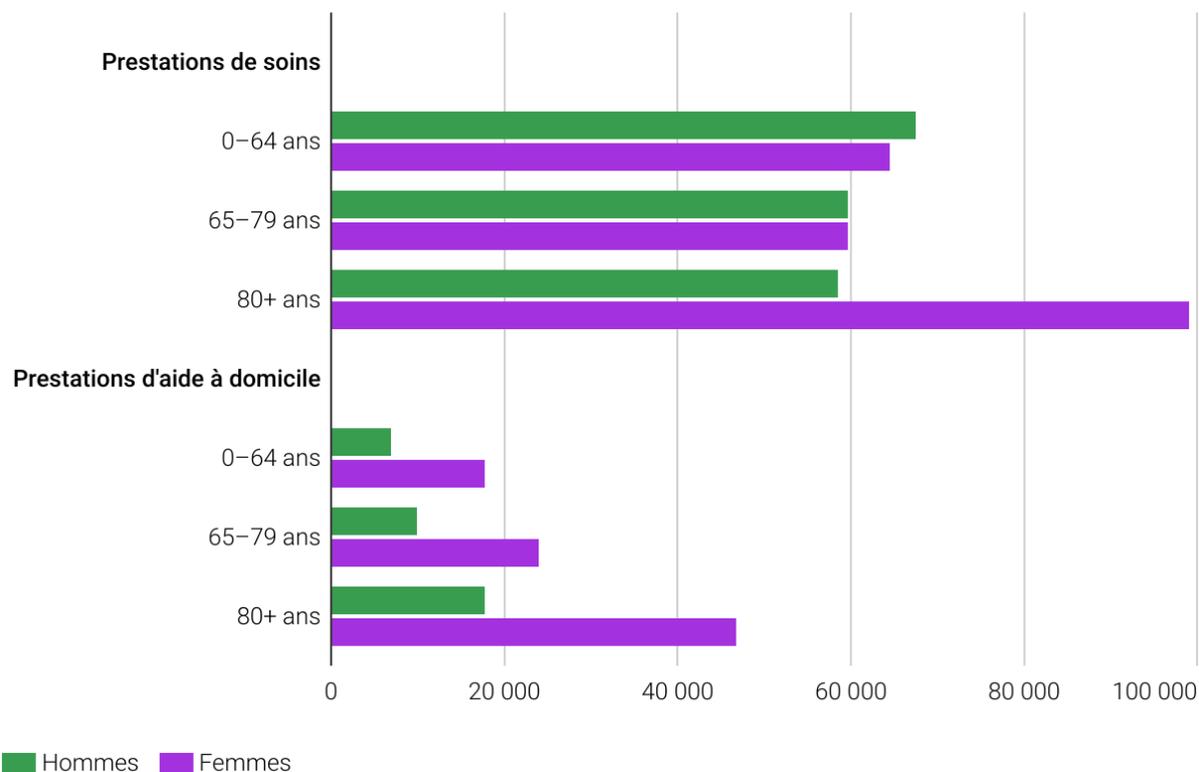


Source: OFS – Statistique des institutions médico-sociales (SOMED)

© OFS 2023

Clientes et clients des services d'aide et de soins à domicile, en 2022

Nombre selon le type de prestation et l'âge



Source: OFS – Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX)

© OFS 2023

Glossaire

Soins stationnaires : tout traitement qui oblige le-la patient-e à passer la nuit à l'hôpital / clinique/maison de naissance.

Soins ambulatoires : tout traitement dans un cabinet, un hôpital, un laboratoire (radio, examens, vaccinations, interventions chirurgicales dites mineures, etc.)

Soins de longue durée : Les soins de longue durée comprennent les prestations de soins dispensées par les établissements médico-sociaux, les services d'aide et de soins à domicile ainsi que les professionnels de la santé indépendants.

Financement résiduel dans les soins de longue durée : l'article 25a al 5 de la LAMal oblige les cantons à financer les frais de soins qui ne sont pas pris en charge par les résident-e-s et les assureurs.

Soins intégrés : le projet phare des assureurs en Suisse est de piloter – dans des réseaux fermés – l'entier des prestations de soins.

EFAS : acronyme pour « *Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen* », ou financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires.