



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

Ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS) (Neutralité des coûts et évaluation des soins requis)

Modifications prévues pour le 1^{er} juillet 2019

Teneur des modifications et commentaire

Berne, juin 2018

Neutralité des coûts concernant les contributions aux soins.....	4
I. Partie générale	4
1 Contexte.....	4
1.1 Bases légales	4
1.2 Méthode de calcul des contributions existantes.....	4
1.3 Principes de vérification des contributions aux soins	5
2. Établissements médico-sociaux	5
2.1 Bases statistiques.....	5
2.1.1 Rémunération et jours de soins facturés.....	5
2.1.2 Prestations annexes	6
2.1.3 Temps de communication (communication au sujet du bénéficiaire CSB).....	7
2.1.4 Soins aigus et de transition	8
2.1.5 Structures de soins de jour ou de nuit.....	8
2.1.6 Définition des soins	8
2.1.7 Étalonnage de BESA et de RAI/RUG.....	9
2.1.8 Introduction du catalogue des prestations BESA (CP 2010)	9
2.1.9 Évolution de l'intensité des soins	9
2.1.10 Salaires et renchérissement général.....	10
2.2 Calcul du facteur de correction des contributions aux soins	11
3. Soins à domicile	12
3.1 Bases statistiques.....	12
3.1.1 Rémunération et heures facturées	12
3.1.2 Prestations annexes et prestations d'autres assureurs sociaux	13
3.1.3 Soins aigus et de transition	14
3.1.4 Structures de soins de jour et de nuit.....	14
3.1.5 Définition des soins	14
3.1.6 Évolution de la structure des prestations selon le type de traitement.....	14
3.1.7 Salaires et renchérissement général.....	16
3.2 Calcul du facteur de correction des contributions aux soins	16
4 Évolution des coûts pour l'AOS du fait de l'adaptation des contributions	17
II. Partie spéciale : commentaire des dispositions Bestimmungen....	17
III. Entrée en vigueur	18
Évaluation des soins requis et exigences minimales à l'égard des systèmes	
d'évaluation des soins requis.....	19
I. Partie générale	19
1. Modifications portant sur le mandat médical et l'évaluation des soins requis	
 dans le but d'accorder une plus grande autonomie aux infirmiers et infirmières	
 ainsi qu'aux organisations de soins et d'aide à domicile	19
1.1 Point de la situation	19
1.2 Situation actuelle	20
1.3 Durée de la prescription médicale - propositions d'adaptation.....	21
1.4 Evaluation	22
1.5 Conséquences sur les coûts	22

1.6	Terminologie	23
2.	Modifications concernant l'évaluation des soins requis en EMS.....	23
2.1	Contexte	23
2.2.	Résultats de l'étude externe	25
2.3.	Détermination d'indicateurs de qualité	25
2.4.	Modifications proposées	25
II.	Partie spéciale : commentaire des dispositions	27
III.	Dispositions transitoires de la modification du	30
IV.	Entrée en vigueur	30

Neutralité des coûts concernant les contributions aux soins

I. Partie générale

1 Contexte

1.1 Bases légales

L'al. 1 des dispositions transitoires de la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) du 13 juin 2008 prévoit que le Conseil fédéral fixe le montant des contributions aux soins par l'assurance obligatoire des soins (AOS) de telle manière qu'il corresponde à l'ensemble des rémunérations pour les soins dispensés sous forme ambulatoire ou dans un établissement médico-social dans l'année précédant l'entrée en vigueur de la modification de la loi (c-à-d. 2010). Si cette règle ne peut pas être respectée la première année suivant l'entrée en vigueur de la modification, le Conseil fédéral doit en outre procéder aux adaptations nécessaires les années suivantes, conformément à la disposition transitoire. Le Conseil fédéral a délégué sa compétence au Département fédéral de l'intérieur (DFI) à l'art. 33, let. i, de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102).

L'adaptation des contributions aux soins sont des corrections *ex post* des contributions aux soins, qui sont inscrites à l'art. 7a de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS ; RS 832.112.31) et qui avaient été calculées *ex ante*, conformément au principe de la neutralité des coûts. Aucun remboursement des différentiels de rémunération qui résultent de la différence entre les contributions initialement fixées et les contributions adaptées ne doit être demandé ni par les EMS aux assureurs ni par les assureurs aux infirmières et infirmiers et aux organisations d'aide et de soins à domicile. Les dispositions transitoires de la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 13 juin 2018 prévoient uniquement une fixation initiale des contributions ainsi que leurs adaptations les années suivantes.

1.2 Méthode de calcul des contributions existantes

Le DFI a calculé les contributions applicables dès le 1^{er} janvier 2011, séparément pour les EMS et les soins à domicile, sur la base de toutes les prestations de soins dispensées en Suisse, et les a inscrites à l'art. 7a OPAS. Les contributions de l'AOS ont été déterminées conformément au principe de neutralité des coûts.

La contribution aux prestations de soins en EMS est définie à l'aide d'un montant journalier. Une grille quantitative pour un système de contribution à l'échelonnement linéaire a été calculée sur la base des données de la Statistique des institutions médico-sociales (ci-après « Statistique SOMED ») de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Elle a été comparée aux rémunérations estimés de l'assurance-maladie pour des prestations de soins en 2007 (environ 1,6 milliard de francs, hors rémunération pour les prestations médicales, les médicaments, les moyens et appareils selon la LiMA, etc.). Les contributions ainsi déterminées ont ensuite été extrapolées à l'année 2009 (année de base) en fonction du renchérissement au cours des années 2007 et 2008 (= 3,1 %).

La contribution aux prestations de soins à domicile est définie à l'aide d'une unité de temps. La détermination des contributions sans incidence financière (art. 7a, al. 1 et 2, OPAS) s'est basée sur l'enquête du bureau d'étude INFRAS (Anna Vettori, Judith Trageser, Rolf Iten: Pflegefinanzierung: Ermittlung der Pflegekosten, Schlussbericht, 16 mai 2007, Zurich). Cette enquête a permis de calculer les coûts moyens par heure de prestation de soins et par type de prestation. Ils ont été comparés à la rémunération moyenne des prestations OPAS par heure (environ 57 francs) par l'assurance-maladie selon la Statistique de l'aide et des soins à domicile 2007 de l'OFS (ci-après « Statistique Aide et soins à domicile »). Les contributions ainsi déterminées ont alors été extrapolées à l'année 2009 (année de base) en fonction du renchérissement au cours des années 2007 et 2008 (= 3,1 %). Les contributions sont calculées par heure ; la rémunération effective s'effectue cependant par unité de temps de 5 minutes. Étant donné que les fournisseurs de prestations se rendent généralement au domicile des patients pour les soigner, une durée minimale de 10 minutes a été fixée par intervention.

1.3 Principes de vérification des contributions aux soins

Tout comme le calcul des contributions existantes, leur vérification par le DFI doit également être réalisée séparément pour les EMS et les soins à domicile.

Le délai transitoire pour l'introduction des contributions n'a expiré qu'à la fin de l'année 2013 (al. 2 des dispositions transitoires du nouveau régime de financement des soins). Pour cette raison, seules les données de l'année 2014 sont pertinentes pour les rémunérations selon le nouveau régime de financement des soins et peuvent être comparées avec celles de l'année 2010, qui a précédé l'entrée en vigueur, afin de vérifier la neutralité des coûts.

La vérification de la neutralité des coûts a pour but de déterminer l'influence du passage des tarifs aux contributions pour les soins à domicile sur les coûts à la charge de l'AOS. La modification de la somme des rémunérations dans le temps qui s'explique par l'évolution d'autres paramètres tels que les jours de soins ou l'intensité des soins ne doit pas être prise en compte pour l'adaptation des contributions de l'AOS sur la base du principe de la neutralité des coûts.

L'approche de la neutralité des coûts se focalise sur la perspective du financement par l'AOS et non sur l'évolution des coûts pour la fourniture de la prestation. C'était déjà le cas lors de l'application des tarifs-cadre dans l'ancien droit, qui ont été adaptés à deux reprises, le 1^{er} janvier 2005 et le 1^{er} janvier 2008.

2. Établissements médico-sociaux

2.1 Bases statistiques

2.1.1 Rémunération et jours de soins facturés

L'évolution des coûts de soins efficaces peut constituer un critère pour l'adaptation des contributions de l'AOS aux soins, si la transparence des coûts est garantie selon les dispositions de l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP ; RS 832.104)¹. La transparence des coûts pour la détermination du financement résiduel des cantons n'ayant pas été atteinte, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a rappelé aux cantons et aux organisations des EMS dans un courrier du 23 juin 2015 que les coûts des prestations de soins devaient être déterminés sur la base des prescriptions de l'OCP et que les coûts devaient être ventilés entre les soins, l'accompagnement et l'hôtellerie en fonction du relevé du temps de travail. Le risque de voir l'évolution des coûts de l'unité finale d'imputation « Soins LAMal » (+14 % entre 2010 et 2014 selon la statistique SOMED, tab. 13-a) ne pas correspondre à l'évolution réelle des coûts ne pouvant pas être exclu, les coûts des soins LAMal ne serviront pas de référence.

La présente vérification s'appuie sur le pool de données SASIS et plus précisément sur les fichiers Cognos Powerplay (ci-après « pool de données »), tant pour les indications relatives aux prestations brutes que pour celles sur les jours de soins. La ventilation du pool de données par groupes de coûts est stable et constante sur la durée, les définitions sont précises et la plausibilité des données annuelles a été vérifiée ; ces dernières sont rétroactivement corrigées si nécessaire. La vérification de la neutralité des coûts se fonde exclusivement sur les données des EMS et exclut par conséquent les prestations que les hôpitaux facturent sous le type de coûts EMS. Les données sur les prestations brutes de la statistique AOS de l'OFSP et de la statistique SOMED ne sont pas utilisées. Dans la statistique AOS de l'OFSP, les chiffres ne sont pas assez précis pour la présente finalité, et les rubriques sont trop peu différenciées. Les informations sur les jours de soins dispensés font en outre défaut. Les recettes selon la statistique SOMED de l'année 2010 semblent beaucoup trop élevées par rapport aux données des années suivantes. Pour cette raison, les données de la statistique SOMED sont utilisées uniquement pour vérifier les besoins en soins ainsi que les salaires du personnel soignant pour la fourniture des soins LAMal (cf. ch. I.2.1.9 et I.2.1.10).

¹ Réponse du Conseil fédéral du 6 juillet 2016 au postulat 16.3352 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national.

Quant au pool de données, les prestations brutes et les jours de soins pour toute la Suisse (hors étranger et inconnu) par émetteur de la facture et selon le début du traitement sont utilisés. Pour 2010, ces données proviennent de l'analyse du pool de données pour les années 2010-2014, pour l'année 2014 de l'analyse pour les années 2013-2017. Le pool de données permet d'analyser les données par fournisseur de prestations (p. ex., « EMS », « infirmières et infirmiers » et « organisations d'aide et de soins à domicile »), par type de prestation (p. ex., « tarifs stationnaires », « soins aigus et de transition », « médicaments ») ou selon une combinaison de ces deux critères. Le fournisseur de prestations « EMS » s'articule autour des sous-catégories « EMS », « homes pour personnes âgées et EMS », « établissements pour handicapés », « établissements pour cas psycho-sociaux », « soins aigus et de transition » et « cas spéciaux ». Les données par fournisseur de prestations pour la catégorie principale « EMS » sont utilisées dans le cadre de la vérification de la neutralité des coûts concernant les contributions aux soins. En l'absence de mention contraire, c'est de cette application qu'il s'agit dans le présent commentaire. L'analyse de sensibilité montre que le facteur de correction des contributions aux soins (calculé selon la méthode énoncée au ch. I.2.2 ci-dessous) n'évoluerait que de façon minimale (entre -0,2 % et +0,1 %) par rapport à l'application de la catégorie principale « EMS » dans les cas suivants : en cas de prise en compte des seules sous-catégories « EMS » et « homes pour personnes âgées et EMS », des seules sous-catégories « EMS », « homes pour personnes âgées et EMS » et « soins aigus et de transition » ou de toutes les sous-catégories à l'exclusion des « soins aigus et de transition ». L'effet de ces différentes sélections est sans importance en comparaison de l'influence des paramètres non quantifiables présentés aux points suivants, tels que l'étalonnage des systèmes d'enregistrement des soins requis BESA et RAI/RUG, l'évolution de l'intensité des soins ou le transfert de la facturation des matériels (cf. à ce sujet les ch. I.2.1.2 à I.2.1.9).

Les jours de soins sont recensés dans le pool de données, mais aussi dans la statistique SOMED. L'augmentation quantitative entre 2010 et 2014 selon les données de la statistique SOMED (tab. 4-A) est supérieure (+7,8 %) à celle énoncée par le pool de données (+5,4 %, sélection comme pour les prestations brutes, cf. ch. 2.2). La différence pourrait s'expliquer par le fait que les chiffres publiés dans la statistique SOMED jusqu'en 2011 ne tiennent compte que des jours de soins des clients de longue durée et que les jours de soins des clients de courte durée ainsi que des clients des structures de soins de jour ou de nuit ne sont pris en compte que depuis 2012.

2.1.2 Prestations annexes

Les productions 2010 et 2014 du pool de données de SASIS SA ne présentent pas une structure identique. Les types de prestations « EMS niveau de soins inconnu » et « Ambulatoire niveau de soins inconnu » étaient prévus en 2010. Le type de prestations « EMS niveau de soins inconnu » inclut non seulement les prestations brutes pour les prestations de soins, mais aussi celles pour les prestations annexes, notamment sous la forme de forfaits complets. Les types de prestations remaniés et valables en 2014 prévoient pour les EMS une subdivision en « EMS tarifs stationnaires », « EMS tarifs soins ambulatoires dans des structures de jour ou de nuit », « EMS tarifs ambulatoires dans les soins aigus et de transition », « EMS tarifs forfaits » et « EMS médicaments et LiMA », ce qui implique un enregistrement séparé des prestations annexes. Mais il est probable qu'en 2014 toutes les données n'ont pas été livrées correctement au pool de données selon la nouvelle structure de production, de sorte que des prestations annexes continuent d'être facturées sous le type de prestations « EMS tarifs stationnaires ».

Les analyses de données réalisées par l'OFSP ont révélé que la présentation de la rémunération des soins et des prestations annexes manquait de transparence et avait divergé en 2010 et 2014. Dans ses arrêts du 1^{er} septembre et du 7 novembre 2017, le Tribunal administratif fédéral (TAF) a retenu que les matériels appliqués par le personnel soignant – qu'ils figurent sur la liste des moyens et appareils (LiMA) ou non (C-3322/2015 et C-1979/2015) – constituent une partie nécessaire des prestations de soins qui ne doivent pas être rémunérées séparément mais par les trois agents prévus par les règles du financement des soins. En raison de cette situation juridique, lors du calcul des contributions de l'AOS aux soins, le DFI n'a pas tenu compte pour les EMS des moyens et appareils parfois remboursés séparément (cf. ch. I.1.2). Les réunions avec les représentants des cantons, des fournisseurs de prestations et des assureurs organisées par l'OFSP en 2014 et 2015 n'ont toutefois pas permis de déterminer comment les coûts pour les matériels de soins étaient facturés par les fournisseurs de prestations et

ainsi pris en compte dans le calcul des contributions. Même si certains matériels destinés à être appliqués par le personnel soignant ont été décomptés séparément, cela ne veut pas dire pour autant que ces prestations n'étaient pas au moins partiellement incluses dans les rémunérations et tarifs pris en compte dans le calcul des contributions aux soins.

Selon les indications du pool de données, le total des prestations brutes des assureurs aux centres de remise LiMA a progressé de 97 % entre 2010 et 2014, passant de 122 à 240 millions de francs, suivi d'hausses supplémentaires à 259 millions de francs en 2015 et à 284 millions de francs en 2016 (sélection des données comme pour les prestations brutes, cf. ch. I.2.1.1). Selon le pool de données, une augmentation des prestations brutes pour le type de prestations « LiMA Cabinet médical » de 94 à 127 millions de francs a en outre été enregistrée pour les médecins entre 2010 et 2014, suivie d'une hausse à 134 millions de francs en 2015 et de 143 millions de francs en 2016. Pour les pharmacies, les prestations brutes du type de prestations « LiMA Pharmacie » ont progressé de 128 à 151 millions de francs entre 2010 et 2014, avec une hausse à 160 millions de francs en 2015 et 169 millions de francs en 2016. L'évolution habituelle des coûts de la santé en raison du progrès technique et de la démographie ne devrait en tous cas pas expliquer une augmentation aussi forte des coûts sur une période aussi courte. Entre 2010 et 2014 et même au cours des années suivantes, il devrait donc y avoir eu un transfert de la facturation des matériels des EMS et des fournisseurs de prestations des soins à domicile vers les cabinets médicaux, les pharmacies et les centres de remise LiMA. L'évolution des prestations brutes totales aux EMS prise en compte pour le calcul de la correction des contributions aux soins devrait donc être inférieure à celle qui se serait produite sans le transfert. La hausse prévue des contributions dans le cadre de la présente vérification en raison du principe de la neutralité des coûts devrait donc être un peu trop élevée.

L'analyse des données décrite montre qu'une correction des contributions en rapport avec le matériel ne serait pas justifiée. Seule la prise en compte des prestations brutes totales de l'AOS aux EMS est possible pour la vérification de la neutralité des coûts et non une évaluation selon le type de prestations. L'analyse de sensibilité montre que le facteur de correction des contributions aux soins serait réduit d'un point de pourcentage pour chaque tranche de 17 millions de francs de prestations annexes transférées.

Si les prestations brutes pour des prestations annexes avaient pu être soustraites de la présente vérification de la neutralité des coûts concernant les contributions aux soins, les calculs s'appuieraient sur une base plus basse. Eu égard aux indications du pool de données, la différence entre la facturation des EMS dans tous les types de prestations et la facturation selon le type de prestations « EMS tarifs stationnaires » se situe à 100 millions de francs en 2014 ; cette différence comprend en tout cas, en plus des prestations brutes des prestations annexes, aussi celles par exemple des prestations des soins aigus et de transition et des cliniques de jour et de nuit. Avec une déduction de 95 millions de francs (100 millions de francs pondérés selon l'évolution des journées de soins entre 2010 et 2014 [$100 \times 29'577'041 / 31'169'790$]) pour l'année 2010 et de 100 millions de francs pour l'année 2014 des prestations brutes prises en compte pour les calculs, le facteur de correction calculé n'augmenterait que de 0.4 pour cent (cf. ch. I.2.2). Tout en considérant le caractère d'estimation de ce résultat – notamment les cliniques de jour et de nuit peuvent aussi être financées selon les règles du financement des soins – et les autres insécurités relevées dans ce commentaire, l'effet est négligeable.

2.1.3 Temps de communication (communication au sujet du bénéficiaire CSB)

Dans les cantons qui appliquent le système PLAISIR (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis ; Genève, Jura, Neuchâtel et Vaud), l'évolution des prestations brutes par jour de soins pour les EMS entre 2010 et 2014 est également influencée par la nouvelle rémunération de la CSB. Sans cet effet, l'évolution des prestations brutes serait inférieure à l'évolution observée et la correction des contributions serait supérieure à celle qui ont été calculés (cf. ch. I.2.2). Selon les informations de l'assureur-maladie CPT, l'effet de la nouvelle rémunération de la CSB sur la Suisse représenterait l'équivalent d'environ 0,60 franc par jour de soins, soit 19 millions de francs après multiplication par l'ensemble des jours de soins en 2014 et une augmentation de la correction des contributions aux soins d'environ un point de pourcentage. Comme pour la question du transfert de la facturation des prestations annexes, il est également renoncé ici à une correction spécifique.

2.1.4 Soins aigus et de transition

La catégorie de prestations des soins aigus et de transition a été introduite lors du nouveau financement des soins. Elle inclut le même catalogue de prestations (art. 7 OPAS) que les autres prestations de soins. Elle est toutefois remboursée selon les règles du financement hospitalier (art. 25a, al. 2, LAMal). Pour cette raison, les informations concernant les soins aigus et de transition du pool de données pour l'année 2014 devraient en principe être éliminées dans le cadre de la vérification.

Des prestations comme celles des soins aigus et de transition étaient déjà fournies en 2010 et antérieurement. À l'époque, elles étaient financées à l'instar des autres prestations de soins et étaient également recensées dans la statistique SOMED. D'après celle-ci, seuls 318 lits ont été réservés pour les soins aigus et de transition en Suisse en 2014, c.-à-d. 0,3 % de tous les lits en EMS. En 2014, le pool de données présente pour les EMS des produits des tarifs du type de prestations « Soins aigus et de transition » qui ne représentent que 0,2 % des prestations brutes totales aux EMS. C'est la raison pour laquelle le résultat de la correction des contributions sans la prise en compte des soins aigus et de transition n'augmenterait que de façon marginale d'environ 0,2 % .

Pour cette raison et parce que l'influence d'autres paramètres tels que l'étalonnage des instruments de saisie des besoins en soins BESA et RAI/RUG, l'évolution de l'intensité des soins ou le transfert de la facturation des matériels ne peut pas être quantifiée dans le cadre de la présente vérification de la neutralité des coûts concernant les contributions aux soins, il n'est pas indiqué d'éliminer les indications relatives aux soins aigus et de transition du pool de données dans le cadre de la vérification pour l'année 2014.

2.1.5 Structures de soins de jour ou de nuit

Le pool de données présente une faible part de prestations brutes pour les structures de soins de jour ou de nuit dans les prestations brutes totales aux EMS, à savoir 2,8 % pour l'année 2014. Comme indiqué ci-dessus, les productions 2010 et 2014 du pool de données de SASIS SA ne présentent pas une structure identique. Seuls les types de prestations nouveaux et également valables en 2014 prévoient une subdivision avec un type de prestations spécifique pour les structures de soins de jour ou de nuit. En 2010, les prestations brutes et les jours de soins des structures de soins de jour ou de nuit figuraient parmi d'autres types de prestations, notamment sous le type de coûts « EMS niveau de soins inconnu ». Pour cette raison, il est indiqué de ne pas exclure les prestations brutes correspondantes de l'année 2014 de la base de calcul pour la vérification de la neutralité des coûts concernant les contributions aux soins. L'influence des prestations brutes des structures de soins de jour ou de nuit sur le total des prestations brutes prises en compte peut ainsi ne pas être limitée à l'année 2010.

2.1.6 Définition des soins

À son entrée en vigueur en 2012, des adaptations ont été opérées au domaine des soins dans l'OPAS, notamment en relation avec les mesures de coordination et de préparation des médicaments. Des prestations de coordination ont déjà été décomptées auparavant, aux positions « Évaluation des besoins » et « Conseil » (art. 7, al. 2, OPAS), de sorte que la modification a dû se traduire par de faibles coûts supplémentaires non quantifiables. Selon un arrêt rendu par le Tribunal fédéral en 2010 (9C-62/2009), la préparation des médicaments ne faisait pas partie des prestations de soins obligatoires. On peut tout de même supposer que cette prestation avait déjà été réalisée, facturée et généralement prise en charge par les assureurs avant l'arrêt du Tribunal fédéral. Il est impossible de quantifier dans quelle mesure cela n'a plus été le cas au cours de l'année 2010 prise en compte dans la présente vérification de la neutralité des coûts. Ces modifications ne devraient cependant pas avoir eu d'effet significatif sur cette vérification.

2.1.7 Étalonage de BESA et de RAI/RUG

Le 31 août 2011, le groupe de pilotage des structures tarifaires II (CURAVIVA, santésuisse, CDS, OFSP) a rendu sa recommandation concernant l'étalonnage des instruments de saisie du besoin en soins BESA et RAI/RUG. Il n'est pas possible d'évaluer les effets de cet étalonnage sur les coûts globaux de l'AOS. Elle dépend des systèmes pour lesquels il a été réalisé et des cantons correspondants.

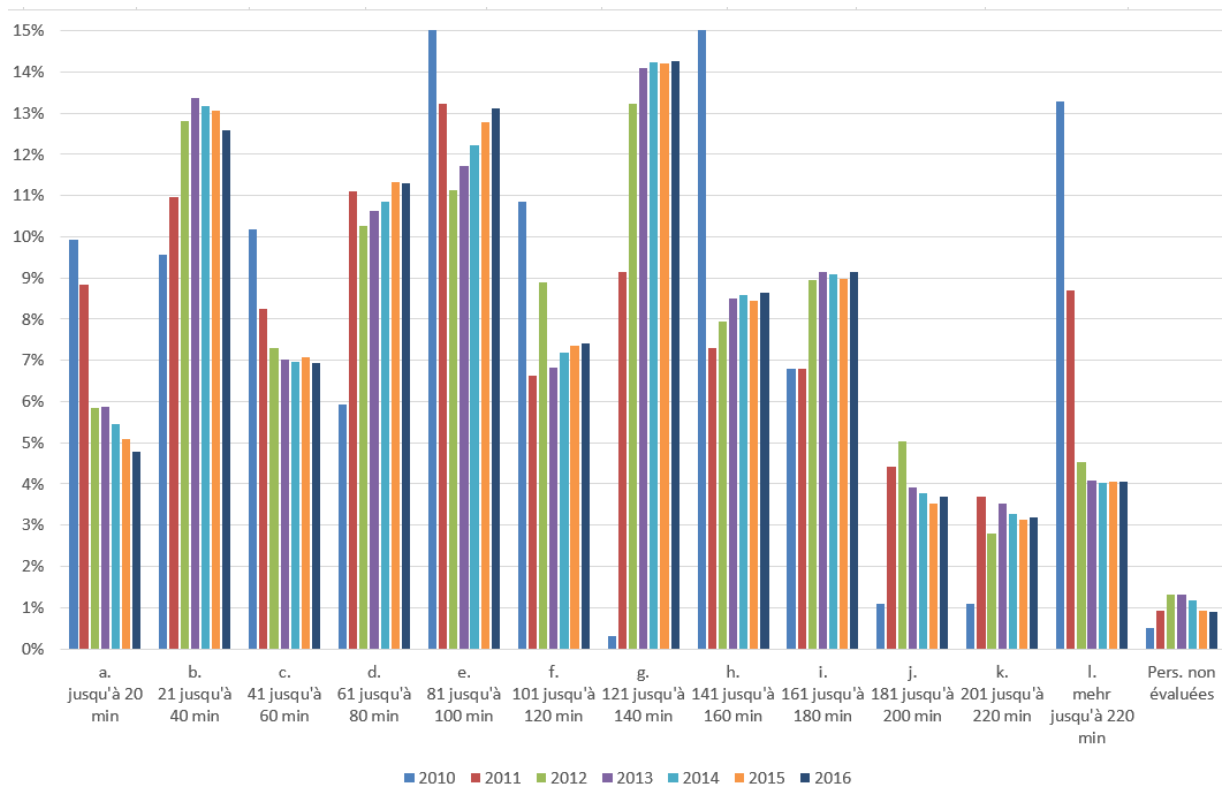
2.1.8 Introduction du catalogue des prestations BESA (CP 2010)

Lors d'une enquête menée fin 2012, BESACare SA a constaté que l'évaluation des patients était trop élevée lors de l'évaluation initiale avec le catalogue des prestations BESA (CP 2010), qui remplace le catalogue des prestations BESA (CP 2005). Cela aurait été dû au manque d'expérience des collaborateurs. Il n'existe cependant aucune information exploitable pour une quantification.

2.1.9 Évolution de l'intensité des soins

La vérification de la neutralité des coûts se fonde sur l'hypothèse que le niveau des besoins en soins des patients est resté constant durant la période 2010-2014. Les chiffres 2012-2014 de la statistique SOMED confortent cette hypothèse (cf. graphique 1). La mauvaise corrélation entre les niveaux pour les années 2010 et 2011 et ceux des années 2012-2016 devrait pouvoir s'expliquer par le fait que l'OFS ne recense directement les groupes RUG, les minutes BESA (CP 2010) et PLAISIR ainsi que les points BESA (CP 2005) que depuis 2011 en partie et 2012 en totalité et calcule les minutes RAI et BESA à l'aide d'un tableau de conversion de Q-Sys et de Curaviva. Auparavant, l'OFS calculait les minutes sur la base de la médiane des niveaux de soins selon son propre tableau de conversion.

Graphique 1 : répartition de l'intensité des soins entre les 12 niveaux du besoin en soins au cours des années 2010 à 2016



Source : graphique de l'OFSP fondé sur les indications du tableau 4-A SOMED (les valeurs 2010 ont été extrapolées pour les degrés j et k).

L'indice de l'intensité des soins (chiffres-clés des EMS suisses, OFSP) a été calculé sur la base des données de la statistique SOMED et correspond à la moyenne des indices des jours de soins des clients qui bénéficient de soins LAMal (hors soins aigus et de transition et hors clients non évalués). Entre 2010 et 2016, l'indice est de 5,8. Les observations relatives à la statistique SOMED concernant les échelonnements 2010 et 2011 s'appliquent évidemment aussi à l'indice de l'intensité des soins. L'incertitude liée à l'étalonnage de BESA et RAI/RUG et à l'introduction du catalogue de prestations BESA (CP 2010) fait qu'aucune conclusion fiable concernant l'évolution effective du besoin en soins des patients ne peut être tirée, même dans le cas d'une prise en compte statistique exacte de l'échelonnement des soins durant la période 2010-2014..

2.1.10 Salaires et renchérissement général

Durant la période 2010 à 2016, les salaires nominaux ont augmenté de 2,6 % dans le système de santé, les EMS et le domaine social, selon la statistique des salaires de l'OFS.

L'indice national des prix à la consommation a baissé de 1,7 % entre 2010 et 2017.

L'évolution 2010-2016 des salaires par équivalent plein temps calculée² sur la base de la statistique SOMED pour la fourniture des soins LAMal est de 0,5 % (77 712 francs en 2010 et 78 137 francs en 2016) pour l'ensemble du personnel et de -1,8 % (66 611 francs en 2010 et 65 444 francs en 2016) pour le personnel soignant ; à titre de comparaison, l'évolution 2010-2016 des salaires par équivalent plein temps pour la fourniture des soins LAMal est de -2,4 % pour le personnel soignant, à l'exclusion des centres de coûts auxiliaires, des cliniques de jour et de nuit et des soins aigus et de transition (66 611 francs en 2010 et 65 015 francs en 2016).

Dans cette situation, il est renoncé à la prise en compte de l'évolution des salaires et du renchérissement lors de la vérification des contributions aux soins.

² Analyse de l'OFSP

2.2 Calcul du facteur de correction des contributions aux soins

Le pool de données fournit des indications sur les prestations brutes et les jours de soins pour la présente vérification. La sélection est réalisée pour l'ensemble de la Suisse (hors étranger et inconnu), par émetteur de facture et selon le début du traitement et numéro de registre des codes-créanciers du fournisseur de prestations (catégorie principale « EMS », cf. ch. I.2.1.1). Les soins aigus et de transition ne sont pas éliminés pour l'année 2014. Pour l'année 2010, ces informations proviennent de l'analyse du pool de données pour les années 2010-2014, pour l'année 2014 de l'analyse pour les années 2013-2017. Le taux de couverture des informations concernant l'effectif des assurés est de 100 % pour les années 2010 et 2014.

Calcul du facteur de correction des contributions selon l'art. 7a, al. 3, OPAS :

Pool de données / Suisse (hors étranger et inconnu)			
	Pool de données, émetteur de facture, début du traitement, fournisseur de prestations « EMS », tous les types de prestations		Prestations brutes par jour de soins
	Prestations brutes	Jours de soins	
2010	1 818 810 434	29 577 041	61,49
2014	1 796 904 997	31 169 790	57,65
Évolution 2010 - 2014	-1,2 %	5,4 %	-6,3 %

Facteur de correction des contributions	Jours de soins pour 2014	Prestations brutes pour 2010
.....	Jours de soins pour 2010	Prestations brutes pour 2014
	=	x
		- 1 = 6.7 %

Correction des contributions en francs

	Précédemment	Nouveau
a. jusqu'à 20 minutes de soins requis :	9,00	9,60
b. de 21 à 40 minutes de soins requis :	18,00	19,21
c. de 41 à 60 minutes de soins requis :	27,00	28,81
d. de 61 à 80 minutes de soins requis :	36,00	38,41
e. de 81 à 100 minutes de soins requis :	45,00	48,02
f. de 101 à 120 minutes de soins requis :	54,00	57,62
g. de 121 à 140 minutes de soins requis :	63,00	67,22

h. de 141 à 160 minutes de soins requis :	72,00	76,82
i. de 161 à 180 minutes de soins requis :	81,00	86,43
j. de 181 à 200 minutes de soins requis :	90,00	96,03
k. de 201 à 220 minutes de soins requis :	99,00	105,63
l. plus de 220 minutes de soins requis :	108,00	115,24

En raison de l'hypothèse selon laquelle une partie des prestations annexes facturées par les EMS en 2010 aurait été facturée par les centres de remise LiMA et les pharmacies en 2014, l'évolution des prestations brutes totales aux EMS prise en compte devrait être inférieure à celle sans transfert. Dans le présent calcul, il en résulte une hausse des contributions qui devrait être un peu trop élevée, eu égard au principe de la neutralité des coûts. En réalité, les prestations brutes par jour de soins des EMS varient également pour les années après l'adaptation des tarifs aux contributions de la LAMal selon le pool de données, de 57,65 francs en 2014 à 56,93 francs en 2015, 56,46 francs en 2016 et, vers le haut, à 56,91 en 2017 (concernant la donnée 2017, il peut y avoir un décalage en raison des données incomplètes de la dernière année de traitement). La diminution peut au moins en partie être due à l'effet du transfert de la facturation des coûts du matériel. Il n'est cependant pas exclu que d'autres facteurs qui ne sont pas spécifiques à la période de l'adaptation des tarifs aux contributions aux soins (2010-2014) jouent un rôle. Il est donc possible que les contributions selon l'art. 7a OPAS ne soient pas aussi basses que l'indique la présente vérification.

3. Soins à domicile

3.1 Bases statistiques

3.1.1 Rémunération et heures facturées

Pour les soins à domicile, le pool de données ne recense pas les heures facturées par les infirmières et infirmiers et les organisations d'aide et de soins à domicile. La statistique Aide et soins à domicile de l'OFS constitue l'unique source en la matière.

La statistique Aide et soins à domicile est une enquête exhaustive qui comprend les données de toutes les assurances sociales, sans donner de détails quant au type d'assurance sociale. La hausse en pour cent des recettes entre 2010 et 2014 qui ressort de cette statistique devrait sous-estimer la hausse effective, parce que la variable utilisée pour la présente vérification de la neutralité des coûts concernant les contributions aux soins, à savoir la rémunération des soins par le biais de l'AOS, n'influence qu'une partie des recettes présentées. Par ailleurs, la statistique Aide et soins à domicile, qui se focalise sur le maintien au domicile, recense également des prestations qui sont fournies dans des logements pour personnes âgées, des résidences pour seniors et des structures de soins de jour ou de nuit. En 2010, celles-ci étaient encore rémunérées selon le tarif des soins à domicile, avant de l'être par le biais des contributions prévues pour les EMS en 2014. Les prestations correspondantes sont converties en heures. Il n'est pas non plus exclu que des recettes au titre de prestations selon l'art. 7 OPAS qui n'ont pas été rémunérées par le biais de l'assurance-maladie aient été regroupées en 2010 à la rubrique « Recettes des prestations OPAS » et en 2014 à la nouvelle rubrique « Clients/es ». L'évolution des recettes dans le cadre de la présente vérification de la neutralité des coûts serait ainsi sous-estimée. Des questions de représentativité se posent en plus des questions évoquées du classement des prestations. Suite à l'introduction du nouveau régime de financement des soins, l'enquête 2010 de la statistique Aide et soins à domicile a couvert pour la première fois les organisations à but lucratif et les infirmières et infirmiers indépendants, en plus des organisations d'utilité publique et de droit public. Les infirmières et infirmiers indépendants dans les cantons de Zurich et de Genève n'ont pas participé à l'enquête 2010. La représentativité des organisations à but lucratif dans la statistique Aide et soins à domicile dépendait en outre du temps requis par les cantons pour la consolidation de la liste des organisations à but lucratif. L'augmentation des prestations brutes entre 2010 et 2014 devrait en principe

être plus importante dans la statistique Aide et soins à domicile que dans le pool de données, notamment à cause de la représentativité plus forte en rapport avec les organisations à but lucratif.

Les recettes des prestations des assureurs selon la statistique Aide et soins à domicile ont progressé seulement de 597 à 760 millions de francs, soit 27,3 %, entre 2010 et 2014 (tableau 7.1, rubrique « Recettes des prestations OPAS » en 2010 et tableau 15.1, rubrique « Assureurs » en 2014), alors que les prestations brutes totales des infirmières et infirmiers et des organisations d'aide et de soins à domicile selon le pool de données ont augmenté de 580 à 750 millions de francs, soit 29,3 %, entre 2010 et 2014. À l'instar des EMS, la sélection s'effectue dans le pool de données pour toute la Suisse (hors étranger et inconnu), par émetteur de facture et début du traitement et numéro au registre des codes-crédanciers du fournisseur de prestations (principales catégories « infirmières et infirmiers » et « organisations d'aide et de soins à domicile »). Pour l'année 2010, ces données proviennent de l'analyse du pool de données pour les années 2010-2014, pour l'année 2014 de l'analyse pour les années 2013-2017. Dans les années 2010 et 2014, le taux de couverture des données est de 100 %.

Les données du pool de données sont plus précises que celles de la statistique Aide et soins à domicile (cf. ch. I.2.1.1). Les incohérences dans la statistique Aide et soins à domicile et entre la statistique Aide et soins à domicile et le pool de données montrent qu'une application méthodologiquement correcte des prestations brutes selon le pool de données avec les heures fournies selon la statistique Aide et soins à domicile est difficile. La vérification de la neutralité des coûts s'appuie par conséquent exclusivement sur les informations de la statistique Aide et soins à domicile.

3.1.2 Prestations annexes et prestations d'autres assureurs sociaux

Les productions 2010 et 2014 du pool de données de SASIS SA ne présentent pas une structure identique. En 2010, aucun type de prestations spécifique n'était prévu pour les infirmières et infirmiers. Le type de prestations « niveau de soins ambulatoires inconnu » devait tenir compte des prestations brutes pour les infirmières et infirmiers, mais aussi des prestations brutes pour les prestations annexes. Plusieurs types de coûts existaient uniquement pour les organisations d'aide et de soins à domicile, à savoir « Aide et soins à domicile – matériel et LiMA », « Aide et soins à domicile - médicaments » et « Aide et soins à domicile tarif-temps ». Les types de prestations « Tarifs ambulatoires », « Tarifs ambulatoires dans des structures de soins de jour ou de nuit », « Tarifs soins aigus et de transition » et « Matériel et LiMA » ont été différenciés en 2014, tant pour les infirmières et infirmiers que pour les organisations d'aide et de soins à domicile ; auxquels s'ajoute uniquement pour les organisations d'aide et de soins à domicile le type de prestations « Médicaments ». Il est possible que toutes les informations 2014 n'aient pas été correctement livrées au pool de données conformément à la nouvelle structure de production, de sorte que des prestations annexes soient toujours incluses dans le même type de prestations des prestations de soins. On peut par exemple se demander pourquoi les organisations d'aide et de soins à domicile affichaient en 2010 dans le pool de données 12,4 millions de francs de prestations brutes pour le type de prestations « Aide et soins à domicile - matériel et LiMA » et 2,0 millions de francs pour le type de prestations « Aide et soins à domicile - médicaments », alors que ces prestations n'étaient plus que de 9,2 millions de francs et de 0,2 million de francs en 2014. Dans la statistique Aide et soins à domicile qui présentait les prestations de soins avec un renvoi à l'OPAS dès 2010, les fournisseurs de prestations devraient également avoir facturé des coûts de matériel et de médicaments avec des prestations de soins. Comme pour les EMS, on peut en tous cas supposer un transfert de la facturation de prestations annexes aux centres de remise LiMA, aux cabinets médicaux et aux pharmacies (cf. ch. I.2.1.2). En ce sens, l'évolution des prestations brutes par jour de soins pour les infirmières et infirmiers et les organisations d'aide et de soins à domicile devrait en partie être déterminée par le transfert de la facturation de prestations annexes à d'autres fournisseurs de prestations. Il n'est pas possible de chiffrer à combien s'élève un tel transfert éventuel. Nous renonçons à une correction correspondante dans le cadre de la présente vérification. À cause du transfert, on peut supposer que l'évolution des prestations brutes totales prise en compte pour le calcul de la correction des contributions aux soins est inférieure à ce qu'elle aurait été sans le transfert. Les contributions prévues dans le cadre de la présente vérification en raison du principe de la neutralité des coûts devraient donc être un peu trop élevées.

En cas d'élimination des prestations brutes pour les prestations annexes, les calculs se seraient fondés sur une base plus basse. Eu égard aux indications du pool de données, la différence entre la facturation des organisations d'aide et de soins à domicile et des infirmières et infirmiers dans tous les types de prestations et la facturation selon le type de prestations « Infirmières et infirmiers tarifs ambulatoires » et « Organisations d'aide et soins à domicile tarifs ambulatoires (tarif-temps) » en 2014 est de 22 millions de francs ; cette différence comprend en tout cas, en plus des prestations brutes des prestations annexes, aussi celles par exemple des prestations des soins aigus et de transition et des cliniques de jour et de nuit. Avec une déduction de 18 millions de francs (22 millions pondérés sur la base du développement des heures entre 2010 et 2014 [$22 \times 10'312'682 / 12'639'887$) pour l'année 2010 et de 22 millions de francs pour l'année des prestations brutes prises en compte pour les calculs, le facteur de correction calculé diminuerait d'un peu plus de 0,1 point de pourcentage, avec les arrondissements de 0.2 point de pourcentage (cf. ch. I.3.2), ce qui est sans importance, compte tenu du caractère d'estimation de ce résultat — notamment les cliniques de jour et de nuit peuvent aussi être financées selon les règles du financement des soins – et des autres insécurités relevées dans ce commentaire.

3.1.3 Soins aigus et de transition

Les produits et les heures facturées des soins aigus et de transition sont spécifiquement présentés dans la statistique Aide et soins à domicile pour l'année 2014. Désormais, il est possible de fournir davantage de prestations de soins grâce aux soins aigus et de transition, parce que les heures maximales par jour applicables dans les soins à domicile ne s'appliquent pas à ces prestations, mais exclusivement la limite légale de deux semaines (art. 25a, al. 2, LAMal).

Selon la statistique Aide et soins à domicile, 21 394 heures ont été fournies en Suisse en 2014 pour les soins aigus et de transition (tab. 10.1), soit 0,2 % du nombre total d'heures dans les soins de longue durée et dans les soins aigus et de transition. Le pool de données affiche pour l'année 2014 des prestations brutes pour les soins aigus et de transition de 0,2 % des prestations brutes totales aux organisations d'aide et de soins à domicile et de 0,1 % du total aux infirmières et infirmiers. Il est donc sans importance que les bases de données sur lesquelles se fonde la vérification de la neutralité des coûts concernant les contributions aux soins incluent les produits et les jours de soins des soins aigus et de transition. Les soins aigus et de transition ne sont pas pris en compte pour l'année 2014.

3.1.4 Structures de soins de jour et de nuit

À la différence de celles de 2010, les informations du pool de données 2014 prévoient une subdivision avec un type de prestations spécifique pour les structures de soins de jour ou de nuit. En 2014, la part des prestations brutes des structures de soins de jour et de nuit pour les organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers représentait 0,9 % des prestations brutes totales à ces fournisseurs de prestations. En 2010, les données sur les structures de soins de jour ou de nuit étaient présentées dans d'autres types de prestations.

Les prestations de soins effectuées par les fournisseurs de prestations de l'aide et des soins à domicile dans des structures de soins de jour ou de nuit sont enregistrées dans la feuille d'enquête de la statistique Aide et soins à domicile à partir de 2012.

3.1.5 Définition des soins

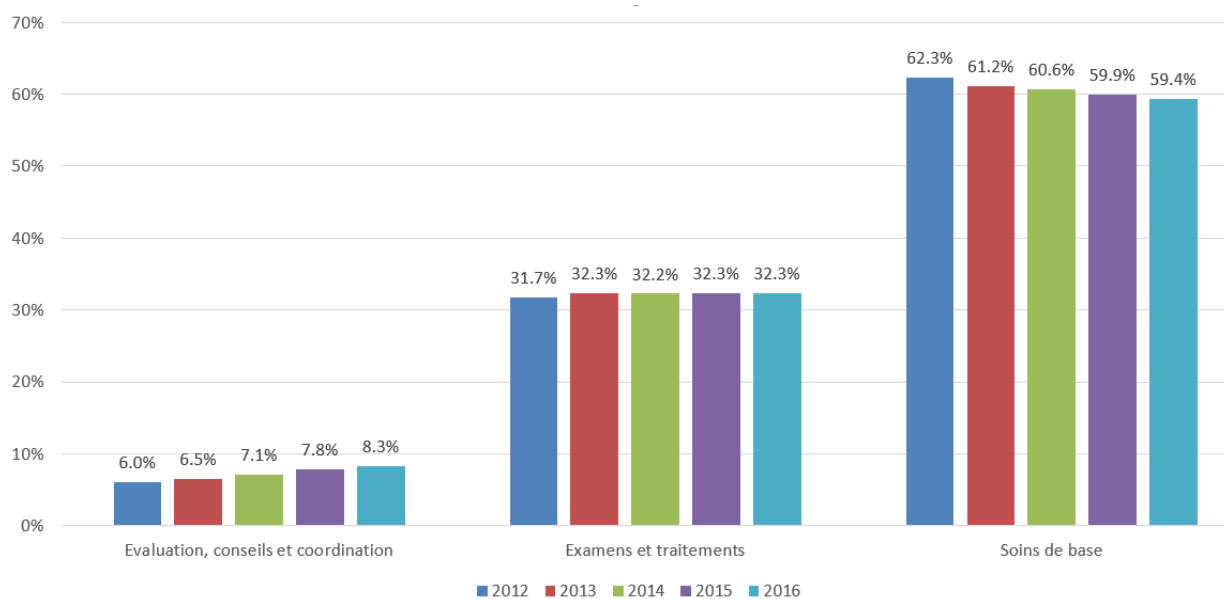
Les adaptations des soins dans l'OPAS en 2012 concernant les mesures de coordination et la préparation des médicaments ne devraient pas avoir eu d'effet significatif sur la vérification de la neutralité des coûts (cf. ch. I.2.1.6).

3.1.6 Évolution de la structure des prestations selon le type de traitement

La vérification de la neutralité des coûts se fonde sur l'hypothèse que la structure des prestations des patients par type de traitement est restée constante durant la période 2010-2014. La statistique Aide et

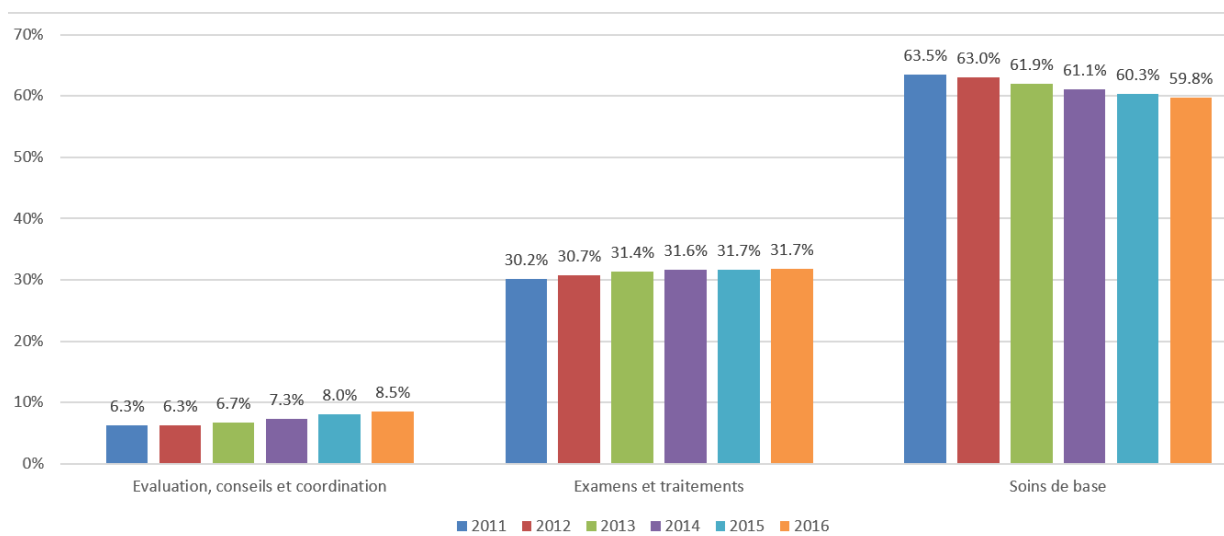
soins à domicile n'a pas recensé les heures effectuées en 2010 en fonction du type de traitement. Pour des raisons techniques, les cantons de Zurich et de Lucerne n'ont par ailleurs pas présenté les heures par type de traitement en 2011. Les informations sont intégralement présentées par type de traitement à partir de 2012. La ventilation par type de traitement montre que l'échelonnement des patients est relativement constant (cf. les graphiques 2 et 3 : OFSP sur la base des informations du tab. 12.2 de la statistique Aide et soins à domicile). Une correction des contributions en raison de l'évolution de la structure des prestations serait difficilement justifiable, à cause des incertitudes statistiques résultant de la révision de la statistique Aide et soins à domicile. Cette hypothèse correspond en outre aussi à celle dans le domaine des EMS, selon laquelle l'intensité des soins serait restée constante au fil des ans (cf. ch. I.2.1.9).

Graphique 2 : répartition de l'intensité des soins pour toute la Suisse



Source : graphique de l'OFSP fondé sur les indications du tab. 12-2 de la Statistique Aide et soins à domicile.

Graphique 3 : répartition de l'intensité des soins en Suisse, à l'exclusion des cantons de Zurich et Lucerne



Source : graphique de l'OFSP fondé sur les indications du tab. 12-2 de la Statistique Aide et soins à domicile.

3.1.7 Salaires et renchérissement général

La statistique Aide et soins à domicile recense les salaires globaux, sans les différencier selon la fonction (soins, économie domestique, repas, autres prestations). Il est impossible de déduire de cette statistique l'évolution des salaires du personnel soignant pour la fourniture des soins LAMaI. Il est donc indiqué de tenir compte dans les soins à domicile des mêmes informations sur l'évolution des salaires que pour les EMS ainsi que de l'évolution du renchérissement général. Nous renonçons à une correction des facteurs de coûts (cf. ch. I.2.1.10).

3.2 Calcul du facteur de correction des contributions aux soins

La statistique Aide et soins à domicile fournit les informations sur les recettes et les heures effectuées pour la présente vérification.

Calcul du facteur de correction des contributions selon l'art. 7a, al. 1, OPAS :

Statistique Aide et soins à domicile :			
2010	Produit Total des prestations OPAS	Heures Total pour les prestations OPAS	Produit par heure
	597,37	10 312 682	57,93
2014	Recettes Prestations, soins de longue durée, assureur	Heures Soins de longue durée	Recettes par heure
	759,86	12 639 887	60,12
Évolution	Produit/recettes	Heures	Produit/recettes par heure
2010 - 2014	27,2 %	22,6 %	3,78 %
Facteur de correction des contributions = $\frac{\text{Jours de soins pour 2014}}{\text{Jours de soins pour 2010}} \times \frac{\text{Prestations brutes pour 2010}}{\text{Prestations brutes pour 2014}} - 1 = - 3,6 \%$			

Les contributions sont adaptées pareillement pour les trois catégories de prestations selon l'art. 7a, al. 1, let. a, b et c, OPAS. La structure actuelle de la rémunération des soins à domicile est conservée. Elle se base sur l'enquête du bureau d'étude INFRAS. Cette enquête permet de calculer les coûts moyens par heure de prestation de soins et par type de prestation (cf. ch. I.1.2).

Correction des contributions en francs

	Précédemment	Nouveau
a. pour les prestations définies à l'art. 7, al. 2, let. a:	79,80	76,93
b. pour les prestations définies à l'art. 7, al. 2, let. b:	65,40	63,05
c. pour les prestations définies à l'art. 7, al. 2, let. c:	54,60	52,63

En raison de l'hypothèse selon laquelle une partie des prestations annexes facturées en 2010 par les infirmières et infirmiers et les organisations d'aide et de soins à domicile aurait été facturée par les centres de remise LiMA et les pharmacies en 2014, on peut supposer que l'évolution prise en compte du total des recettes par jour de soins des infirmières et infirmiers et des organisations d'aide et de soins à domicile est inférieure à ce qu'elle aurait été sans un transfert. Le calcul devrait ainsi déboucher sur une diminution plus importante des contributions que celle qui est prise en compte dans la présente vérification sur la base des informations de la statistique Aide et soins à domicile, compte tenu du principe de la neutralité des coûts. Comme dans le cas des EMS (cf. ch. I.2.2), on observe également pour l'aide et les soins à domicile une modification des valeurs – c.-à-d. du produit par heure (60,12 en 2014, 60,40 en 2015 et 60,90 en 2016) –, même après la période d'adaptation des tarifs aux contributions aux soins (2010-2014). Il n'est pas exclu que d'autres facteurs, qui ne sont pas spécifiques à la période de l'adaptation des tarifs aux contributions aux soins, jouent un rôle dans la modification des recettes par jour de soins des infirmières et infirmiers et des organisations d'aide et de soins à domicile.

4 Évolution des coûts pour l'AOS du fait de l'adaptation des contributions

Pour les EMS, l'estimation de l'évolution des coûts imputable à l'augmentation des contributions peut s'appuyer sur le type de prestations « EMS tarifs stationnaires » du pool de données de l'année 2016. Les prestations brutes correspondantes (analyse 2013-2017, toute la Suisse [hors étranger et inconnu], par émetteur de facture, début du traitement, numéro au registre des codes-crédanciers du fournisseur de prestations) s'élèvent à 1716 millions de francs. Une augmentation des contributions de 6,7 % pour un nombre de jours de soins inchangé correspond à une augmentation des coûts de 115 millions de francs par an.

L'estimation de l'évolution des coûts pour les soins à domicile, qui s'explique par l'augmentation des contributions, se fonde sur le type de prestations « Infirmières et infirmiers tarifs ambulatoires » et « Aide et soins à domicile tarifs ambulatoires (tarif-temps) » selon le pool de données (analyse 2013-2017, toute la Suisse [hors étranger et inconnu], par émetteur de facture, début du traitement, numéro au registre des codes-crédanciers du fournisseur de prestations) de l'année 2016 (67 millions de francs pour les infirmières et infirmiers et 812 millions de francs pour les organisations d'aide et de soins à domicile). Une diminution des contributions de -3,6 % pour un nombre d'heures inchangé correspond à une diminution des coûts de 32 millions de francs par an.

L'un dans l'autre, l'adaptation des contributions représente une charge supplémentaire pour l'AOS de 83 millions de francs par an.

II. Partie spéciale : commentaire des dispositions Bestimmungen

Adaptation des contributions de l'AOS aux soins (art. 7a, al. 1 et 3, OPAS)

Eu égard à la vérification de la neutralité des coûts concernant les contributions de l'AOS aux soins au sens de l'al. 1 des dispositions transitoires de la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 13 juin 2018, les valeurs en francs inscrites à l'art. 7a OPAS seront adaptées. Les contributions

désormais définies à l'al. 1 pour les soins à domicile sont inférieures de 3,6 % aux contributions précédentes. Les contributions désormais définies à l'al. 2 pour les soins en EMS sont supérieures de 6,7 % aux contributions précédentes.

III. Entrée en vigueur

Les modifications de l'ordonnance entrent en vigueur le 1^{er} juillet 2019.

Évaluation des soins requis et exigences minimales à l'égard des systèmes d'évaluation des soins requis

I. Partie générale

1. Modifications portant sur le mandat médical et l'évaluation des soins requis dans le but d'accorder une plus grande autonomie aux infirmiers et infirmières ainsi qu'aux organisations de soins et d'aide à domicile

1.1 Point de la situation

Le 16 mars 2011, l'ancien conseiller national Rudolf Joder (UDC, BE) a déposé une initiative parlementaire (11.418 "LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant") libellée ainsi : « La LAMal sera modifiée de sorte qu'une distinction soit établie entre les prestations de soins de santé et de soins infirmiers qui sont fournies sur ordre d'un médecin et celles qui relèvent de la responsabilité du personnel soignant ; on définira plus précisément quelles prestations doivent être fournies sur ordre d'un médecin et lesquelles peuvent être fournies de manière autonome par le personnel soignant. » L'auteur de l'initiative a notamment avancé les arguments suivants : en raison du vieillissement croissant de la population et du caractère chronique de nombreuses maladies, l'importance des soins est appelée à augmenter considérablement. De plus, depuis l'introduction de la rémunération forfaitaire par cas, les patients rentrent plus rapidement chez eux et ont besoin de soins particulièrement qualifiés. Parallèlement, on constate une pénurie de personnel soignant. L'auteur estime qu'accorder plus d'autonomie au personnel soignant accroîtrait l'attrait du métier, faciliterait le recrutement de jeunes professionnels et contribuerait à ce que le personnel soignant qualifié ne quitte pas prématurément le métier. Il précise que la réglementation proposée contribuera à réduire les dépenses sans augmenter le volume des prestations.

Le 3 février 2012, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a donné suite à l'initiative parlementaire par 20 voix contre 0 et 2 abstentions. Le 16 avril 2012, son homologue du Conseil des Etats (CSSS-E) s'est ralliée à cette décision par 9 voix contre 0 et 2 abstentions.

Le 29 juin 2012, la CSSS-N a chargé sa sous-commission LAMal³ d'élaborer un projet d'acte. Cette dernière a débattu d'une modification de la LAMal et préparé un avant-projet en ce sens ; pour ce faire, elle a été secondée par des experts de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), conformément à l'art. 112, al. 1, LParl⁴. La CSSS-N a ensuite débattu de l'avant-projet et le 15 avril 2015, elle a examiné le rapport explicatif et décidé de lancer une procédure de consultation. Le 22 janvier 2016, elle a pris acte des résultats de la consultation et a approuvé le rapport⁵ et le projet d'acte⁶ par 17 voix contre 5 et 2 abstentions. Le Conseil fédéral a rendu son avis⁷ sur ce rapport en date du 23 mars 2016. Dans cet avis, le Conseil fédéral se dit conscient de l'importance des infirmiers pour le bon fonctionnement du système de santé mais estime que la voie choisie, à savoir permettre à davantage de groupes professionnels de facturer directement leurs prestations à l'assurance obligatoire des soins (AOS), n'est pas adéquate. Il rappelle aussi que différentes mesures ont déjà été mises en place aussi bien dans le cadre de la stratégie fédérale "Santé2020" que dans le cadre du plan directeur "formations aux professions des soins", du projet de loi sur les professions de la santé et des activités d'encouragement de l'inter-professionnalité afin de garantir un personnel soignant qualifié et en suffisance et afin d'accroître l'attrait des professions des soins.

Le projet a été rejeté par le Conseil National lors de sa séance du 27 avril 2016 par 118 voix contre 67. Suite à ce résultat, l'Association des infirmières et infirmiers a annoncé le lancement d'une initiative populaire "pour des soins infirmiers forts" qui a été lancée avec un délai au 17 juillet 2018 pour la récolte

³ Humbel, Bortoluzzi, Carobbio Guscetti, Cassis, Fehr Jacqueline, Frehner, Gilli, Moret, Schmid-Federer, Stahl, Steiert

⁴ RS 171.10

⁵ FF 2016 3219

⁶ FF 2016 3249

⁷ FF 2016 3253

des signatures et qui a abouti en date du 29 novembre 2017 avec 114 078 signatures valables sur 114 403 signatures déposées⁸.

Lors de sa séance du 9 mars 2018, le Conseil fédéral s'est prononcé sur le rejet de l'initiative populaire "Pour des soins infirmiers forts". Il a chargé le Département fédéral de l'intérieur (DFI) d'étudier et d'élaborer, en collaboration avec le Département fédéral de l'économie, de la formation et de la recherche et les acteurs concernés, des mesures concrètes visant à améliorer la situation du personnel infirmier.

Les présentes modifications visent, notamment, à aller dans le sens de l'initiative parlementaire 11.418 Joder en réduisant le processus administratif et en accordant plus d'autonomie au personnel soignant tout en maintenant le rôle charnière du médecin et en assurant toujours une coordination des soins. Ceci sans permettre à davantage de groupes professionnels de facturer directement leurs prestations à l'AOS. Ces modifications sont aussi proposées avec la volonté de maintenir un dialogue ouvert, avec tous les acteurs concernés, sur le sujet des soins.

1.2 Situation actuelle

La sécurité des patients est garantie par le fait que, tout comme les professions médicales universitaires, les infirmiers et les infirmières sont responsables de fournir leurs prestations dans les limites de leurs compétences acquises au cours de la formation et de la formation continue.

De par leur formation, les infirmiers et les infirmières diplômés (que ce soit ES ou Bachelor HES) sont compétents, notamment, pour poser de manière autonome un diagnostic infirmier, évaluer les besoins en soins et prendre les mesures qui s'imposent. Toutefois, ils ne possèdent pas l'habileté ni les compétences pour pouvoir se substituer au médecin au moment de l'établissement d'un diagnostic médical.

La LAMal opère une distinction entre les fournisseurs de prestations admis à pratiquer directement à la charge de l'assurance obligatoire des soins et les personnes qui prodiguent des soins sur prescription ou sur mandat d'un médecin et exercent leur activité à titre indépendant et à leur propre compte. Dans son message sur la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991⁹, le Conseil fédéral s'est exprimé en ces termes : « *Les traitements dispensés doivent, comme aujourd'hui, être prodigués sous la direction et la surveillance du médecin qui occupe, à cet égard, une « fonction charnière » puisqu'il est appelé à fournir, sous une forme appropriée et optimale, les soins nécessaires. Il peut et devra agir ainsi en collaborant de manière judicieuse avec les autres fournisseurs de prestations.* »

Les prestations de soins à domicile, sous forme ambulatoire ou en EMS, qui peuvent être fournies à la charge de l'assurance obligatoire des soins sur prescription ou sur mandat d'un médecin, sont définies de façon exhaustive à l'art. 7 de l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31). L'al. 1 de cet article énonce quelles personnes et organisations peuvent être autorisées à fournir des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins: il s'agit des infirmiers et des infirmières, des organisations d'aide et de soins à domicile et des établissements médico-sociaux. L'al. 2 de l'art. 7, OPAS définit les prestations d'évaluation, de conseil et de coordination (let. a), énumère les examens et les traitements (let. b) et définit les soins de base (let. c).

L'art. 8 OPAS règle la prescription ou le mandat médical et l'évaluation des soins requis. L'al. 1 dispose que la prescription ou le mandat médical de prestations détermine, sur la base de l'évaluation des soins requis et de la planification commune, les prestations à effectuer par les infirmiers et les infirmières ou par les organisations d'aide et de soins à domicile. En présence d'une prescription médicale, le patient peut, pour des soins à domicile, prendre contact avec le personnel infirmier ou l'organisation de soins et d'aide à domicile de son choix. Le personnel infirmier évalue le besoin en matière de prestations nécessaires avec le patient et le médecin, puis détermine le type, le nombre, le moment, la fréquence et la durée des interventions. S'agissant de patients recevant des soins dans un EMS, l'évaluation incombe à ce dernier.

⁸ FF 2017 7314

⁹ FF 1992 I 77, p.145

Les modalités de l'évaluation sont fixées dans les conventions administratives établies entre les associations d'assureurs et les associations faïtières de fournisseurs de prestations pour les domaines des EMS, des organisations d'aide et de soins à domicile et des infirmiers et infirmières indépendants. La procédure prévue dans ces contrats est généralement la suivante :

- Une prescription médicale ou un mandat médical doivent impérativement avoir été établis.
- Un infirmier ou une infirmière satisfaisant aux exigences spécifiées dans la convention administrative établit le besoin en soins. La personne utilise à cet effet un formulaire approuvé par les parties contractuelles et contenant toutes les données nécessaires. Le fournisseur de prestations est généralement libre de choisir le système d'évaluation des soins, dans les limites imposées par les prescriptions cantonales. Les systèmes PLAISIR, RAI/RUG et BESA sont notamment utilisés.
- Une fois complètement rempli, le formulaire de déclaration des besoins est envoyé à l'assureur après avoir été signé par le médecin et l'infirmier ou l'infirmière responsable.

C'est donc au médecin qu'il revient de décider, après évaluation de l'état de santé, si des soins ambulatoires à domicile ou en EMS sont nécessaires. Quant à déterminer quels soins sont appropriés, le médecin et le personnel infirmier en décident de concert selon la réglementation en vigueur (art. 7 et 8 OPAS). Puis, l'application de ces mesures est du ressort du personnel infirmier. Cette réglementation a été adoptée pour assurer la meilleure coordination possible entre traitement et soins, cette collaboration étant dans l'intérêt du patient.

Si l'on veut accorder davantage d'importance à la responsabilité propre des infirmières et infirmiers pour l'évaluation, les conseils et les soins de base, il faut alors modifier l'art. 8 OPAS en conséquence.

1.3 Durée de la prescription médicale - propositions d'adaptation

La prescription ou le mandat médical est valable pour une durée déterminée. L'art. 8, al. 6, OPAS en règle la durée maximale de validité. Celle-ci est de trois mois pour les patients atteints d'une maladie aiguë, de six mois pour les patients atteints d'une maladie de longue durée, et de deux semaines lorsque les patients nécessitent des soins aigus ou de transition après un séjour hospitalier. Une prolongation représente une certaine charge tant pour le médecin que pour les soignants. Pour les patients nécessitant des soins de longue durée, en particulier, la question du rapport coût/bénéfice d'une limitation de durée se pose. Si l'on entend supprimer cette limitation, il faut modifier l'art. 8 OPAS en conséquence. L'art. 8, al. 6^{bis} prévoit déjà que l'attestation médicale qui justifie l'allocation pour impotence grave ou moyenne versée par l'assurance-vieillesse et survivants, par l'assurance-invalidité ou par l'assurance-accidents vaut comme prescription ou mandat médical de durée illimitée en ce qui concerne les prestations de soins nécessitées par l'impotence. Cet alinéa ne nécessite d'aucun changement.

Notamment pour des raisons de maîtrise des coûts, il paraît inopportun de supprimer de manière générale la durée du mandat ou de la prescription médicale.

Dans le but d'atteindre les exigences posées par la loi, comme, notamment, la qualité, l'adéquation, l'efficacité ou l'économicité, il est possible de définir, p. ex., des indicateurs ou encore de fixer des limites temporelles.

A cette fin, toutes sortes de limitations temporelles sont prévues dans l'OPAS comme, p.ex., pour les prestations de physiothérapie à l'art. 5, al. 4, OPAS ou encore pour l'ergothérapie à l'art. 6, al. 4, OPAS. Ces limitations ne sont toutefois pas définitives, la poursuite d'un traitement pouvant être assurée après consultation du médecin-conseil de l'assureur. En ce qui concerne la prescription ou le mandat médical prévu à l'art. 8 OPAS, un renouvellement (al. 7) est toujours possible lorsque cela s'avère nécessaire (exception fait pour les soins aigus et de transition).

La prescription ou le mandat médical ainsi que les limitations prévues ont également, notamment dans le domaine des soins, pour but d'assurer une coordination entre le médecin et le personnel soignant, de garantir un dialogue entre les divers intervenants. Des éventuels doublons peuvent ainsi être évités dans la chaîne des soins.

1.4 Evaluation

L'évaluation des besoins du patient et les conseils qui lui sont donnés devraient se faire sans intervention du médecin, et les soignants devraient décider eux-mêmes des soins de base et de la manière de les appliquer. Toutefois, certaines conditions préexistantes doivent être respectées:

- L'hôpital est fournisseur de prestations au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10). Selon l'AOS, il assume la responsabilité du résultat du traitement. La répartition des compétences à l'intérieur de l'hôpital ne doit, en principe, pas être réglée dans la LAMal. Si des directives sur la répartition des compétences s'avèrent nécessaires, elles doivent être édictées par l'organe de direction de l'hôpital. Dans le cadre de l'AOS, la délimitation entre la responsabilité propre et une activité « auxiliaire » du personnel infirmier hospitalier n'est pour cette raison pas décisive. C'est toutefois au médecin traitant qu'il appartient de décider si des mesures thérapeutiques peuvent être déléguées et lesquelles. P. ex. suite à une hospitalisation, c'est au médecin de l'hôpital de décider si des soins aigus ou de transition sont nécessaires ou non (art. 25a, al. 2, LAMal) et il est libre d'associer les soignants à cette décision, ce qui est souvent le cas.
- Les compétences des médecins et des infirmières et infirmiers dans le domaine des prestations de soins fournies sous forme ambulatoire et en EMS sont réglées dans l'OPAS. Les compétences du personnel médical, et en particulier du personnel infirmier, doivent être davantage utilisées dans le futur. L'utilisation répétée des compétences doit cependant intervenir dans le sens d'une fourniture coordonnée des soins, ce qui apporte, avec des processus de traitement basés sur l'évidence, une amélioration relative à la qualité de la fourniture des soins. Un accès direct répété aux fournisseurs de prestations individuels va à l'encontre de ces efforts et du renforcement de la mise en réseau. Pour les patientes et patients, l'accès direct n'apporterait aucune plus-value. En revanche, le danger d'un accroissement du volume des prestations augmenterait pour l'AOS.

Afin de permettre une majeure autonomie au personnel soignant tout en maintenant le mandat médical et sans introduire dans la LAMal une nouvelle catégorie de fournisseurs de prestations admis à pratiquer directement à la charge de l'assurance obligatoire des soins, la solution est de simplifier les procédures administratives. C'est dans ce but que les modifications qui suivent de l'art. 8 OPAS sont proposées.

1.5 Conséquences sur les coûts

Soins dispensés dans les établissements médico-sociaux

S'agissant des EMS, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) publie aussi bien un baromètre des coûts par assuré¹⁰ que des chiffres-clés portant sur des aspects des soins et sur les finances¹¹. Une évolution notable touchant les coûts et le personnel serait donc rapidement visible. Dans les EMS, l'incitation à augmenter le volume des prestations dans les domaines de l'évaluation, des conseils et de la coordination ainsi que des soins de base est relativement faible: l'AOS rembourse une contribution par jour en fonction du niveau de soins requis par le patient, mais indépendamment du type de prestations visées par la LAMal.

Soins ambulatoires

La contribution de l'AOS aux prestations des infirmiers qui pratiquent à titre indépendant et des organisations d'aide et de soins à domicile qui emploient des infirmiers se calcule d'après le nombre d'heures fournies. Sous l'angle économique, ces fournisseurs de prestations sont incités à dispenser le plus de prestations possible, étant donné que les coûts à la charge de l'AOS (et les coûts pour les cantons,

¹⁰ Le baromètre de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Services > Faits & chiffres > Statistiques de l'assurance-maladie > Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie.

¹¹ Les chiffres-clés pour les EMS peuvent être consultés à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Services > Faits & chiffres > Faits & chiffres des établissements médicaux-sociaux (EMS).

puisque'ils doivent assumer le financement des frais résiduels) augmentent pour chaque heure consacrée à l'évaluation, aux conseils et à la coordination ainsi qu'aux soins de base. L'accès aux patients continuerait toutefois à se faire par l'intermédiaire du médecin traitant qui recevra également le résultat de l'évaluation du besoin en soins, ce qui lui permettra d'intervenir pour le cas où cette évaluation ne lui paraît pas adéquate. Cette modification permet une mise à niveau avec ce qui se passe actuellement dans la pratique.

De plus, les incitations évoquées ci-dessus sont limitées du fait que le triple contrôle de la facturation des soins effectués, n'est pas remis en cause par la nouvelle systématique. En effet les factures se rapportant aux soins peuvent et doivent être contrôlées par:

- a. Les assureurs qui, au travers de leur personnel spécialisé, peuvent contrôler la concordance entre l'évaluation des besoins en soins établie par le personnel soignant qualifié et les soins effectivement facturés. L'art. 8c, al. 4 (actuellement art. 8a, al. 3) permet des contrôles par le médecin-conseil lorsque l'évaluation des soins requis dépasse les 60 heures par trimestre.
- b. Le patient lui-même qui selon le financement des soins participe aux coûts jusqu'à hauteur de 20% au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. De plus, dans la mesure du possible le patient est appelé à participer à l'évaluation de ses besoins en soins.
- c. Les cantons ou les communes qui par leur devoir de financement résiduel assurent également la prise en charge d'une partie des coûts des soins.

En résumé, du fait qu'une prescription ou un mandat médical reste nécessaire pour le besoin en soins et du fait aussi du devoir de contrôle des assureurs, on peut supposer qu'il n'y aura pas une augmentation des coûts significative à charge de l'AOC.

1.6 Terminologie

Le besoin en soins (Pflegebedarf) se rapporte au fait que d'une manière générale un patient nécessite de soins professionnels alors que l'évaluation des soins requis (Bedarfsabklärung) se rapporte à la définition des prestations spécifiques de soins dont le patient a besoin en relation à sa situation.

2. Modifications concernant l'évaluation des soins requis en EMS

2.1 Contexte

Les instruments de saisie des besoins en soins BESA, PLAISIR et RAI/RUG actuellement utilisés dans les EMS en Suisse mesurent différemment le besoin en soins selon l'art. 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10). BESA et PLAISIR déterminent une valeur en minutes pour la charge en soins sur la base d'un catalogue des prestations. Le catalogue des prestations se fonde sur des minutes moyennes. La personne est affectée à l'un des douze niveaux du besoin en soins OPAS sur la base de la valeur en minutes. RAI/RUG affecte la personne nécessitant des soins à un groupe iso-ressources en matière de soins sur la base d'une évaluation de son état de santé. Le groupe iso-ressources en matière de soins se base sur une charge en soins moyenne. Le groupe iso-ressources en matière de soins (et donc aussi la personne affectée à ce groupe) est ensuite affecté à l'un des douze niveaux du besoin en soins OPAS. Pour une gravité du cas et une situation du patient identiques, cet état de fait peut déboucher sur des minutes de besoin en soins différentes ou sur des classements différents dans les 12 niveaux de besoin en soins selon l'art. 7a OPAS et donc sur des remboursements différents par les assureurs-maladie et, partant, également sur des charges financières différentes pour les cantons et dans certains cas aussi pour les patients.

Une réglementation nationale qui harmonise la structure fédérale hétérogène a été recherchée par différentes parties. Des interventions parlementaires correspondantes ont notamment été déposées par

les conseillers nationaux Bortoluzzi (interpellation 10.3550)¹², Heim (postulat 12.4053¹³, interpellation 14.4191¹⁴), Humbel (interpellation 12.1091¹⁵, motion 13.4217¹⁶, interpellation 15.4224¹⁷), Lohr (interpellation 16.3758¹⁸ et motion 16.4023¹⁹) et Cassis (interpellation 16.4030²⁰). Certaines versions d'une partie des instruments utilisés en Suisse ont déjà pu être calibrées, leurs estimations de durée ayant été harmonisées (RAI/RUG NH 2.0 avec l'indice 2012 avec BESA [CP 2005] et BESA [CP 2010]). Il ne subsiste que des différences mineures entre les versions déjà calibrées du système. Une poursuite des travaux d'harmonisation impliquant l'ensemble des acteurs a toutefois échoué par la suite.

Dans sa réponse à l'interpellation 15.4224, le Conseil fédéral a souligné que la définition d'exigences minimales à l'égard des instruments au niveau de l'ordonnance visait à instaurer une certaine uniformisation des instruments utilisés. Dans sa réponse à l'interpellation 16.3758²¹, le Conseil fédéral a réaffirmé cette exigence. Il ne peut pas concevoir une classification différente en minutes de la même situation du patient selon l'instrument de saisie des besoins en soins, la version ou le canton. Un classement du besoin en soins selon des critères comparables serait indispensable, afin de rapprocher les instruments de saisie des besoins en soins au niveau national.

Le calibrage de BESA et RAI/RUG ayant permis d'aboutir à une certaine uniformisation dans ce domaine, celle-ci est à présent remise en question. Actuellement, le développement nécessaire des systèmes n'est pas coordonné, parce que dans le cadre des modifications apportées à ces deux systèmes, il n'a pas été prêté attention au fait de les harmoniser grâce à des études de temps correspondantes. Certains cantons ont annoncé leur intention d'utiliser des versions réajustées de RAI (indice 2016), grâce à des études de temps plus récentes. Le canton de Soleure les applique déjà, d'autres cantons étudient cette mesure. L'instrument BESA pourrait également être réajusté à l'avenir, en adaptant les minutes calculées par l'instrument sur la base d'études de temps.

Certains cantons n'ont par ailleurs jamais totalement appliqué les recommandations qui ont résulté du calibrage antérieur de BESA et RAI/RUG. Des craintes se sont manifestées à cet égard (notamment dans l'interpellation 16.3758), selon lesquelles les cantons utiliseraient le développement des instruments pour alléger leur charge financière au détriment de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Dans sa réponse à l'interpellation en question, le Conseil fédéral a souligné que le changement d'un instrument de saisie des besoins en soins dans la seule perspective d'alléger le financement cantonal résiduel ne serait en aucune façon approprié. De tels scénarios éventuels montreraient en outre à quel point l'harmonisation nationale dans le domaine de l'enregistrement des soins requis serait primordiale.

L'interpellation 16.4030²² demandait au Conseil fédéral ce qu'il faisait pour supprimer la marge de manœuvre cantonale et comment les instruments doivent déboucher sur un classement comparable en raison d'exigences minimales. Dans sa prise de position du 22 février 2017, le Conseil fédéral se prononce en faveur d'une mise en œuvre contraignante des exigences minimales au niveau national devant permettre d'uniformiser en grande partie les résultats de la saisie des besoins en soins.

La motion 16.4023²³ exige à l'inverse la fixation d'un seul instrument de saisie des besoins en soins par le Conseil fédéral. Dans sa réponse du 3 mars 2017, le Conseil fédéral indique que l'objectif d'une uniformisation de la saisie des besoins en soins devrait également pouvoir être atteint grâce à une mesure moins radicale, à savoir la définition d'exigences minimales à l'égard des instruments utilisés.

¹² <https://www.parlament.ch/en/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20103550>

¹³ <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20124053>

¹⁴ <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20144191>

¹⁵ <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20121091>

¹⁶ <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20134217>

¹⁷ <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20154224>

¹⁸ <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20163758>

¹⁹ <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20164023>

²⁰ <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20164030>

²¹ <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20163758>

²² <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20164030>

²³ <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20164023>

Le fait d'inscrire un système unique dans la loi impliquerait pour les usagers des autres systèmes d'importants investissements financiers, en termes d'organisation et de temps, qui pourraient s'avérer problématiques. Dans le même temps, et contrairement à la mise en place d'un système unique, la définition d'exigences minimales garantit en outre le principe d'une coexistence possible entre différents systèmes, pour autant qu'ils aboutissent à une classification comparable. Tandis qu'un système unique entraînerait une situation de monopole, non souhaitable, la définition d'exigences minimales applicables aux systèmes permettrait aux fournisseurs de prestations d'éviter de dépendre d'un seul système, dépendance qui pourrait engendrer des augmentations de coûts. Cela permettrait en outre de laisser la porte ouverte à de potentiels concurrents sur le marché.

2.2. Résultats de l'étude externe

Un mandat d'étude externe a été confié au bureau d'études et de conseil INFRAS afin d'examiner la question de savoir comment la définition d'exigences minimales au niveau de l'ordonnance permettrait d'uniformiser les résultats de la saisie des besoins en soins. Les travaux ont débuté le 1^{er} septembre 2016. Le rapport final achevé a été présenté le 10 mars 2017.

Au moyen de différentes variantes, l'étude externe présente les possibilités de parvenir à une uniformisation des instruments de saisie des besoins en soins grâce à des exigences minimales. Des études de temps ainsi que des exigences minimales supplémentaires font que le classement moyen par niveau de besoin en soins est en grande partie indépendant de l'instrument utilisé et qu'une application nationale uniforme des différents instruments est assurée.

Il subsiste, au niveau de chaque assuré, une certaine variance individuelle lors de la classification, difficile à évaluer à l'avance, eu égard au fonctionnement différent des instruments. Notons également à ce propos que la saisie des besoins en soins ne satisfait pas à chaque cas individuel, même en n'utilisant qu'un seul instrument. Le besoin en soins est évalué grâce à certains indicateurs relatifs à l'état et aux capacités des patients ou à l'aide du recensement des activités accomplies sur une certaine période d'échantillonnage. Ces instruments de saisie des besoins en soins ne peuvent prédire le véritable besoin en soins qu'avec un certain degré d'imprécision, même dans le cadre d'un seul instrument. Une reproduction exacte du besoin en soins dans un cas particulier doit être évaluée par rapport à la charge nécessaire pour la saisie de ce besoin.

2.3. Détermination d'indicateurs de qualité

La garantie et le renforcement de la qualité des soins est l'un des objectifs de la stratégie Santé2020 du Conseil fédéral. La transparence concernant la qualité des prestations est essentielle afin de pouvoir identifier et améliorer les points faibles. Il est possible de développer la qualité en la mesurant et en garantissant la transparence. L'amélioration de la qualité permet également d'éviter des coûts superflus. Des données sont dès à présent collectées dans les EMS dans le cadre de la saisie des besoins en soins, dans le but de déterminer des indicateurs de qualité. Selon l'instrument de saisie des besoins en soins utilisé, la saisie de ces données est aujourd'hui différente et l'intégration des indicateurs correspondants a parfois été complexe. La saisie au moyen de données de routine doit être encouragée. La charge administrative induite par la saisie des données doit en effet rester faible, et la fiabilité des données ainsi collectées doit être garantie. Les exigences minimales à l'égard des instruments utilisés visent également à s'assurer que ceux-ci permettront de déterminer des indicateurs de qualité.

2.4. Modifications proposées

La modification proposée prévoit que l'évaluation des soins requis dans les EMS distinguera désormais explicitement les prestations de soins selon l'art. 33, let. b, OAMal des autres prestations. Ceci afin de garantir que tous les soins, mais aussi exclusivement les prestations de soins, soient pris en compte dans l'évaluation des soins requis. Les valeurs pour les besoins en soins affichés par les instruments de saisie des besoins en soins dans le cadre de l'évaluation des soins requis doivent correspondre en moyenne aux prestations de soins effectives fournies en minutes. Afin de s'en assurer, les fournisseurs

des instruments utilisés par les EMS doivent être capables de démontrer que leur instrument mesure correctement le nombre de minutes. Ils doivent le faire dans des études de temps effectuées en Suisse, représentatives pour la globalité des patients en EMS. La méthode à utiliser par ces études de temps doit être scientifiquement reconnue et permettre de distinguer les prestations de soins des autres prestations. Les études de temps doivent montrer, pour le groupe de personnes nécessitant des soins qui sont classées par un certain instrument de saisie des besoins en soins sous l'angle des prestations de soins à fournir dans l'un des douze niveaux du besoin en soins, que des soins à hauteur de la fourchette en minutes définie pour ce niveau du besoin en soins ont réellement été fournis en moyenne pour ce groupe. La variance des prestations de soins effectives fournies par rapport au besoin en soins affiché pour chaque niveau de besoin en soins doit en outre être présentée par l'instrument, afin de permettre une appréciation de la qualité de l'évaluation des soins requis. La réalisation d'études de temps conformes aux exigences doit être attestée par un système une première fois après l'entrée en vigueur des modifications de l'OPAS. Des études de temps devraient ensuite permettre de comprendre également toute modification ultérieure des systèmes.

L'évaluation des soins requis dans les EMS doit en outre permettre désormais la détermination de données relatives à des indicateurs de qualité au moyen de données de routine.

La prescription selon laquelle les fournisseurs de prestations et les assureurs conviennent de procédures de contrôle et de conciliation sera en outre étendue aux EMS.

II. Partie spéciale : commentaire des dispositions

Art. 7, al. 2, let. A, ch. 1 OPAS Définition des soins

La mention de la collaboration avec le médecin et le patient est supprimée ici. En effet, le nouvel art. 8a, al. 1, définit qui effectue l'évaluation des soins requis selon les différents groupes de prestations.

Art. 8 OPAS Prescription ou mandat médical

La prescription ou le mandat médical, "porte d'entrée" aux soins et assurant la "fonction charnière" du médecin se limite, dans un premier temps, à définir la nécessité des soins et leur type (al. 1, let. a et b, ch. 1 et 2), à savoir:

1. évaluation, conseils et coordination selon l'art. 7, al. 2, let. a, ou soins de base selon l'art. 7, al. 2, let. c, ou
2. examens et traitements selon l'art. 7, al. 2, let. b

L'al. 3 prévoit une durée de la prescription ou du mandat médical de six mois pour les prestations au sens de l'art. 7, al. 2, let. b OPAS (let. a) et de douze mois pour les prestations au sens de l'art. 7, al. 2, let. a et c OPAS (let. b). La lettre c rappelle que les soins aigus et de transitions, prescrits par un médecin de l'hôpital, nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier continuent à être fournis pour une période de deux semaines au plus. Cet alinéa reprend à l'identique l'al. 6 de l'ancien art. 8.

L'al. 4 reprend dans son ensemble et sans y apporter de changements l'al. 6bis de l'ancien art. 8.

L'al. 5, comme l'ancien art. 8, al. 7, prévoit que la prescription ou le mandat médical, au sens de l'al. 3, let. a et b peuvent être renouvelés. Cet alinéa ne soumet le renouvellement à aucune nouvelle condition, comme p. ex. une limite au nombre de renouvellements.

Les renouvellements doivent toutefois toujours respecter les durées maximales prévues à l'al. 3.

Art. 8a OPAS Evaluation des soins requis (nouveau)

Ce nouvel article porte sur l'évaluation des soins requis d'une manière générale. Ces dispositions s'appliquent aussi bien aux infirmiers et infirmières (art. 49 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102)), qu'aux organisations de soins et d'aide à domicile (art. 51 OAMal) et qu'aux établissements médico-sociaux (art. 39, al. 3, LAMal).

L'al. 1 définit par qui l'évaluation des soins requis doit être effectuée:

- a. pour l'évaluation, les conseils et la coordination selon l'art. 7, al. 2, let. a, ou pour les soins de base selon l'art. 7, al. 2, let. c, l'évaluation des soins requis se fait uniquement par le un infirmier ou une infirmière (art. 49 OAMal) qui en communiquera les résultats au médecin prescripteur pour les besoins du dossier médical. La personne qui procède à l'évaluation des soins requis doit impérativement remplir les conditions données à l'art. 49 OAMal. Pour cette raison il est fait référence à cet article. Cette exigence est également valable pour les organisations de soins et d'aide à domicile et pour les établissements médico-sociaux, respectivement, pour leur personnel qui effectue les évaluations des soins requis. Lors de l'évaluation, la collaboration du patient et de ses proches est requise. La collaboration des proches est notamment nécessaire lorsqu'il s'agit de soins palliatifs ou de patients atteints de démence. En effet, les proches sont souvent très impliqués dans le soutien aux patients. En ce sens aussi l'exigence, à l'al. 2, de la prise en compte de l'environnement social du patient;
- b. pour les examens et traitements selon l'art. 7, al. 2, let. b, ainsi que pour les soins aigus et de transition, l'évaluation des besoins en soins se fait par un infirmier ou une infirmière qui remplit les conditions selon l'art. 49 OAMal (voir remarque ci-dessus) - en commun avec le médecin prescripteur. Lors de l'évaluation, la collaboration du patient et de ses proches est requise pour les mêmes raisons qu'évoquées ci-dessus.

L'al. 2 reprend l'al, 2 de l'ancien art. 8.

L'al. 3 reprend le même alinéa de l'ancien art. 8, toutefois la notion de *partenaires tarifaires* ne peut être reprise du fait que le nouveau financement des soins ne requiert plus - exception faite pour les soins aigus et de transition - de négociations tarifaires.

L'al. 4 reprend à l'identique l'al. 5 de l'ancien art. 8.

L'al. 5 précise que si la prescription ou le mandat médical devait être modifié en raison d'un changement dans l'état du patient ou renouvelé une nouvelle évaluation des soins requis doit également être effectuée. Une nouvelle évaluation des soins requis s'avère nécessaire même en cas de renouvellement de la prescription ou du mandat médical afin de s'assurer que le patient reçoive toujours les soins adéquats pour son état de santé même pour le cas où le type de soins ne change pas.

A chaque fois qu'une nouvelle évaluation du besoin en soins doit être effectuée, le résultat doit être communiqué au médecin prescripteur si celui-ci n'a pas collaboré à l'évaluation auquel cas, il est de facto informé. Il est en effet important que la communication soit toujours assurée entre le médecin prescripteur et le personnel soignant.

Art. 8b OPAS Soins fournis par les établissements médico-sociaux (nouveau)

Ce nouvel article a pour but de régler plus précisément la procédure d'évaluation des soins requis dans les EMS et de définir des exigences minimales à l'égard de l'évaluation des soins requis. Les dispositions de cet article se réfèrent uniquement aux EMS (art. 39, al. 3, LAMal) et garantissent que le besoin en soins à évaluer se mesure à l'aune des prestations de soins effectives fournies avec la qualité requise et de manière efficace et avantageuse (art. 25a, al. 4, LAMal).

L'al. 1 correspond à la première phrase de l'al. 4 de l'ancien art. 8. Il définit le principe de l'évaluation des soins requis dans les EMS.

L'al. 2 définit les exigences auxquelles doit répondre l'évaluation des soins requis.

- a. Tout d'abord, l'évaluation des soins requis doit distinguer les prestations de soins des autres prestations. Les prestations de soins sont définies à l'art. 7 OPAS. Seules les prestations de soins, au sens de l'art. 7 OPAS, sont pertinentes en ce qui concerne les contributions de l'assurance obligatoire des soins selon l'art. 7a, al. 3, OPAS. L'évaluation des soins requis pour le classement dans l'un des douze niveaux de besoin en soins doit donc se limiter aux prestations de soins au sens de l'art. 7 OPAS Le besoin en soins doit être indiqué en minutes par jour.
- b. L'évaluation des soins requis doit garantir que le besoin en soins affiché corresponde aux prestations de soins effectives fournies. En moyenne les prestations de soins fournies doivent se situer dans la plage en minutes définie pour chacun des douze niveaux de besoin en soins fixés. La disposition doit être interprétée comme suit : un instrument utilisé pour l'évaluation des soins requis doit garantir que les soins en minutes fournis en moyenne à tous les assurés qui sont affectés par l'instrument sous l'angle des besoins en soins à l'un des douze niveaux de besoin en soins se situent dans la fourchette en minutes du niveau de besoin en soins. Par exemple, l'art. 7a OPAS définit le niveau de besoin en soins 3 comme une fourchette de 41 à 60 minutes de soins requis. Un instrument utilisé pour l'évaluation des soins requis doit garantir que la charge moyenne effective pour fournir les soins de tous les assurés que l'instrument affecte au niveau de besoin en soins 3, et pour lesquels le système suppose donc des prestations de soins à fournir entre 41 et 60 minutes, se situe dans cette fourchette. Au niveau de chaque assuré, le besoin en soins effectif peut donc aussi se situer en dehors de cette fourchette, mais l'écart doit être compensé dans la moyenne de tous les assurés. En règle générale, la moyenne devrait se situer à peu près au milieu de la fourchette d'un niveau de besoin en soins. L'adaptation de l'ordonnance renonce cependant à une limitation plus précise, parce que la répartition des prestations de soins effectives fournies à l'intérieur d'un niveau de besoin en soins est incertaine.
- c. L'instrument utilisé doit présenter pour chaque niveau de besoin en soins la variance (écart-type) entre les prestations de soins effectives fournies en minutes et le besoin en soins affiché.

Cette disposition vise à créer la transparence sur la fiabilité de la classification par l'instrument. La moyenne des prestations de soins effectives fournies doit se situer dans la fourchette du niveau de besoin en soins. Les incitations éventuelles en faveur d'une classification généralement trop élevée ou trop faible sont ainsi supprimées. Mais des écarts individuels restent possibles. Ceux-ci sont en principe indésirables et devraient être réduits par les instruments dans le cadre de leur développement, afin de garantir une classification aussi correcte que possible, même dans un cas particulier. Afin de créer la transparence dans ce domaine et d'encourager le choix d'un instrument aussi fidèle que possible, même dans un cas particulier, la variance (écart-type) entre le besoin en soins individuel effectif en minutes et le besoin en soins affiché selon la classification opérée doit être présentée par l'instrument. Cette information peut être utilisée à l'avenir afin de restreindre au besoin la taille de la variance tolérée.

L'al. 3 règle les modalités selon lesquelles la conformité aux exigences posées à l'al. 2 doit être démontrée et peut être contrôlée. La preuve et le contrôle sont réalisés grâce à des études de temps représentatives. Celles-ci comparent la durée consacrée à la fourniture des soins à un assuré dans les EMS à la classification de cet assuré par l'instrument d'évaluation des soins requis en question. Les études de temps doivent être réalisées dans des EMS en Suisse afin de garantir la conformité avec les conditions en Suisse. La mise en œuvre doit garantir que les résultats sont pertinents pour la totalité des assurés dans les EMS. L'échantillon doit donc être représentatif pour l'ensemble de la Suisse. La participation des EMS aux études de temps doit être garantie afin d'assurer la représentativité. La méthodologie des études de temps doit satisfaire aux exigences du caractère scientifique. Elle doit notamment permettre de distinguer les prestations de soins au sens de la LAMal des autres prestations. Ce point est essentiel, parce que seuls les prestations de soins doivent être prises en compte dans l'évaluation des soins requis.

L'al. 4 prescrit qu'un instrument utilisé pour l'évaluation des soins requis doit permettre la détermination des indicateurs de qualité. Selon l'art. 59a LAMal, les fournisseurs de prestations sont tenus de transmettre gratuitement à la Confédération des données pour le calcul des indicateurs de qualité médicaux. Afin de décharger les fournisseurs de données et d'assurer une collecte qualitativement fiable des données, les données requises pour les indicateurs de qualité doivent être directement collectées sous forme de données de routine par les instruments de saisie des besoins en soins. Pour que les fournisseurs de prestations sachent quelles données sont requises pour les indicateurs de qualité médicaux, l'OFS et l'OFSP élaborent conjointement un règlement de traitement dans lequel ces données sont définies (art. 30c OAMal). Les milieux concernés peuvent s'exprimer sur les variables correspondantes dans le cadre d'une consultation.

Art. 8c OPAS Procédure de contrôle et de conciliation (ancien art. 8a)

L'art. 8a devient l'art. 8c. L'al. 1 élargit les fournisseurs de prestations concernés aux EMS.

L'al. 2 correspond à l'ancien art. 8a, al. 2. Le renvoi interne à un autre alinéa a été remplacé par la désignation directe de la procédure dans le texte. Les fournisseurs de prestations et les assureurs peuvent former un recours en matière de droit public dans le sens de l'art. 82 de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral (LTF) à l'encontre des décisions des gouvernements cantonaux (cf. TF 2C_333/2012, consid. 1).

L'al. 3 correspond à l'ancien art. 8a, al. 3 et vaut désormais aussi pour les procédures de contrôle et de conciliation entre les EMS et les assureurs. Afin de permettre un développement ordonné et efficace des systèmes, il est prévu que les EMS et les assureurs conviennent de procédures de contrôle et de conciliation en cas de litiges en relation avec l'évaluation des soins requis. Ces procédures de contrôle doivent notamment garantir le respect des exigences définies à l'art. 8b par l'évaluation des soins requis.

L'al. 4 reprend la règle actuellement définie à l'al. 3, selon laquelle l'évaluation des soins requis des fournisseurs de prestations selon l'art. 7, al. 1, let. a et b, peuvent être examinés par le médecin-conseil lorsqu'ils prévoient plus de 60 heures de soins par trimestre.

III. Dispositions transitoires de la modification du ...

Les dispositions transitoires prévoient de laisser aux fournisseurs de prestations et aux assureurs jusqu'à la fin 2020 pour mettre l'évaluation des soins requis en conformité avec les nouvelles exigences de l'art. 8b. L'évaluation des soins requis en accord avec l'ancien droit reste possible jusqu'à la fin 2020. Après l'entrée en vigueur probable au 1^{er} juillet 2019, il y aura ainsi suffisamment de temps pour mettre en place la collaboration entre les fournisseurs de prestations et les assureurs, concevoir et exécuter les études de temps exigées et concrétiser les adaptations nécessaires des systèmes et, le cas échéant, organiser également des formations pour les fournisseurs de prestations concernant les modifications de l'évaluation des soins requis, également au cas où un canton souhaiterait ou serait obligé de changer de système, lorsqu'un système n'est pas en mesure ou disposé à respecter les nouvelles exigences selon l'art. 8b.

IV. Entrée en vigueur

Les dispositions entrent en vigueur le 1^{er} juillet 2019