



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Modifications de l'OPAS - neutralité des coûts et évaluations des soins requis

Rapport sur les résultats de la consultation

Berne, juillet 2019

Sommaire

1	CADRE GÉNÉRAL.....	4
1.1	Neutralité des coûts	4
1.2	Évaluation des besoins	4
1.3	Évaluations des soins requis dans les établissements médico-sociaux.....	4
1.4	Consultation.....	5
2	PRISES DE POSITION.....	5
3	APERÇU.....	6
4	PRISES DE POSITION SUR LA NEUTRALITÉ DES COÛTS.....	7
4.1	Remarques générales	7
4.2	Neutralité des coûts	12
4.3	Intensité des soins et structure des prestations	16
4.4	Besoin de soins important et situations particulières	18
4.5	Soins aigus et de transition	19
4.6	Ambulatoire avant stationnaire.....	20
4.7	Coûts	22
4.8	Financement de l'AOS et des cantons	25
4.9	Remboursement du matériel de soins	29
4.10	Introduction en milieu d'année	32
4.11	Demandes	33
5	PRISES DE POSITION RELATIVES À LA PRESCRIPTION MÉDICALE ET À L'ÉVALUATION DES SOINS REQUIS PAR LE PERSONNEL SOIGNANT.....	39
5.1	Remarques générales sur l'évaluation des besoins.....	39
5.2	Remarques sur l'art. 7.....	40

5.3	Remarques sur l'art. 8.....	42
5.4	Remarques sur l'art. 8a.....	45
6	PRISES DE POSITIONS SUR LES EXIGENCES MINIMALES RELATIVES À L'ÉVALUATION DES SOINS REQUIS DANS LES EMS	48
6.1	Remarques générales	48
6.2	Remarques sur l'art. 8b	51
6.3	Remarques sur l'art. 8c.....	53
	ANNEXE : LISTE DES PARTICIPANTS À LA CONSULTATION.....	55

1 Cadre général

1.1 Neutralité des coûts

Le nouveau régime de financement des soins, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011, a remplacé les tarifs-cadres, solution temporaire de frein aux dépenses. Ce nouveau régime, inscrit à l'art. 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10), prévoit que l'assurance obligatoire des soins (AOS) contribue uniquement aux soins dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré. Le Conseil fédéral a délégué au Département fédéral de l'intérieur (DFI) la tâche de déterminer les contributions, en francs et en fonction du besoin en soins. En fixant les contributions à l'art. 7a de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), le DFI a satisfait à cette obligation.

L'al. 1 des dispositions transitoires de la modification de la LAMal prévoit que le Conseil fédéral fixe le montant des contributions de rémunération des 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 (EMS) dans l'année précédant l'entrée en vigueur de la modification (c.-à-d. 2010). De plus, si cette règle ne peut pas être respectée la première année après l'entrée en vigueur de la modification, le Conseil fédéral procède aux adaptations nécessaires les années suivantes. Le Conseil fédéral a délégué sa compétence au DFI à l'art. 33, let. i de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102).

1.2 Évaluation des besoins

Le 27 avril 2016, le Conseil national n'est pas entré en matière sur l'initiative parlementaire 11.418 « Accorder plus d'autonomie au personnel soignant » de l'ancien conseiller national Rudolf Joder (UDC, BE). Cette initiative visait à permettre au personnel soignant de dispenser certains soins de santé et soins infirmiers de manière autonome. Elle aurait nécessité une modification de la LAMal. Suite à cette non-entrée en matière, l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) a annoncé lancer une initiative populaire pour des soins infirmiers forts. Le 29 novembre 2017, cette initiative a été déposée avec 114 078 signatures valables sur un total de 114 403.

Lors de sa séance du 9 mars 2018, le Conseil fédéral a décidé de rejeter l'initiative et chargé le DFI d'examiner et d'élaborer, en collaboration avec Département fédéral de l'économie, de la formation et de la recherche (DEFR) et les acteurs concernés, des mesures concrètes visant à améliorer la situation du personnel soignant.

Les modifications prévues rejoignent pour l'essentiel les objectifs de l'initiative parlementaire 11.418 et visent à réduire la charge administrative et à mieux prendre en compte l'autonomie des soins, tout en conservant le rôle de charnière des médecins, qui continuent d'assurer la coordination des soins. Ceci, sans toutefois permettre à d'autres catégories professionnelles de facturer directement leurs prestations à l'AOS.

1.3 Évaluations des soins requis dans les établissements médico-sociaux

Les instruments de saisie des soins requis (BESA, PLAISIR, RAI/RUG) utilisés actuellement dans les EMS suisses mesurent différemment le besoin en soins visé à l'art. 25a LAMal. BESA et PLAISIR attribuent une valeur en minutes à la charge en soins sur la base d'un catalogue des prestations. Ce catalogue se fonde sur des minutes moyennes. Le patient est affecté à l'un des douze niveaux du besoin en soins OPAS sur la base de la valeur en minutes. RAI/RUG affecte le patient à un groupe iso-ressources en matière de soins sur la base d'une évaluation de son état de santé. Ce groupe est basé sur une charge en soins moyenne. Le groupe iso-ressources (et donc le patient) est ensuite affecté à l'un des douze niveaux du besoin en soins OPAS. À gravité de cas et situation du patient identiques, cette

affectation peut déboucher sur des minutes ou des classements dans les 12 niveaux de besoin en soins visés à l'art. 7a OPAS différents. Les remboursements des assureurs-maladie seront par conséquent différents, tout comme la charge financière des cantons et, dans certains cas, des patients.

Même si certaines versions d'une partie des instruments utilisés en Suisse ont été calibrées, de sorte que les différences entre ces instruments sont minimales, il n'y a pas de standardisation globale. Dans ses réponses aux interpellations 15.4224 et 16.3758, le Conseil fédéral a annoncé que définir, par voie d'ordonnance, des exigences minimales pour ces instruments entraînera une certaine harmonisation. Il n'entend pas exiger un classement par minute des situations du patient par instrument de saisie, version ou canton. Toutefois, harmoniser la saisie des instruments de besoins en soins nécessite de classer ces derniers selon des critères comparables.

La présente révision prévoit des exigences minimales applicables à l'échelle du pays, ce qui permettra d'harmoniser les résultats de la saisie des besoins en soins. Définir des exigences minimales évitera d'imposer un système unique aux fournisseurs de prestations, ce qui pourrait entraîner une hausse des coûts, et de fermer la porte aux éventuels concurrents.

1.4 Consultation

La consultation sur les modifications de l'OPAS s'est déroulée du 4 juillet au 26 octobre 2018 auprès des cantons, des partis politiques, des associations faîtières des communes, villes et régions de montagnes œuvrant au niveau national, des associations faîtières de l'économie œuvrant au niveau national, des consommateurs, des fournisseurs de prestations, des assureurs et d'autres milieux intéressés.

2 Prises de position

Les destinataires étaient au nombre de 90. Les documents relatifs à la consultation ont également été publiés en ligne sur le site de la Confédération¹. Les organisations suivantes ont envoyé 94 prises de position en réponse à la consultation :

- tous les cantons, CDS, CLASS, ACS et UVS ;
- 3 partis représentés à l'Assemblée fédérale (PLR, PSS, UDC) ;
- 3 associations faîtières de l'économie (CP, USS, USAM) ;
- 1 association de consommateurs (FRC) ;
- 50 associations et organisations de fournisseurs de prestations (AFAS, AFG VFP Akut, ASPS, AVASAD, CURAVIVA, Curacasa, FAS, FMH, GVCMS, H+, imad, CI Financement des soins, LZCH, mfe, pharmaSuisse, SACD, ASI, ASI-AG/SO, ASI-BE, ASI-NE/JU, ASI-SBK Sezione Ticino, ZH/GL/SH, senesuisse, SKSZ, Spitex Schweiz, Spitex Verband Aargau, Spitex Regio Arth- Goldau, Spitex Kanton Bern, SXBS, SVBL, Spitex Bregaglia, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex OW, Spitex RuLa, Spitex Sattel-Rothenthurm, Spitex Verband SG AR AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri, SVKS, SPXZG, SVKZ, Spitex Schaffhausen, Marion's Spitex, SNL, fsas, unimedsuisse, VAKA, VFP AFG Spitex Pflege, Psy moos) ;
- 2 associations d'assureurs (santésuisse, curafutura) ;
- 6 organisations de patients (ALZ CH, LP CH, OSP, CSA, VAPP, FARES) ;
- BESA Care, CT PLAISIR, LEP AG et QSys.

¹ <https://www.admin.ch/ch/f/gg/pc/ind2018.html>

La liste des participants (avec les abréviations utilisées dans le présent rapport) se trouve en annexe.

3 Aperçu

Les **cantons** et les **fournisseurs de prestations** rejettent la baisse des contributions aux soins à domicile et demandent plutôt une augmentation. La majorité d'entre eux demandent une hausse plus importante que prévu des contributions aux EMS. Il faut également adapter les contributions au moins tous les trois ans et procéder aux modifications légales permettant de facturer le matériel de soins indépendamment du fait qu'il s'agisse d'une remise au sens de la LiMA ou que ce matériel ait été utilisé pour des soins. Les cantons et les fournisseurs de prestations motivent leur demande par la hausse des coûts, de l'intensité des soins et de la part de financement des cantons et communes, ainsi que par les lacunes de financement du matériel de soins. Enfin, les modifications proposées ne sont pas conformes à la volonté politique et à la stratégie « l'ambulatoire avant le stationnaire ». Les prises de position comprennent à vrai des arguments allant au-delà de la pure la neutralité des coûts des contributions pour l'OAS. Selon les fournisseurs de prestations, la proposition se limite à quelques modifications techniques n'ayant aucun lien avec les lacunes révélées par l'évaluation du financement des soins. Finalement, les cantons et les fournisseurs de prestations tirent des conclusions de l'évaluation du financement des soins et étendent leur argumentation à l'encouragement des soins aigus et transitoires et à l'augmentation du nombre de niveaux de soins dans le domaine des EMS, afin de promouvoir le remboursement des cas lourds dans les domaines de la démence, de la psychogériatrie et des soins palliatifs.

Selon les fournisseurs de prestations, il faut aussi prendre des mesures permettant de garantir le financement résiduel des cantons.

Curafutura a analysé les données des assurés et en conclut qu'il faut diminuer les contributions allouées aux soins à domicile et augmenter celles allouées aux EMS pour que les contributions actuelles d'assurance-maladie correspondent aux tarifs 2010. Elle propose d'arrondir au franc près les contributions calculées par le DFI pour le domaine des EMS et à dix centimes près celles des soins à domicile, ce qui permettra une mise en œuvre viable du traitement des prestations.

Santésuisse s'oppose à l'adaptation des contributions. On dispose depuis un certain temps déjà des données nécessaires au contrôle des taux de contribution. Il n'y a aucune raison d'adapter ces taux huit ans après l'introduction du financement des soins ; en effet, cela génère une insécurité financière superflue chez les assureurs, les fournisseurs de prestations, les patients et les collectivités et complique la planification. Des raisons techniques s'opposent également à une nouvelle calibration des contributions.

La plupart des cantons estiment que les dispositions relatives aux exigences minimales appliquées aux instruments d'évaluation du besoin en soins vont dans la bonne direction, mais qu'il faut aborder la question des conséquences financières, et les cantons **JU**, **NE** et **VD** considèrent que ces dispositions manquent de clarté. **UR** est favorable à un système unique. La plupart des cantons souhaitent que les études de temps ne soient réalisées que dans les cantons utilisant un certain système, et désirent une période transitoire de deux ans. La méthodologie doit être réglée par les partenaires tarifaires à l'échelle du pays. Le Conseil fédéral aura un rôle de décision subsidiaire. La majorité des cantons demandent en outre que l'analyse des données de routine permette de dégager des indicateurs de qualité applicables également à l'évaluation des besoins en soins ambulatoires.

La plupart des fournisseurs de prestations, dont **CURAVIVA**, **H+** et **senesuisse**, ainsi que les fournisseurs de système **BESA Care** et **QSys**, sont favorables aux dispositions, mais émettent des remarques et des propositions sur quelques points. **CURAVIVA**, **BESA Care** et **QSys**

souhaitent notamment qu'un comité réunissant les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs se penche sur la question de la méthodologie et sélectionnent une seule méthode pour les études de temps. Le Conseil fédéral aurait un rôle de décision subsidiaire. Pour les fournisseurs de système **CT PLAISIR**, plusieurs points manquent de clarté. Le système PLAISIR ne présente aucun écart entre le besoin en soins évalué et les prestations effectivement fournies puisque le classement est personnalisé.

Les associations d'assureurs **Curafutura** et **santésuisse** rejettent les propositions et souhaitent un système unique et uniforme d'évaluation du besoin en soins. Concrètement, **Curafutura** souhaite qu'il s'agisse de BESA.

Les cantons soutiennent pour la plupart l'orientation des modifications proposées. Ils estiment qu'il est juste d'offrir plus d'autonomie au personnel soignant mais attirent toutefois l'attention sur les risques d'augmentation des volumes des prestations fournies et donc des coûts. Ils considèrent la distinction faite entre les types de prestations comme problématique. À leur avis, il n'est pas opportun d'exiger deux ans d'activité afin de pouvoir procéder à l'évaluation du besoin en soins.

Pour les fournisseurs de prestations, les modifications proposées ne vont pas assez loin et une modification de la loi est souvent demandée afin d'assurer une réelle autonomie au personnel infirmier. Pour les fournisseurs de prestations aussi la distinction faite entre les types de prestations n'est pas adéquate. Ils craignent aussi une augmentation du travail administratif. Les fournisseurs de prestations s'opposent à l'exigence des deux ans de pratique.

Curafutura et **santésuisse** ont des avis très différenciés. Si pour la première salu les modifications proposées, la seconde les refuse en bloc et demande que l'on attende la position du Parlement quant à l'initiative populaire « Accorder plus d'autonomie au personnel soignant ». Curafutura estime aussi que la distinction faite entre les types de prestations n'est pas adéquate. **santésuisse** craint une forte augmentation des coûts.

4 Prises de position sur la neutralité des coûts

4.1 Remarques générales

Cantons

Dans leurs réponses, les cantons et la **CDS**² rejettent la baisse des contributions à l'aide et aux soins à domicile ainsi qu'au personnel soignant indépendant et jugent insuffisante la hausse des contributions aux EMS. Ils font valoir notamment l'augmentation des salaires, la part de financement des cantons et des communes, le financement du matériel de soins et les résultats de l'évaluation du financement des soins. Les propositions du DFI en matière de transfert des coûts vers les cantons et les communes, de stratégie « l'ambulatoire avant le stationnaire » et des lacunes de financement du matériel de soins dont il n'a pas été tenu compte ne sont pas conformes aux objectifs politiques.

CLASS considère que le projet passe à côté de l'objectif de l'augmentation des soins ambulatoires qui ferait l'objet d'un large consensus, qu'il ne règle pas la question de la répartition des coûts entre AOS et cantons et qu'il ne règle pas la question de la prise en charge du matériel de soins.

FR et **VD** regrettent que le projet ne tienne pas compte des projets et réflexions en cours au niveau fédéral, qu'il s'agisse notamment de la révision de la LAMal (forfaitisation des soins

ambulatoires) ou de la suite que le Conseil fédéral entend donner au rapport du groupe d'experts concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins.

JU regrette le morcellement des différentes consultations et projets en cours de réflexion au niveau fédéral (financement uniforme, révision de l'OPAS, mesures visant à freiner la hausse des coûts, forfaits ambulatoires, part de la distribution des médicaments).

VD est de l'avis que le projet renforce le système du minutage et confirme ainsi la séparation entre EMS et soins à domicile, en ignorant la perméabilité et la complémentarité croissantes de ces deux domaines. Alors que les discussions politiques se tournent de plus en plus vers des paiements forfaitaires suivant une logique de type « DRG », la modification proposée écarte le financement des soins de longue durée d'une telle logique.

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

PLR accepte la proposition de modification de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins vis-à-vis de la neutralité des coûts concernant les contributions aux soins et espère que les montants calculés le seront désormais correctement.

PS et **l'UDC** rejettent la réduction des contributions de l'AOS aux soins ambulatoires. **PS** exige que celles-ci soient augmentées afin d'éviter de créer un incitatif rendant le domaine stationnaire encore plus attrayant. D'un point de vue politique de la santé et des soins intégrés, le **PS** estime que la révision nie les réalités et les besoins du terrain et qu'elle s'oppose donc à la promotion de « l'ambulatoire avant le stationnaire le stationnaire ». Selon **l'UDC**, les ajustements des contributions proposés pour l'assurance maladie obligatoire sont incompatibles avec l'objectif général de la gestion politique consistant à fixer des incitations réduisant les coûts (soins ambulatoires aux patients hospitalisés).

Associations faitières de l'économie

USS rejette la baisse des contributions de l'AOS aux soins ambulatoires, mais se montre également critique envers la hausse des contributions aux EMS dans le modèle actuel de financement. La priorité des pouvoirs publics, Confédération comprise, doit être de combler efficacement et durablement les lacunes de financement des deux domaines des soins de longue durée. De plus, il faut rapidement trouver une solution pour le financement du matériel de soins, qui doit être remis à la charge de l'AOS comme c'était le cas il y a peu.

USAM souligne que le projet d'ordonnance ne fait aucune référence aux conséquences sur le financement résiduel par les cantons et les communes. Selon les informations des unions cantonales des arts et métiers, il y a là de son point de vue un certain nombre de problèmes non résolus. Elle prie donc le DFI de clarifier cette question de manière satisfaisante avant l'adoption définitive de l'ordonnance.

USAM constate que le projet d'ordonnance prévoit de diminuer les contributions aux soins ambulatoires malgré la hausse des salaires, et donc la hausse des coûts, alors qu'au contraire il faudrait les augmenter. Elle rejette cette approche. Elle estime que, du point de vue des coûts, il faut fournir la majeure partie des soins sous forme ambulatoire. Elle craint que les modifications de contributions proposées provoquent l'exact opposé. Ces modifications inciteraient à renforcer les soins stationnaires au détriment du domaine ambulatoire. L'**USAM** rejette cette exigence.

Organisations du secteur de la santé - patients/usagers

Alzheimer Schweiz ne comprend pas pourquoi les contributions de l'AOS aux soins ambulatoires doivent être diminuées de 3,6 %. Selon elle, diminuer les contributions aux prestations d'aide et de soins à domicile constitue un refus du principe « l'ambulatoire avant le stationnaire ». De plus, il regrette que la proposition du Conseil fédéral ne règle pas les problèmes fondamentaux du financement des soins, comme le financement insuffisant dans les situations de soins complexes et exigeantes, les coûts non couverts et les augmentations générales des coûts des soins infirmiers. Bien que le rapport d'évaluation traite de la nécessité d'agir, Alzheimer Schweiz estime qu'aucune mesure concrète n'est prise notamment dans le domaine de la démence où il n'y a aucune amélioration. Selon elle, il y a des déficits de financement et le projet de consultation ne contient aucune proposition visant à ajuster les contributions à l'évolution des coûts des soins (p.ex. augmenter les taxes pour combler les déficits).

LP CH rejette la baisse proposée de 3,6 % des contributions de l'AOS aux soins ambulatoires et demande au contraire une augmentation substantielle. Selon elle, les points suivants rendent cette hausse incontournable :

- Les données servant au calcul sont insuffisantes. Selon les experts, les statistiques de l'aide et des soins à domicile ne permettent pas d'établir de comparaison valable entre les périodes précédant et suivant 2010.
- L'hypothèse principale, à savoir que les prestations des soins ambulatoires auraient dû rester stables entre 2010 et 2014, est fautive.
- En effet, durant cette période, l'assurance obligatoire des soins a été déchargée par rapport aux autres agents-payeurs : dans de nombreux cantons, les frais se sont notamment reportés sur les patients.
- Le manque de règlement relatif au financement résiduel a également entraîné les cantons et les communes à prendre des décisions financières défavorables aux organisations d'aide et de soins à domicile. Il est urgent de définir ce qui doit être compris dans les contributions et le financement résiduel ou ce qui doit être remboursé séparément, par ex., les temps de déplacement ou le matériel de soins.

LP CH ajoute que le rapport et les dispositions proposées ne semblent pas concorder et que le rapport est mal rédigé (lacunes et difficile à lire).

OSP soutient la hausse des contributions de l'AOS dans le domaine stationnaire. Dans le domaine des EMS, cette augmentation doit être investie dans des prestations professionnelles et de bonne qualité. En revanche, elle estime que la baisse des contributions aux soins ambulatoires ne repose sur aucun argument technique et que le calcul est invérifiable. Elle rejette donc cette partie de l'ordonnance. Selon le rapport d'expertise d'INFRAS (élaboré sur mandat du DFI), la charge proportionnelle de l'AOS est passée de 72 % à 70 % au cours de la période d'évaluation. Compte tenu des mutations démographiques, et dans l'optique de fournir des soins ambulatoires efficaces, ciblés et économique, et d'éviter les hospitalisations et les admissions en EMS inutiles, la baisse des contributions de l'AOS est incompréhensible.

Le **CSA** indique que le Conseil fédéral ne reconnaît malheureusement aucune nécessité d'agir sur des thèmes importants tels que le financement résiduel par les cantons ou les soins aigus et transitoires. En revanche, le rapport reprend des thèmes ne faisant pas partie de l'évaluation, comme l'objet de l'initiative populaire pour des soins de qualité (initiative pour des soins infirmiers forts). Il regrette aussi que la question de la prise en charge des prestations relatives aux moyens et appareils (LiMA) n'ait pas été résolue.

FARES rejette la baisse des contributions de l'AOS aux soins ambulatoires (aide et soins à domicile). Elle fait valoir que la révision de l'ordonnance doit mettre l'accent sur les besoins des patients et des personnes dépendant de soins, et non sur les intérêts des caisses-maladie. De plus, elle estime que la présente révision va dans la mauvaise direction, car celle-ci se fonde sur des statistiques insuffisantes et sur l'hypothèse inexacte de la neutralité des coûts.

Il n'a pas été tenu compte des conclusions du rapport d'évaluation, et notamment du fait que le nouveau financement des soins a déchargé les caisses-maladies et n'a donc pas atteint l'objectif de neutralité des coûts. Elle est d'avis qu'il est quelque peu téméraire de proposer des modifications financières sans prendre en compte tous ces aspects, et en particulier l'augmentation des enjeux relatifs aux soins en EMS et aux soins ambulatoires à domicile.

Organisations du secteur de la santé - fournisseurs de prestations

CI Financement des soins indique que le rapport final d'évaluation de janvier 2018 sur le nouveau régime de financement des soins révèle de nombreuses lacunes qui doivent être comblées. Malheureusement, le Conseil fédéral a renoncé à réviser concrètement la loi ou l'ordonnance, se contentant dans le présent projet de quelques modifications techniques n'ayant aucun rapport avec l'évaluation susmentionnée. Il a laissé de côté des thèmes importants tels que le financement résiduel et les soins aigus et de transition. Il est également regrettable que le Conseil fédéral n'ait pas saisi l'occasion de régler le problème croissant de la prise en charge des coûts du matériel de soins.

Pour **CURAVIVA Suisse** et **VAKA**, le projet soumis à consultation est peu clair et décevant. Au vu de l'insuffisance des bases de calcul et de l'actuel examen global des contributions de l'AOS, il convient de rejeter la baisse des contributions aux soins ambulatoires. Même si l'augmentation des contributions de l'AOS aux EMS devrait être nettement supérieure à 6,7 %, elle est à saluer. En effet, il est urgent d'adapter ces contributions. Mais le projet laisse de nombreux problèmes en suspens. Il s'agit tant de lacunes connues depuis très longtemps que de nouvelles interventions urgentes. Le rapport d'évaluation du financement des soins a mis en évidence certains de ces problèmes. Les soins ne font pas partie des facteurs de coûts de l'AOS. Au contraire, conformément aux statistiques de l'OFSP, la part des soins dans les prestations brutes de l'AOS est passée de 10 % à 8,6 % au cours des dix dernières années. Pendant cette période, les prestations brutes, par assuré, des EMS ont diminué de 4 francs par année.

Senesuisse indique que le projet soumis à consultation ne permet pas de résoudre les nombreux problèmes du financement des soins. Le Conseil fédéral n'a pas saisi l'opportunité de procéder aux adaptations urgentes révélées par le rapport d'évaluation. Les règlements proposés sont sans effet sur les problématiques réelles. Il s'agirait avant tout de garantir que l'ensemble des coûts effectifs des soins soit clairement établi et entièrement couvert. L'association est tout de même favorable à augmenter les contributions de l'AOS aux coûts d'EMS, même si cette hausse reste trop modeste. En revanche, vouloir diminuer les contributions de l'AOS aux soins ambulatoires est incompréhensible.

Spitex Schweiz, AFAS, AVASAD, Spitex Bregaglia, SACD, FAS, GVCMS, imad, pharma-Suisse, Spitex Verband Aargau, SXBS, SVBL, Spitex Kanton Bern, Spitex OW, Spitex Regio Arth-Goldau, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex Schaffhausen, Spitex Sattel-Rothenthurm, SKSZ, SVKS, Spitex Verband SG/AR/AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri, SPXZG, SVKZ rejettent la baisse des contributions de l'AOS aux soins ambulatoires et demandent plutôt une augmentation substantielle. Ces organisations ne comprennent pas pourquoi le projet ne tient pas compte des résultats du rapport d'évaluation d'INFRAS. En effet, ce rapport révèle diverses lacunes dans le nouveau régime de financement des soins, et pourtant ses conclusions sont insuffisantes. À l'exception de **Spitex OW** et **Spitex Uri**, toutes les organisations sont favorables à la hausse des contributions de l'AOS aux EMS. Toutes, sauf **FAS** et **GVCMS**, précisent que le postulat adopté est incompréhensible, notamment s'agissant des contributions d'aide et de soins à domicile. Enfin, à l'exception de **SPXZG, SXBS, SVBL**, elles jugent le rapport mal rédigé, peu lisible, lacunaire et non conforme aux dispositions proposées.

ASPS est d'avis que la baisse des contributions aux soins à domicile est mal argumentée et « très fragile ». Il manque aussi une perspective « stratégique » qui sous-tende la révision, comme la prise en compte des mutations démographiques et de l'évolution des coûts, notamment en matière de personnel. Les rapports de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) et d'autres organismes indépendants contiennent d'ailleurs suffisamment d'informations à ce sujet. Il est incompréhensible que la révision ne tienne pas compte des conclusions du rapport d'évaluation et qu'elle n'aborde pas la question des lacunes du financement des soins. Le règlement des problèmes de la LIMA fait également défaut. ASPS est favorable au principe d'une hausse des contributions de l'AOS aux EMS, mais ne s'exprime pas sur les commentaires correspondant.

Imad précise que sa prise de position se veut complémentaire, en plus de celle de de l'Aide et soins à domicile Suisse (Spitex Schweiz), aussi à celles du canton GE et de la CDS. Les passages de ce rapport se référant à GE et CDS sont donc aussi valables pour l'imad.

ASI, ASI NE-JU, curacasa, fsas, LZCH, VFP AFG Akut, ASI-AG/SO, ASI-BE, ASI-SBK Sezione Ticino, ASI-ZCH, ASI-ZH/GL/SH, Marion's Spitex, SNL et Spitex RuLa soutiennent les arguments de CI Financement des soins. La baisse des contributions aux soins ambulatoires ne repose sur aucun argument technique et son calcul est incompréhensible. De plus, elle contredit la stratégie politique de promotion des soins ambulatoires avant les soins stationnaires. À l'exception de **SNL**, toutes les organisations sont favorables à la hausse des contributions de l'AOS aux EMS.

LZCH et ASI-ZCH sont d'avis que la pratique ne peut absorber la baisse des contributions aux soins ambulatoires et que celle-ci nuira fortement à la qualité des soins. Diminuer ces contributions fait peser un risque sur la qualité des soins ambulatoires et, au bout du compte, aura plutôt pour effet d'augmenter les coûts de la santé.

LZCH ajoute que, s'agissant des EMS, il est indispensable d'investir les revenus supplémentaires provenant de la hausse des contributions dans des prestations de soins professionnelles et de bonne qualité.

VFP AFG Spitex Pflege et VGP AFG Akut soutiennent la hausse des contributions de l'AOS aux EMS pour autant que ces derniers augmentent leur taux de personnel soignant HES (haute école spécialisée), BSc (Bachelor of Science) et MSc (Master of Science). Elles rejettent la baisse des contributions de l'AOS à l'aide et aux soins à domicile. De plus, le rapport soumis à consultation montre des faiblesses de conception, contient des erreurs techniques et une argumentation défailante. À ceci, il faut ajouter le fait que les bases de calcul sont fragiles et qu'elles n'incluent pas la différence de valeurs entre 2010 et 2014 (5 minutes contre 10 minutes), ce qui augmente automatiquement les chiffres pour 2014. D'un point de vue scientifique, il faut renoncer à utiliser ces données et élaborer des solutions permettant de comparer ces dernières si l'on veut examiner la problématique de la neutralité des coûts. Les références permettant d'analyser la situation sur le plan national et international ainsi qu'aux conclusions du rapport sur l'évaluation du financement des soins font également défaut.

Pour **VFP AFG Akut**, le rapport explicatif ne correspond pas aux dispositions proposées. Il est mal rédigé, complexe, lacunaire, difficile à lire et manque d'arguments fondés sur des preuves. De plus, il contient aussi malheureusement des erreurs sur le fond. Les chiffres et les démonstrations sont particulièrement lacunaires. Les formulations relatives à la mesurabilité et à la comparabilité des prestations de soins ne devraient pas reposer sur des hypothèses non-scientifiques (« il est possible », « mais ne peut pas être chiffré », etc.).

H+ et **unimedsuisse** approuvent la hausse des taux de contributions aux EMS et rejettent la baisse des taux de contributions à Spitex. Parvenir à la neutralité des coûts en jouant sur les tarifs n'est pas affaire de législation. Politiquement, il n'est pas logique de revaloriser les soins stationnaires de longue durée et, parallèlement, de pénaliser le domaine ambulatoire.

Psymoos rejette la réduction des prestations de l'AOS. La révision proposée ne contribue pas à améliorer la situation du secteur de la santé.

Dans l'optique d'assurer le système de soins, **VAPP** ne souhaite pas que l'OPAS soit révisée, car cette révision ébranlerait les fondements d'un système fonctionnel, efficace et économique sans effet manifeste.

Mfe rejette la baisse des contributions de l'AOS aux soins ambulatoires.

Organisations du secteur de la santé - assureurs

Se fondant sur l'analyse des données des assureurs, **curafutura** conclut qu'il convient de diminuer les contributions des assureurs maladies dans le domaine « soins ambulatoires » et de les augmenter dans le domaine « EMS » pour que les actuelles contributions correspondent aux tarifs 2010. Elle propose d'arrondir au franc près les contributions aux EMS et à dix centimes près les contributions aux soins à domicile, comme c'est le cas actuellement.

Santésuisse indique que les données relatives à l'examen des taux de contribution sont disponibles depuis longtemps déjà, et ne voit aucune raison d'adapter encore une fois ces taux huit ans après l'introduction du financement des soins, puisque cela générerait notamment une insécurité financière inutile et des difficultés de planification chez les assureurs, les fournisseurs de prestations, les patients et les collectivités. Des raisons techniques s'opposent également à une nouvelle calibration des contributions.

Autres organisations

La **FRC** constate que, s'agissant du financement des EMS, la part de financement exigée des pensionnaires, à sortir de leur porte-monnaie, tend à augmenter alors que leurs moyens stagnent. Malgré cela, elle est satisfaite de l'augmentation de la part des assureurs maladie dans cette prise en charge mais regrette par contre que cette amélioration se fasse au détriment des soins à domicile, politiquement plus satisfaisant pour les bénéficiaires.

UVS rejette la modification des contributions de l'AOS (art. 7a OPAS), et critique notamment la baisse des contributions à l'aide et aux soins à domicile. Selon elle, il convient d'associer plus étroitement les caisses-maladie au financement des soins. Les modifications de tarif proposées contredisent l'objectif visant à favoriser les soins à domicile plutôt que les admissions en EMS (et notamment l'objectif « ambulatoire avant le stationnaire »). De plus, décharger davantage les caisses-maladie dans le domaine des soins renforce le problème de la répartition des coûts et du financement résiduel, sur lequel l'Union des villes suisses a déjà plusieurs fois attiré l'attention. L'UVS demande d'associer de manière adéquate l'AOS aux coûts des soins, par exemple, en adaptant régulièrement ses contributions à la croissance globale des coûts de ce secteur.

4.2 Neutralité des coûts

Cantons

Selon **GR**, la neutralité des coûts ne porte pas sur les dépenses absolues de l'AOS, mais sur la part de l'AOS aux coûts des soins LAMal. La hausse de ces derniers s'explique par d'autres facteurs, comme l'augmentation du recours aux soins ou celle de la complexité des prestations. Conformément à la prise de position du DFI du 4 juillet 2018 sur l'évaluation du nouveau régime de financement des soins, l'évolution absolue des dépenses de l'AOS pour les prestations de soins visées à l'art. 7 OPAS ne serait pas déterminante.

JU considère que la neutralité voulue ne s'applique que pour une phase transitoire de trois ans. Passé ce délai, la hausse des coûts devrait être partagée entre les acteurs. Finalement la méthodologie utilisée pour évaluer la neutralité des coûts ne serait ni fiable ni reproductible.

Pour **VD** le rapport explicatif fait référence à différentes sources chiffrées dont il reconnaît l'exactitude et la fiabilité très relatives. Une partie des informations à disposition aurait finalement été écartée pour leur manque de fiabilité. Le calcul aurait donc été fondé sur plusieurs sources distinctes et non cohérentes entre elles. En outre, l'utilisation des données de facturation du pool de données SASIS serait problématique dans la mesure où les cantons ne pourraient attester sa fiabilité. Le facteur de correction calculé ne serait donc pas fondé sur une méthode fiable et reproductible et les bases de calcul et les comparaisons effectuées pour définir l'évolution des coûts entre 2010 et 2014 ne seraient ni pertinentes ni forcément objectives.

Associations faitières de l'économie

Le **CP** regrette que les adaptations envisagées des contributions de l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour la rémunération des prestations de soins se fassent au détriment du secteur des soins ambulatoires. Il estime qu'évoquer le principe de neutralité des coûts et proposer ensuite un simple report des charges (ambulatoires vs stationnaires) ne fait que maintenir, voire exacerber, le schéma conflictuel entre ces deux domaines, alors qu'il faudrait réfléchir à l'efficacité de leur complémentarité.

Selon le **CP**, la problématique du financement résiduel ne fait l'objet d'aucune mesure concrète. Une adaptation des contributions de l'AOS ne fait sens que si les dispositions réglementant la part de financement résiduel par les cantons garantissent des critères homogènes dans l'ensemble de la Suisse. Le CP estime que la disparité de ce financement résiduel permet à certains cantons de ne s'acquitter que dans une mesure insuffisante de leur obligation légale : soins stationnaires de longue durée et ambulatoires sont alors confrontés plus fréquemment à des coûts non couverts occasionnant un report des charges inadéquat et préjudiciable à la qualité des soins octroyés. En outre, le CP souligne qu'une réduction des coûts ambulatoires au bénéfice des assureurs ne garantit nullement une compensation de financement à charge des cantons et des communes dans le domaine de l'aide et des soins à domicile.

Le manque flagrant de données transparentes concernant la facturation des prestations annexes oblige le **CP** à émettre toutes réserves quant au calcul de l'augmentation des contributions aux soins stationnaires et au facteur de correction envisagé.

Organisations du secteur de la santé - fournisseurs de prestations

CI Financement des soins ne conteste pas que le principe de la neutralité des coûts des contributions de l'AOS fasse partie des objectifs du nouveau régime de financement des soins. L'interprétation des données et la baisse de 3,6 % des contributions aux soins ambulatoires qui en résulte sont toutefois très incohérentes et absolument incompréhensibles. S'agissant de la hausse des soins onéreux et complexes, l'évolution des coûts devrait plutôt entraîner une augmentation fondamentale des contributions. La hausse des contributions aux EMS va dans la bonne direction. Elle doit cependant être plus importante et s'appliquer également au domaine ambulatoire.

CURAVIVA et **VAKA** remettent en question la méthode de calcul du DFI. Il est incompréhensible que le Conseil fédéral propose de corriger les contributions de l'AOS sur la seule base de considérations statistiques relatives à la neutralité des coûts sans tenir compte de l'évolution dynamique. Le postulat de la CSSS-CN 16.3352 « Financement à parts égales de l'augmentation des coûts des prestations de soins par tous les agents payeurs », adopté à la quasi-

unanimité par le Conseil national le 19 septembre 2016, demandait aussi la prise en compte de cette évolution. Il portait sur le financement à parts égales par tous les agents-payeurs de l'augmentation des coûts des prestations de soins. Selon le DFI, l'adaptation des contributions de l'AOS en réponse à ce postulat est actuellement à l'étude.

Selon **senesuisse**, l'OFSP ne dispose apparemment d'aucun chiffre utilisable, bien qu'il soit en charge d'étudier la question de la neutralité des coûts depuis 2011 et que la statistique SOMED de l'Office fédéral de la statistique (OFS) constitue une base de données adéquate. L'emploi des chiffres des assureurs, qui ne sont clairement pas neutres, est plus qu'étonnant. Le fait que le département ait déclaré qu'au vu de la baisse du niveau des prix, il convenait d'examiner la possibilité d'encore diminuer les forfaits versés par les assureurs, est particulièrement incompréhensible. En réalité, le calcul ne devrait pas retenir l'indice des prix à la consommation, mais plutôt la hausse continue des coûts de la santé, y compris dans le domaine de l'aide et des soins à domicile. Les salaires et le matériel utilisé sont déterminants dans le calcul des dépenses.

Spitex Schweiz, AFAS, AVASAD, Spitex Bregaglia, SACD, FAS, GVCMS, pharmaSuisse, Spitex Verband Aargau, SXBS, SVBL, Spitex Kanton Bern, Spitex OW, Spitex Regio Arth-Goldau, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex Schaffhausen, Spitex Sattel-Rothenthurm, SKSZ, SVKS Spitex Verband SG/AR/AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri, SPXZG et SVKZ estiment que les données utilisées pour le calcul sont insuffisantes. La correction des coûts vise à garantir la neutralité des coûts de l'introduction des contributions OPAS pour l'AOS pendant la période de transition 2010-2011. Comparer les chiffres de la période 2010 à 2014 est donc problématique. Le rapport d'évaluation signale une rupture dans les données de la statistique de l'aide et des soins à domicile de l'OFS, qu'il ne faut donc pas utiliser pour comparer les coûts globaux avant et après 2010. Le commentaire au projet indique que la cohérence des données disponibles laissait à désirer, pour diverses raisons. En effet, les revenus des prestations visées à l'art. 7 OPAS sont enregistrés sous diverses rubriques, la statistique n'inclut les organisations commerciales que depuis 2010 (et encore, pas toutes), et la statistique 2010 n'inclut pas le personnel soignant indépendant de Zurich et Genève. Dans ces conditions, est-il réellement possible d'analyser de manière aussi détaillée la neutralité des coûts au moment de son introduction en 2011 ? La baisse des contributions se base sur des données peu fiables, est peu sérieuse et arbitraire. De plus, rien n'atteste que le règlement n'a pas été respecté au cours de l'année suivant l'entrée en vigueur de cette révision. L'évaluation déclare que la charge de l'AOS est passée de 72 % à 70 % au cours de la période examinée. L'objectif de neutralité des coûts est donc largement atteint.

ASPS se dit étonnée des très nombreuses hypothèses rencontrées dans le projet, formulées de manière récurrente au conditionnel. On serait en droit d'attendre des données chiffrées clairement reconnaissables et non pas des suppositions. De plus, les sources mentionnées (statistiques SOMED et aide et soins à domicile, pool de données SASIS) n'ont pas été consultées de manière systématique. Leurs résultats ne sont pas toujours très clairs. Aucun argument net n'étaye la question des conséquences et des décisions. Tout ceci rend le texte, et ses effets, difficile à comprendre. Par ex., pourquoi avoir utilisé les données de la statistique de l'aide et des soins à domicile alors que le commentaire au projet indique que les chiffres du pool de données SASIS sont plus précis ? Enfin, on suppose beaucoup de choses et, indirectement, brandit la menace d'une augmentation à 3,6 % de la participations aux coûts de la LiMA (« 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 »), ce qui est problématique et peu efficace. Les conclusions du rapport d'évaluation n'ont pourtant absolument pas été mentionnées ou intégrées à l'estimation.

ASI Suisse, ASI NE-JU, curacasa, svbg, VFP AFG Akut, ASI -AG/SO, ASI -BE, ASI-SBK Sezione Ticino, ASI -ZCH, ASI ZH/GL/SH, LZCH, Marion's Spitex et Spitex RuLa constatent que les calculs relatifs à la baisse des contributions de l'AOS se basent sur une page

entière de conjectures, hypothèses, phrases au conditionnel et approximations qui contredisent en partie les documents commandés par le Conseil fédéral lui-même, comme le rapport d'évaluation d'INFRAS. Les statistiques disponibles sont en réalité maigres et lacunaires. Le fait que les prestations étaient facturées sur la base d'unités horaires de 10 minutes en 2010 et de 5 minutes en 2014 n'est pas pris en compte. On présume également que l'introduction de nouvelles prestations, telles que les mesures de coordination et la remise de médicaments, n'a eu aucun effet sur les coûts, sur la base de l'argument, global et infondé, voulant qu'auparavant, ces prestations étaient aussi facturées et rémunérées « sous d'autres appellations ». De plus, les revenus comptabilisés dans le rapport sont légèrement supérieurs aux coûts réels calculés sur la base des heures de soins fournies. Enfin et en définitive, la baisse proposée semble résulter d'un calcul très sommaire, à savoir que les coûts horaires ont augmenté, et qu'il faut donc les diminuer d'autant. Au vu du flou des données, il est donc permis de douter qu'il soit possible d'analyser la neutralité des coûts au moment de son introduction en 2011 de manière aussi détaillée que le laissent penser les formules et leur résultat de 3,6 %.

SNL remet en question les calculs du projet. En effet, ceux-ci se fondent sur des conjectures, des hypothèses, des phrases au conditionnel et des approximations.

Mfe estime insuffisantes les données utilisées pour le calcul des adaptations des contributions de l'AOS aux soins ambulatoires. Du fait de la rupture des données mentionnée par INFRAS, la statistique de l'aide et des soins à domicile de l'OFS ne permet pas de comparer valablement la situation avant et après 2010. En outre, l'objectif de la neutralité des coûts est largement atteint, puisque proportionnellement, la charge de l'AOS a diminué.

Organisations du secteur de la santé - assureurs

Santésuisse rejette la hausse des taux de contribution. L'assurance-maladie a déboursé davantage pour les soins en 2014 qu'en 2010, comme l'attestent les chiffres du rapport explicatif. Selon ce rapport, les contributions de l'assurance-maladie se montaient en 2014 à 2 556,76 millions de francs, soit 140,58 millions ou 5,8 % de plus que les dépenses de 2010 (2 416,18 millions). Il n'est donc pas compréhensible que les montants soient adaptés de telle sorte qu'ils entraînent une charge supplémentaire pour les assurances. Si le DFI souhaite adapter les contributions afin d'harmoniser l'obligation de neutralité des coûts à la disposition transitoire de la révision de la LAMal du 13 juin 2008, il devrait alors être cohérent et diminuer les contributions de 5,8 % en moyenne. Le DFI motive cette adaptation par l'argument voulant qu'entre 2011 et 2014, les contributions par jour de soins versées aux EMS ont diminué et que les contributions par heure versées aux soins à domicile ont augmenté. Toutefois, cette approche contredit la disposition transitoire, qui prévoit que le total des rémunérations soit comparable à l'état 2010. Mais le législateur a voulu éviter qu'un accroissement des prestations au cours de la phase de transition entraîne une charge supplémentaire pour les assurances-maladies. Lors du débat mené aux Chambres, les votes des rapporteurs de la commission avaient soutenu l'interprétation littérale de la disposition transitoire. La conseillère aux États Erika Forster avait présenté le projet au Conseil des États le 19 septembre 2006 en précisant que le « volume de financement de l'assurance-maladie, soit quelque deux milliards de francs, serait plus ou moins conservé ». Les explications données par la conseillère nationale Ruth Humbel le 21 juin 2007 au Conseil national vont dans le même sens : « En introduisant une disposition transitoire, le Conseil des États entend garantir la neutralité des coûts, c'est-à-dire, assurer que l'introduction du nouveau régime de financement des soins soit neutre en termes de coûts et que les coûts liés aux soins, qui se montent actuellement à quelque 2 milliards de francs, n'augmentent pas. » Enfin, santésuisse ne voit aucune utilité à diminuer les taux de contributions aux soins ambulatoires en augmentant parallèlement les contributions aux soins stationnaires, puisque seul le solde est déterminant, pour l'assurance-maladie comme pour les agents-payeurs chargés du financement résiduel.

Autres organisations

UVS partage les craintes des associations d'aide et de soins à domicile, qui notent qu'il a trop peu été tenu compte des modifications fondamentales dans le système de santé s'expliquant par les sorties rapides de l'hôpital conséquences des forfaits DRG. Elle est d'avis que la volonté politique d'adapter les contributions au moyen du DRG vont notamment engendrer une augmentation de la complexité des soins. Elle note, comme la CDS, que la structure de prestations de l'aide et des soins à domicile a été profondément modifiée, ce dont le présent rapport ne tient pas assez compte.

UVS est d'avis que des explications approfondies sont nécessaires avant d'adapter les contributions de l'AOS aux soins à domicile, d'autant plus que les modifications de tarif prévues vont clairement à l'encontre des objectifs politiques.

USAM partage l'avis de **Spitex Schweiz**, à savoir que les données sur lesquelles se fonde le calcul sont insuffisantes et ne permettent pas de comparer la situation avant et après 2010. Alors que la part des prestations peu onéreuses (soins de base) diminue constamment, celle des prestations coûteuses relatives à l'évaluation, au conseil, à la coordination, ainsi qu'aux examens et au traitement, augmente. L'USAM est donc d'avis que le présent calcul de la neutralité des coûts ne prend pas suffisamment en compte cette évolution. Enfin, elle souligne que les considérations relatives à l'évolution des salaires dans le secteur de la santé sont incompréhensibles.

Pour elle, il est inacceptable de reporter davantage de coûts sur les cantons et les communes. Le projet OPAS relatif à la neutralité des coûts doit tenir compte de cette évolution (combler les lacunes de financement des coûts du matériel de soins de l'AOS au moyen du financement résiduel). L'AOS a pris en charge le matériel de soins avant 2011 et au moins jusqu'à fin 2017. Poursuivre ce financement n'aurait pas de répercussions financières pour l'AOS. Au contraire, le subit changement de système génère un important chaos dans l'utilisation et de la facturation du matériel de soins, et donc des difficultés organisationnelles et financières. L'USAM estime donc qu'il faut mettre fin à cette situation confuse et insatisfaisante.

4.3 Intensité des soins et structure des prestations

Cantons

La CDS et les cantons **AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GR, GL, JU, LU, NW, SG, SH, SO, SZ, TI, TG, VS, ZG, ZH** notent que le calcul relatif à la neutralité des coûts ne tient pas compte de l'évolution de la structure des prestations, qui montre une baisse de la part des prestations peu onéreuses alors que la part de l'évaluation, conseil, coordination, ainsi que celle des examens et traitement, sont en hausse.

Organisations du secteur de la santé - fournisseurs de prestations

Pour **Spitex Schweiz, AFAS, AVASAD, Spitex Bregaglia, SACD, FAS, GVCMS, pharmasuisse, Spitex Verband Aargau, SXBS, SVBL, Spitex Kanton Bern, Spitex OW, Spitex Regio Arth-Goldau, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex Schaffhausen, Spitex Sattel-Rothenthurm, SKSZ, SVKS Spitex Verband SG/AR/AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri, SPXZG et SVKZ**, le postulat voulant que la structure des prestations soit restée stable entre 2010 et 2014 est erroné. L'introduction au même moment du système forfaitaire par DRG a généré des situations de soins plus complexes ainsi que, notamment, une hausse des prestations indemnisées à un taux plus élevé (évaluation, conseil, coordination, examens et traitement). Les services d'aide et de soins à domicile sont devenus un acteur majeur des

soins de base, jouant un rôle de coordination. Le rapport « Rémunération des prestations dans le cadre des soins coordonnés » (2018) de l'OFSP signale, par exemple, la hausse de la part des prestations d'évaluation, conseil et coordination et des prestations d'examen et traitement. En contrepartie, les prestations des soins de base ont été réduites d'autant. Les graphiques 2 et 3 du rapport explicatif (p. 15) illustrent cette situation. Enfin, ces transferts expliquent le renchérissement des taux de coûts horaires.

ASPS renvoie à l'évolution des parts des prestations d'évaluation, conseil et coordination et des prestations d'examen et traitement telles que présentées dans les graphiques du rapport explicatif. Elle demande donc une hausse des contributions et une analyse basée sur les données 2012 à 2017, plus fiables.

ASI Suisse, ASI NE-JU, curacasa, svbg, VFP AFG Akut, ASI -AG/SO, ASI -BE, ASI-SBK Sezione Ticino, ASI -ZCH, ASI ZH/GL/SH, LZCH, Marion's Spitex, Spitex RuLa notent que la complexité croissante des tableaux cliniques dans les soins est une conséquence de la réduction de la durée des hospitalisations, tel qu'illustré par les graphiques 2 et 3 du rapport explicatif. Des indicateurs plus précis permettraient de différencier les soins de base simples et complexes. Le calcul fondant la baisse des contributions manque non seulement de rigueur, mais aussi de tout lien avec la réalité. Le fait de sanctionner l'augmentation de l'intensité des soins par une diminution des contributions de l'AOS renvoie à un désengagement inacceptable de l'assurance-maladie dans l'ensemble du domaine des soins ambulatoires. Cette interprétation de la neutralité des coûts nuit également au principe de l'équité fiscale. Tout ceci montre que la « rémunération adéquate des prestations de soins » demandée par l'initiative populaire « Pour des soins infirmiers forts » est indispensable. L'évolution négative du salaire du personnel soignant présentée dans le rapport explicatif amène à la même conclusion.

SNL signale également la hausse de l'intensité des soins provoquée par la complexité accrue des tableaux cliniques et la diminution des durées d'hospitalisation.

Pour **VFP AFG Spitex Pflege** et **VFP AFG Akut**, il est faux de mettre sur un pied d'égalité l'intensité des soins à domicile et les niveaux de besoin en soins ou les prestations d'évaluation, conseil et coordination, d'examen et traitement, et de soins de base. Le diagramme en barres du rapport explicatif ne traduit pas la complexité des prestations de soins. Il ne permet donc pas de déduire quelle formation permet au personnel soignant de fournir la prestation. Cette information est pertinente, puisque, dans les situations complexes, un soignant HES, BSc ou MSc peut être nécessaire. Au vu de la diversité des tâches, les services d'aide et de soins à domicile composent leurs équipes en combinant plusieurs types et niveaux de qualification. Ainsi, pour chaque catégorie de prestations, un collaborateur doit se rendre auprès du patient, et comptabiliser son temps de déplacement. En outre, la diminution des durées d'hospitalisation, l'évolution démographique, la hausse de la polymorbidité, le nombre de malades chroniques et le désir de demeurer chez soi aussi longtemps que possible ont généré une hausse de la complexité des prestations de soins dans les EMS et pour les services d'aide et de soins à domicile. Enfin, on ne peut parler d'une structure de prestations stable, comme le fait le rapport, à propos d'une hausse de 2,3 % de la catégorie l'évaluation, conseils et coordination et d'une baisse de 2,9 % des soins de base.

Spitex Verband Aargau souligne qu'en 2012, l'OFSP a ajouté la coordination (coordination des mesures et dispositions par des infirmières et infirmiers spécialisés en lien avec des complications dans des situations de soins complexes et instables) à la catégorie évaluation et conseils, ce qui a généré un afflux de prestations dans ce groupe.

Selon **mfe**, le postulat principal, à savoir que les prestations des soins ambulatoires devaient rester stables entre 2010 et 2014, est douteux puisque c'est au cours de cette période qu'a été introduit le système forfaitaire par DRG, qui a entraîné une hausse des prestations mieux indemnisées. Depuis, le principe « l'ambulatoire avant le stationnaire » a été systématique-

ment appliqué et des prestations spécialisées lancées dans le domaine des soins ambulatoires, pour la démence, les soins palliatifs ou psychiatriques, par exemple. Ces prestations sont plus onéreuses que les soins « classiques, simples ».

4.4 Besoin de soins important et situations particulières

Cantons

Pour **CDS, CLASS, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GR, GL, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TI, TG, UR, VD, VS, ZG** et **ZH**, la participation non-proportionnelle de l'AOS aux besoins de soins dans les EMS dépassant 220 minutes n'est pas adéquate. Ils demandent une participation proportionnelle pour cette catégorie également.

BE signale que, dans le rapport d'évaluation, la démarcation des prestations dans les domaines de la démence, des soins psychogériatriques et des soins palliatifs n'est pas claire. Dans le domaine stationnaire, les contributions de l'AOS pour un besoin de soins dépassant 220 minutes par jour ne sont pas différenciées et donc plus proportionnelles à la charge de soins. Or, le champ d'action « offres adaptées au besoin » de la Stratégie nationale en matière de démences 2014 à 2019 vise un traitement équilibré au sens de l'art. 7 OPAS et l'indemnisation des prestations de soins nécessaires en cas de démence.

JU précise que plus de 11 % des résidents jurassiens en EMS nécessitent plus de 240 minutes de soins par jour. Il y a donc un risque élevé d'une péjoration de la qualité des soins de ces personnes fragilisées. La création de catégories supplémentaires est nécessaire, idéalement six, mais au minimum trois. Plusieurs études récentes feraient état d'un sous-financement des prestations de soins pour les patients nécessitant des soins palliatifs ou présentant des troubles psychiatriques de l'âge avancé. Le Conseil fédéral devrait donc prendre des mesures concrètes permettant de financer les prestations spécialisées de soins palliatifs et de psychiatrie de l'âge avancé.

Organisations du secteur de la santé - fournisseurs de prestations

Pour **CI Financement des soins**, les modifications des contributions ne tiennent pas compte de l'urgence d'agir dans le domaine des soins palliatifs et de la démence. Les stratégies fédérales en matière de démences et de soins palliatifs ont mis en évidence les besoins spécifiques de ces groupes de patients ; la Confédération doit donc être consciente de sa responsabilité et définir un financement complémentaire adéquat.

CURAVIVA et **VAKA** demandent que le degré élevé d'intensité des soins en matière de démences, de soins palliatifs et de polymorbidité soit mieux pris en compte en faisant passer ces derniers au niveau de soins 18, de telle sorte que les coûts supplémentaires induits par des situations de soins intensifs, notamment en fin de vie, ne soient pas à la seule charge des patients et/ou des pouvoirs publics. Cette modification répondrait également au postulat 18.3384 CSSS-CE « Améliorer la prise en charge et le traitement des personnes en fin de vie ». Sans un meilleur financement, les objectifs des stratégies nationales en matière de démences et de soins palliatifs, lancées par la Confédération et les cantons, ne seront pas entièrement remplis ; de plus, la liberté de choix et l'accès aux meilleurs soins possibles seront limités. L'examen général des contributions doit prendre en compte la modification des contributions de l'AOS aux situations de soins particulières afin de ne pas créer d'effet cumulatif.

Selon **senesuisse**, les instruments de mesure minimisent la charge de soins pour, par ex., les démences et les soins palliatifs. Or, pour les soins très soutenus, il faut assurer un co-financement allant plus loin que les 12 niveaux de soins actuels. Même si certains nécessitent un niveau de soin plus bas, les patients atteints de démences sont tributaires d'une place en

EMS, et le financement des coûts hôteliers est à leur charge. Il faut donc au minimum garantir le financement des coûts liés à la maladie. Le même principe s'applique à la charge horaire plus élevée et aux prestations de soins palliatifs, ainsi qu'aux cas plus rares nécessitant des soins très soutenus, soit plus de 4 heures par jour.

4.5 Soins aigus et de transition

Cantons

BE renvoie au rapport d'évaluation, qui conclut que la mise en œuvre des soins aigus et de transition est encore lacunaire et que l'offre est sous-utilisée. La mauvaise délimitation entre soins gériatriques réguliers et rééducation et le peu d'attrait financier de l'offre compliquent l'implantation de ces soins dans les EMS. De plus, la durée limitée à deux semaines, trop courte, fait obstacle à la demande. BE voit là une nécessité d'agir et demande des mesures de promotion.

Associations faitières de l'économie

CP est d'avis que les adaptations envisagées omettent toutes les mesures en faveur des soins aigus de transition (SAT), redéfinis en 2011 dans le cadre du nouveau régime de financement des soins. Il estime qu'une conception efficace de ces soins, qui assurent une prise en charge des patients après leur sortie de l'hôpital, permet d'atténuer les coûts du système, de favoriser la récupération de l'autonomie au quotidien et le retour au domicile. Contrairement à la durée limitée de prescription proposée (deux semaines), insuffisante du point de vue médical et des soins, le CP propose que celle-ci soit inscrite sur une période de quatre semaines, permettant un retour efficace à domicile pour plus de deux tiers des patients. Selon lui, ces soins aigus de transition pourraient également être prolongés en fonction des besoins et sur prescription médicale.

Organisations du secteur de la santé - patients/usagers

LP CH demande que le rapport d'évaluation d'INFRAS soit soigneusement analysé, car ce dernier montre que l'actuel système des soins aigus et de transition ne suffit pas. La statistique de l'aide et des soins à domicile n'étaye pas l'hypothèse que les soins aigus et de transition ont contribué à augmenter le nombre de prestations de soins. LP CH réfute catégoriquement la suggestion que ces soins augmenteraient (sans raison) le total d'heures de soins. Elle est d'avis que des soins aigus et de transition adéquats et prescrits sur ordonnance par un médecin hospitalier ne peuvent être étendus arbitrairement.

OSP souligne que, selon l'évaluation d'INFRAS, peu de patients ont recours aux soins aigus et de transition et que l'offre est lacunaire. Elle estime que, plus le nombre d'interventions ambulatoires est élevé, plus le suivi relatif aux soins est important. Selon elle, les coûts hôteliers d'un établissement de soins aigus et de transition ne doivent pas être à la charge du patient. Il faut donc viser des soins intégrés pour tous.

Organisations du secteur de la santé - fournisseurs de prestations

CI Financement des soins estime qu'établir un système novateur de soins intégrés dans le domaine des soins de longue durée est tributaire d'une bonne couverture des soins aigus et de transition. Les coûts hôteliers des établissements de soins aigus et de transition ne doivent plus être reportés sur les patients, car il s'agit là d'un obstacle important au recours à l'offre. Au contraire, la règle du financement hospitalier doit s'appliquer dans ces cas-là. En outre, la

durée des soins aigus et de transition doit être d'au moins quatre semaines, et, au besoin, doit pouvoir être prolongée une fois de quatre autres semaines au plus, sur ordonnance médicale.

Senesuisse note que l'objectif principal des soins aigus et de transition est d'assurer la transition après un séjour à l'hôpital, en adéquation avec les besoins médicaux et psychiatriques et dans une optique de convalescence. Les patients doivent pouvoir retrouver leur autonomie au quotidien. L'expérience montre que la plupart du temps, cela n'est pas possible en 14 jours seulement. De plus, l'actuel système de financement n'incite pas à utiliser l'offre en EMS, puisque tous les frais du séjour sont à la charge des assurés. En pratique, une durée maximale de deux semaines de soins aigus et de transition n'est donc pas applicable.

Spitex Schweiz, AFAS, AVASAD, Spitex Bregaglia, SACD, FAS, GVCMS, pharmaSuisse, Spitex Verband Aargau, SXBS, SVBL, Spitex Kanton Bern, Spitex OW, Spitex Regio Arth-Goldau, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex Schaffhausen, Spitex Sattel-Rothenthurm, SKSZ, SVKS, Spitex Verband SG/AR/AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri, SPXZG et SVKZ renvoient au rapport d'évaluation, qui conclut que le système actuel de soins aigus et de transition n'est pas suffisant. Ils réfutent la suggestion que ces soins augmenteraient (sans raison) le total d'heures comptabilisées. Les soins aigus et de transition sont prescrits sur ordonnance par un médecin hospitalier et ne peuvent donc être étendus arbitrairement.

En outre, les organisations mentionnées ci-dessus, ainsi qu'**ASI Suisse, ASI NE-JU, curacasa, svbg, VFP AFG Akut, SBK-AG/SO, ASI-BE, ASI-SBK Sezione Ticino, ASI-ZCH, ASIZH/GL/SH, LZCH, Marion's Spitex, Spitex RuLa** et **SNL**, notent que la statistique de l'aide et des soins à domicile ne permet pas d'affirmer que ces soins génèrent plus de prestations.

VFP AFG Spitex Pflege et VFP AFG Akut constatent que les soins aigus et de transition, tels qu'ils sont conçus, ne sont pas applicables en pratique, et mal connus des médecins hospitaliers. De plus, il est presque impossible d'assurer, en 24 heures et sans organisation préalable, la transition avec l'aide et les soins à domicile après 14 jours seulement. Par ailleurs, la statistique de l'aide et des soins à domicile ne permet pas d'affirmer que les soins aigus et de transition génèrent plus de prestations.

Selon **H+** et **unimedsuisse**, il faut augmenter la durée des soins aigus et de transition à quatre semaines, renouvelables une fois sur ordonnance médicale. En effet, avec quatre semaines, les institutions de soins de longue durée auraient un taux de retour à domicile de plus de 60 %. Les économies pour l'État seraient donc très importantes, et les économies à long terme pour l'AOS également positives. Le système actuel de deux semaines ne tient pas compte des besoins médicaux des patients, il est contre-productif. Enfin, il faut aussi résoudre les questions de jurisprudence soulevées par les décisions récentes.

Imad précise que le nombre de soins aigus et de transition est en forte baisse depuis plusieurs années. Le principal obstacle provient du fait que les médecins hospitaliers n'imaginent pas prescrire des traitements de soins aigus pour des patients auxquels ils ne pourront plus accéder facilement du fait de leur retour à domicile.

4.6 Ambulatoire avant stationnaire

Cantons

CDS et AG, AI, BE, BL, BS, FR, GR, GL, LU, NW, SG, SH, SO, SZ, TI, TG, UR, VS, ZG, ZH signalent que les organisations d'aide et de soins à domicile s'occupent de plus en plus de personnes jeunes qui peuvent grâce à elles quitter plus tôt l'hôpital, ou ne doivent même pas

y séjourner. La baisse des contributions de l'AOS à ces organisations envoie un signal contradictoire au vu de la stratégie fédérale et cantonale « l'ambulatoire avant le stationnaire ».

CLASS et **FR, GE** et **NE** sont de l'avis que l'amélioration des systèmes de santé passe par une augmentation des soins ambulatoires et une meilleure coordination des acteurs, ce qui fait l'objet d'un large consensus et ressort notamment des discussions animées par le DFI. La révision proposée soutiendrait au contraire une diminution de l'engagement du système d'assurance sociale dans cette direction.

Selon **JU** il n'est pas concevable de revoir les tarifs des soins ambulatoires à la baisse, alors qu'un large consensus national plaide pour une meilleure offre ambulatoire, il n'est pas concevable pour le Gouvernement jurassien de revoir les tarifs des soins ambulatoires à la baisse.

Organisations du secteur de la santé - patients/usagers

S'agissant de renforcer le principe « l'ambulatoire avant le stationnaire », **LP CH** estime qu'augmenter les contributions OPAS dans le domaine des soins ambulatoires permet de compenser la baisse de la part de l'AOS et qu'il est possible d'y intégrer les éléments manquants (matériel de soins, temps de déplacement, salaires).

Organisations du secteur de la santé - fournisseurs de prestations

CI Financement des soins est d'avis que l'encouragement de la stratégie fédérale « l'ambulatoire avant le stationnaire » entraînera plus d'interventions dans ce domaine.

Spitex Schweiz, AFAS, AVASAD, Spitex Bregaglia, SACD, FAS, GVCMS, pharmaSuisse, Spitex Verband Aargau, SXBS, SVBL, Spitex Kanton Bern, Spitex OW, Spitex Regio Arth-Goldau, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex Schaffhausen, Spitex Sattel-Rothenthurm, SKSZ, SVKS, Spitex Verband SG/AR/AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri, SPXZG et SVKZ notent que depuis l'introduction du nouveau régime de financement des soins, et donc au cours de la période de calcul de la neutralité des coûts des contributions, la demande de prestations de soins ambulatoires a fortement augmenté, en raison notamment de la stratégie cantonale « l'ambulatoire avant le stationnaire » et des mutations sociales (plus de ménages composés d'une seule personne, individualité, etc.). Parallèlement, et en concordance avec les diverses stratégies fédérales et cantonales, le besoin d'offres de soins spécifiques est aussi en forte augmentation : soins palliatifs, démences, psychiatrie, oncologie, aide et soins pédiatriques à domicile, services de nuit et de week-end. Or, ces prestations sont plus onéreuses que les soins « classiques, simples ». Cette tendance à la hausse va se poursuivre (programme national de recherche « Fin de vie », PNR 67, ou postulat 18.3384 « Améliorer la prise en charge et le traitement des personnes en fin de vie » de la CSSS-CE). Il faut donc engager du personnel formé à cet effet et utiliser des moyens auxiliaires spécifiques. Cette tendance, notamment, entraîne un transfert de coûts du domaine stationnaire au domaine ambulatoire. Le besoin de prestations d'urgence et de prestations disponibles 24h sur 24 s'est aussi fortement accru depuis 2011. Il est en partie lié aux offres spécialisées (soins palliatifs, aide et soins pédiatriques à domicile). D'autre part, la mutation du contexte de suivi contribue à cette augmentation.

Selon **ASPS**, la baisse des contributions aux soins ambulatoires affaiblit encore un système d'aide et de soins à domicile déjà sous-financé aujourd'hui, et donc la stratégie « l'ambulatoire avant le stationnaire ».

Spitex Verband Thurgau souligne que le canton de Thurgovie prévoit une forte augmentation de la demande en prestations ambulatoires dans sa planification 2016 relative aux EMS et

s'est fixé comme objectif d'accroître le nombre de clients des bas niveaux de soins traités dans le domaine ambulatoire et d'adapter le nombre de lits en conséquence.

Selon **H+** et **unimedsuisse**, affaiblir l'aide et les soins à domicile va à l'encontre de l'objectif fixé par le Parlement, à savoir promouvoir les prestations intégrées, et donc aussi ambulatoires.

Psymoos souligne que les soins ambulatoires sont moins onéreux que les soins stationnaires. En effet, l'approche préventive des premiers évite les coûts inutiles. Ainsi, les mesures à domicile contrecarrent les traitements onéreux, particulièrement en matière de soins psychiatriques ambulatoires. Les soins ambulatoires sont un domaine spécifique et peuvent être dispensés uniquement par des professionnels compétents et bien formés. Les soins à domicile permettent aux personnes concernées de composer avec leurs contraintes sans avoir besoin de médicaments onéreux. La démarcation avec les médecins est claire, puisque ces derniers traitent les maladies. Les soins ambulatoires portent également sur la gestion des contraintes et la prévention de pathologies supplémentaires nécessitant un traitement. L'assistance aux patients permet de réduire considérablement les traitements stationnaires. Or, cette assistance revient à 125 francs par semaine contre au moins 600 francs par jour d'hospitalisation. Les soins ambulatoires en psychiatrie visent avant tout à stabiliser la situation à domicile, à établir une gestion de crises et à constituer des réseaux auxquels les patients pourront faire appel. Ils concernent principalement les personnes atteintes de pathologies chroniques évolutives.

Mfe demande d'augmenter les contributions aux soins ambulatoires afin de renforcer le principe « l'ambulatoire avant le stationnaire ».

Autres organisations

ACS estime que la baisse des contributions de l'AOS au domaine de l'aide et des soins à domicile envoie un signal contradictoire et affaiblit sans raison les soins ambulatoires : la décision de réduire les contributions allouées à l'aide et aux soins à domicile et au personnel soignant indépendant contredit les efforts importants que la Confédération fournit depuis des années pour renforcer les soins ambulatoires.

4.7 Coûts

Cantons

Pour **CDS** et **AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GR, GL, JU, LU, NW, SG, SH, SO, SZ, TI, UR, TG, VD, VS, ZG, ZH**, il est incompréhensible que la méthode de calcul des salaires se base sur une croissance nulle. À l'exception de **JU**, tous renvoient aux chiffres de l'OFS, qui font état d'une augmentation de quelque 5 % des salaires du secteur de la santé entre 2010 et 2016. Au cours de la même période, les salaires du secteur des EMS ont augmenté de plus de 2 %, voire même de 4 à 6 % pour les cadres moyens et le personnel sans fonction dirigeante, soit une grande partie de l'effectif.

BE critique le fait que l'adaptation prévue des contributions de l'AOS se fasse uniquement sous l'angle de la neutralité des coûts et ne tienne aucun compte des conclusions du rapport final. Une correction urgente est nécessaire si l'on veut éviter que les agents-payeurs responsables du financement résiduel ne doivent assumer seuls les coûts supplémentaires générés par le renchérissement et la croissance de la masse salariale.

OW indique que les soins ont renchéri depuis 2011, ce qui s'explique principalement par la hausse des salaires du personnel soignant. Du fait de la pénurie en personnel, cette augmentation va aller en s'aggravant. Jusqu'ici, cette hausse des coûts a été entièrement absorbée

par les agents-payeurs responsables du financement résiduel ; il est donc urgent de procéder à une adaptation. Il est pourtant regrettable que cette adaptation ne soit que rétroactive et qu'aucun mécanisme de compensation de la future hausse des coûts ne soit prévu. Il convient de tenir compte, outre du renchérissement, de l'évolution des salaires réels.

Pour **CLASS, GE** et **NE** les adaptations des montants ne répondent pas aux préoccupations des cantons confrontés à des coûts de plus en plus importants, principalement en raison de la hausse des salaires, des prestations non facturables à l'assurance-maladie et du vieillissement de la population. Pour les cantons dans lesquels le coût de la vie est plus élevé que la moyenne suisse, il serait extrêmement désavantageux de prendre comme base de calculs les évolutions nationales. Alors que les primes de l'assurance de base et les tarifs des soins ambulatoires et stationnaires sont différenciés par canton pour prendre en compte les disparités salariales, il serait injuste que les contributions des assureurs-maladie soient fixées à l'échelon national et ne soient pas adaptées régulièrement, laissant ainsi à la charge des cantons toute évolution des coûts.

GE précise que les salaires dans les EMS ont augmenté dans le canton de 3,6 % entre 2010 et 2016, contre une diminution de 2,4 % pour la même période à l'échelon suisse selon l'OFSP.

Pour **CLASS, FR, GE** et **NE** il n'est pas adéquat de parler en 2018 de la neutralité des coûts en comparant les coûts générés en 2014 avec les coûts de 2010 sur la base de tarifs élaborés en 2008. Ne serait-ce qu'en raison de l'évolution de la conjoncture économique récente, les données issues des années précitées ne se prêteraient pas à une révision des montants.

Pour **JU** il n'est pas adéquat de parler en 2018 de la neutralité des coûts qui aurait dû être effective en 2014, tout en se basant sur des chiffres incomplets dont personne ne peut garantir la fiabilité. De plus, la notion d'une évolution nulle des salaires dans les soins ne serait pas cohérente avec les données publiées par l'OFS.

Selon **VD** le projet ignore le contexte démographique et l'évolution des coûts. Les besoins en soins de longue durée devraient augmenter massivement dès 2020-2025, en raison des baby-boomers. A cet effet démographique s'ajouterait une diminution relative des aidants informels et donc un recours accru aux structures formelles. Il devrait y avoir vraisemblablement une croissance du nombre de personnes logées en EMS, un hébergement plus tardif, des besoins en soins plus importants ainsi qu'un recours accru aux services de soins à domicile. Les coûts évolueraient notamment parce qu'il serait nécessaire de former du personnel au sein des institutions pour assurer la relève, d'élever le niveau de qualification pour répondre aux besoins de personnes et de maintenir la qualité et la coordination entre les acteurs. Il serait donc capital de renforcer le régime de financement des soins de longue durée, car les difficultés déjà rencontrées aujourd'hui devraient être aiguës demain.

Organisations du secteur de la santé - patients/usagers

LP CH est d'avis qu'il convient d'adapter régulièrement les contributions à l'évolution des coûts. Ces dernières années, les prestations de soins sont devenues plus exigeantes et plus onéreuses, et les situations de soins, plus complexes. Elle souligne que parallèlement, la part de l'AOS aux coûts des soins ambulatoires a diminué au détriment des cantons, des communes et des patients. Selon LP CH, cette tendance ne peut se poursuivre. De plus, elle estime que, s'agissant des facteurs de coûts, il est capital de tenir compte des salaires.

Organisations du secteur de la santé - fournisseurs de prestations

Selon **CURAVIVA** et **VAKA**, le renchérissement général est une base bien trop peu précise pour extrapoler les contributions de l'AOS. Il serait bien plus adéquat de prendre en compte l'évolution des coûts dans le secteur de la santé. Selon l'OFS, les salaires de ce secteur ont

augmenté de quelque 5 % entre 2010 et 2016, ceux des EMS de plus de 2 %, et même de 4 à 6 % pour les cadres moyens et le personnel sans fonction dirigeante, soit une grande partie du personnel soignant. Pour garantir un traitement équilibré des agents-payeurs, il faut à vrai dire réexaminer et adapter tous les trois ans les contributions de l'AOS à l'évolution effective des coûts. En outre, le postulat 16.3352 de la CSSS-CN « Financement à parts égales de l'augmentation des coûts des prestations de soins par tous les agents payeurs », adopté le 19 septembre 2016, charge le Conseil fédéral de montrer comment les contributions de l'AOS peuvent être adaptées régulièrement à l'évolution des coûts.

Selon **senesuisse**, il est étonnant que les salaires du personnel soignant n'aient pas augmenté entre 2010 et 2016, comme le démontre le rapport explicatif sur la base de la statistique SOMED, statistique que ce même rapport déclare être inadéquate. De plus, et selon l'OFS, les salaires du secteur de la santé ont augmenté d'environ 5 % au cours de cette période, ce que confirment les nombreux retours des salariés. En outre, la référence à l'indice national des prix à la consommation est peu opportune, puisque le prix de l'essence n'a rien à voir avec la hausse des salaires dans les EMS. En réalité, l'augmentation des contributions aux EMS est nettement insuffisante.

Spitex Schweiz, AFAS, AVASAD, Spitex Bregaglia, SACD, FAS, GVCMS, pharmaSuisse, Spitex Verband Aargau, SXBS, SVBL, Spitex Kanton Bern, Spitex OW, Spitex Regio Arth-Goldau, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex Schaffhausen, Spitex Satel-Rothenthurm, SKSZ, SVKS Spitex Verband SG/AR/AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri, SPXZG et SVKZ notent que ces dernières années, les salaires du secteur des soins ont augmenté, et, au vu de la pénurie de personnel soignant, continueront d'augmenter. En cause, le besoin en personnel formé, le travail de nuit et du week-end et la spécialisation. Ne pas tenir compte des salaires dans les facteurs de coûts est donc contestable. Divers points montrent que les bases de calcul doivent être revues après une quinzaine d'années. Plusieurs aspects, par ex., le coût du matériel de soins ou les temps de déplacement, n'ont pas été pris suffisamment pris en compte.

Pour **ASPS**, le fait que l'augmentation des salaires du personnel soignant des services d'aide et de soins à domicile n'ait pas été comptabilisée de manière exacte, c'est-à-dire que le raisonnement se base sur les chiffres des EMS, avec imputation de la hausse des salaires et du renchérissement, appliqué à une part des salaires représentant 85 % ou plus des dépenses totales des services d'aides et de soins à domicile, n'est pas représentatif et ne résisterait pas à l'examen. Il n'est pas possible de se prononcer sur les salaires et le renchérissement des EMS ; conclure que ce raisonnement puisse être appliqué directement aux services d'aide et de soins à domicile semble au contraire très hasardeux et peu fondé.

Spitex Verband Thurgau note que les collaborateurs des services d'aide et de soins à domicile sont aussi perçus, indirectement et injustement, par leurs mandants comme des facteurs de coûts, alors qu'ils n'ont aucune influence sur l'augmentation constante du travail à fournir. Cette situation est source d'insatisfaction et contribue donc à augmenter le taux de renouvellement du personnel.

imad se réfère à la nécessité de réévaluations de fonction dans le cas de la mise à jour du cahier des charges et considère qu'il serait très désavantageux de prendre comme base de calcul les évolutions nationales et d'appliquer des tarifs fédéraux uniformes pour les cantons avec coût de la vie plus élevé que la moyenne suisse. Le niveau de salaires genevois serait bien supérieur à la moyenne nationale et leur augmentation ces dernières années plus marquée que dans la plupart des autres cantons. A l'imad, la moyenne au sein des catégories personnel soignant et médico-technique serait de 92 400 francs, soit 42 % de plus que dans les calculs du DFI. Par ailleurs, le projet de modification considérerait uniquement la comparaison entre 2010 et 2014 de la contribution horaire de l'AOS. Tous les autres arguments qui pourraient conduire à faire varier le tarif seraient considérés comme marginaux. Par exemple, la complexification des prises en charges 6 ou 7 jours sur 7 et l'évolution des actes de soins

de base vers des actes de plus en plus techniques – les soins de base auraient passé de 63.5 % en 2011 à 61.1 % en 2014 – ne seraient pas non plus pris en compte.

LZCH et **ASI-ZCH** constatent que la baisse des contributions contribuerait à diminuer le temps dévolu aux soins. Ainsi, les mesures d'accompagnement destinées à la promotion de la santé seraient réduites et les compétences des bénéficiaires affaiblies. Cette pression professionnelle et salariale inciterait les gens à changer de métier.

Selon **psymoos**, diminuer les prestations de l'AOS ne contribue en rien à combler la pénurie de personnel, à mettre en œuvre la stratégie « l'ambulatoire avant le stationnaire » ou à maîtriser l'explosion des coûts. Les professions du personnel soignant sont comparables à toutes les autres professions sanctionnées par un certificat fédéral de capacité. Réduire les prestations contredirait cette égalité parce que, par exemple, le renchérissement n'est pas pris en compte.

Mfe estime que nombre des arguments du rapport explicatif sont incompréhensibles, s'agissant de l'évolution des salaires, par exemple. L'augmentation salariale générée par la pénurie de personnel et la spécialisation est une réalité.

Organisations du secteur de la santé - assureurs

Pour **santésuisse**, il serait envisageable de relever les taux de contribution si le niveau général des prix, mesuré à l'indice national des prix à la consommation, avait augmenté de 5,8 % par rapport à l'état de janvier 2011. Mais dans les faits, les prix sont restés stables depuis 2011.

Autres organisations UVS recommande d'adapter au moins tous les trois ans les contributions à l'évolution des prix, puisqu'il s'agit globalement d'associer plus étroitement l'AOS au financement des prestations de soins.

4.8 Financement de l'AOS et des cantons

Cantons

CDS et **AG, AI, BL, BS, FR, GL, LU, NW, SG, SH, SO, SZ, TI, TG, UR, VS, ZG, ZH** signalent que, conformément à l'évaluation du financement des soins, la part de financement de l'AOS aux soins ambulatoires a diminué de 2 % ; il est donc incompréhensible de vouloir réduire les contributions aux soins à domicile. L'évaluation du nouveau régime de financement des soins montre que les cantons et les communes doivent maintenant assumer une importante charge financière supplémentaire et que leurs contributions aux EMS et aux organisations d'aide et de soins à domicile ont constamment augmenté. Le fait que cette tendance existe depuis 2014 montre clairement que le transfert des coûts de l'AOS aux cantons et communes n'est pas qu'une conséquence du changement de système. Sans contre-mesure, la part de financement des cantons et des communes continuera d'augmenter. Il est inacceptable que ceux-ci doivent assumer la totalité de la hausse des coûts des soins. En effet, seuls les assureurs-maladies peuvent contrôler le caractère économique des prestations et, en cas de contrôle par un tribunal, seul les coûts de l'AOS sont pris en compte.

Par ailleurs, **AR, BE** et **GR** renvoient aux chiffres de l'évaluation du financement des soins, à savoir que la part de financement de l'AOS aux coûts des soins OPAS a diminué de 5 % pour les EMS et de 2 % pour les soins à domicile.

BS chiffre le transfert de coût des assureurs aux cantons et communes à 150-200 millions de francs par année à l'échelle du pays. À cela, il faut ajouter les frais administratifs d'implémentation et de gestion des systèmes de facturation et des services de contrôle cantonaux et communaux.

OW est favorable à l'adaptation prévue des contributions de l'AOS aux coûts des EMS, en ayant avant tout les communes à l'esprit. Dans ce canton, le financement résiduel couvre les coûts individuels des soins des sept établissements pour personnes âgées.

LU signale que la hausse de la répartition des coûts provoquée par l'adaptation des contributions générera des frais supplémentaires à hauteur de 1,4 millions de francs dans le domaine des prestations complémentaires. Ces coûts se monteraient à 30 millions de francs pour tous les cantons.

ZH demande au DFI de chiffrer l'impact financier de l'adaptation des contributions pour les cantons et les communes.

BE estime qu'il convient de tenir compte de l'évolution de la part de financement en fixant le montant des contributions de l'AOS. Il est étonné que le rapport explicatif n'aborde pas la question de l'impact financier de l'adaptation des contributions sur les cantons et les communes.

Selon **CLASS** et **FR**, **GE** et **NE** la tentative de préserver une neutralité des coûts qui repose sur des calculs contestables ne règle pas la question de la répartition des coûts. Celle-ci serait avec quelques années de recul désormais largement défavorable pour certains cantons. La répartition des charges entre les assureurs-maladie devrait être revue à la lumière du coût réel à la charge des cantons, plutôt que de continuer à préserver la neutralité des coûts à la charge des assureurs.

Pour **CLASS**, **FR** et **NE** le projet a le défaut d'une répartition inéquitable entre le canton et les assureurs et de la non prise en compte des disparités cantonales. Les calculs de la neutralité des coûts des soins à domicile se fonderaient sur des données qui sont incomplètes selon l'OFSP. La baisse des montants prévue devrait provoquer une augmentation du financement résiduel et pénaliser injustement les cantons qui ont fait du maintien à domicile une politique active. La politique de maintien à domicile, d'amélioration de la coordination des acteurs de la santé et de promotion des soins ambulatoires devrait passer par un meilleur financement des soins à domicile. Le projet proposerait le contraire.

De l'avis de **NE**, dans les EMS entre 2011 et 2016 la part de financement à la charge des assureurs a diminué de 2,9 pour cent, celle des résidents de 1,1 % et celle du canton a augmenté de 4,0 cent. En projetant sur le financement 2016 en incluant le financement du matériel de soins, la part de financement à charge des assureurs sur le financement global des soins aura diminué de 3,9 % par rapport à 2011, celle des résidents de 1,4 pour cent, alors que la part à charge du canton aura augmenté de 5,3 pour cent.

VD relève que le principe d'une répartition des coûts entre l'assurance, l'assuré et l'Etat n'est pas respecté et crée une situation qui n'est pas durable pour les finances cantonales.

OW présente les chiffres des établissements pour personnes âgées du canton, à savoir qu'en 2017, la moyenne journalière des coûts était de 116,84 francs, la part de financement de l'AOS de 39 %, celle des habitants de 18 % et celle des agents-payeurs en charge du financement résiduel de 43 %.

JU considère que la charge financière pour les cantons et les communes est en constante augmentation et qu'il n'est pas acceptable de faire assumer aux seuls cantons et communes la hausse des coûts dans le domaine des soins.

Organisations du secteur de la santé - patients/usagers

Alzheimer Schweiz est favorable à la hausse des contributions de l'AOS aux soins dans les EMS. Elle pense que, grâce à un meilleur financement des cas complexes, notamment s'agissant des démences, conjugué à un financement résiduel intégralement pris en charge par les pouvoirs publics (cf. remarque précédente), les patients ne devront plus assumer une part des coûts sous couvert de supplément de prise en charge ou de supplément spécifique pour les démences.

CSA estime que l'interprétation des données et la baisse de 3,6 % des contributions aux soins ambulatoires (aide et soins à domicile), ainsi que la hausse de 6,7 % des contributions aux EMS résultant de cette interprétation sont contradictoires et incompréhensibles. En particulier, il rejette catégoriquement la baisse des contributions à l'aide et aux soins à domicile. Il soutient la hausse des contributions aux EMS, mais craint que le financement résiduel soit réduit d'autant, et que la situation financière du secteur des EMS ne s'améliore donc pas substantiellement. L'argument du département voulant qu'au vu de la baisse du niveau des prix, il convienne d'examiner la possibilité de diminuer davantage les contributions versées par les assureurs, est particulièrement incompréhensible. Le Conseil suisse des aînés pense clairement que le présent calcul ne devrait pas se fonder sur l'indice des prix à la consommation, mais plutôt sur la hausse générale des coûts de la santé. Il faudrait donc logiquement augmenter les contributions de l'AOS. Cette hausse des prix ne peut être entièrement reportée sur les cantons et les communes, puisque les résultats de l'évaluation ont clairement montré une diminution des coûts globaux de l'AOS. Comme dans ses stratégies sur les démences et les soins palliatifs, la Confédération a mis en évidence les besoins spécifiques de ces groupes de patients, le CSA attend que cette dernière prenne ses responsabilités en fixant un financement complémentaire adéquat pour cette prise en charge et ces soins spécifiques demandant beaucoup de temps.

Organisations du secteur de la santé - fournisseurs de prestations

CI Financement des soins estime que l'évolution des coûts ne peut être entièrement reportée sur les cantons et les communes, car les résultats de l'évaluation montrent clairement une diminution de la charge de l'AOS. Le rapport d'évaluation révèle que le règlement du financement résiduel diffère en fonction des cantons. Il faut donc que la Confédération précise les responsabilités des cantons et communes. L'arrêt du Tribunal fédéral (TF) sur le financement des coûts complets souligne cette responsabilité. Il s'agit maintenant de garantir que cet arrêt soit mis en œuvre correctement dans tous les cantons et que les personnes nécessitant des soins n'aient pas à supporter de charges supplémentaires. Il est urgent de définir ce que doivent couvrir les contributions et le financement résiduel, et ce qui doit être remboursé séparément.

CURAVIVA et **VAKA** font valoir que certains cantons ne respectent pas suffisamment leur obligation d'assurer le financement résiduel complet. Conformément à l'arrêt du TF du 20 juillet 2018 (9C_446/2017), les cantons doivent prendre intégralement en charge les coûts résiduels des soins fournis sur leur territoire. Réduire ce montant n'est possible que si les cantons peuvent prouver qu'un fournisseur de prestations ne travaille pas de manière efficace et économique. Il appartient à la Confédération de veiller au respect de cette prescription. En outre, il est nécessaire d'augmenter significativement toutes les contributions de l'AOS, car l'importante hausse des coûts, due principalement aux mutations démographiques, a frappé exclusivement les cantons et les communes.

Senesuisse constate que la participation de l'AOS aux coûts globaux des soins dans les EMS suisses diminue chaque année ; elle est passée de 53,48 % en 2009 à 45,92 % en 2014, et continue de baisser. En réalité, la différence excède de beaucoup 6,7 %. Cette situation ne

peut correspondre à la volonté du Parlement. Le Conseil national s'est prononcé à l'unanimité en faveur d'une révision de la loi permettant d'adapter à l'avenir aussi les contributions de l'AOS à la hausse des coûts. Une correction de 6,7 % est trop basse ; toutefois, elle pourrait être acceptée afin d'éviter que les cantons et les communes doivent supporter une charge excessive. Il est cependant à craindre que le financement résiduel soit réduit d'autant, de sorte que les importantes lacunes de financement, qui selon l'OFS se montent à 300-400 millions de francs par an, subsisteront. Ainsi, soit les prestations et la qualité diminuent, soit les entreprises font faillite. Facturer les coûts des assurés sous d'autres désignations porterait atteinte à la protection tarifaire. Il faut donc que les cantons appliquent l'arrêt du TF du 20 juillet 2018, y compris s'agissant des prestations insuffisamment représentées dans les instruments de mesures, comme en matière de démences et de soins palliatifs.

Spitex Schweiz, AFAS, AVASAD, Spitex Bregaglia, SACD, FAS, GVCMS, pharmaSuisse, Spitex Verband Aargau, SXBS, SVBL, Spitex Kanton Bern, Spitex OW, Spitex Regio Arth-Goldau, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex Schaffhausen, Spitex Sattel-Rothenthurm, SKSZ, SVKS Spitex Verband SG/AR/AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri, SPXZG et SVKZ indiquent que le règlement incomplet du financement résiduel a conduit certains cantons et communes à prendre des décisions budgétaires défavorables aux organisations d'aide et de soins à domicile. Il est urgent de définir ce que doivent couvrir les contributions et le financement résiduel et ce qui doit être remboursé séparément, par ex., les temps de déplacement ou le matériel de soins. Au cours de la période examinée, soit 2010 à 2014, l'AOS a été déchargée par rapport aux autres agents-payeurs, au détriment notamment des patients dans de nombreux cantons.

Selon les organisations citées dans le paragraphe précédent ainsi que **SPXZG**, maintenir les taux de contributions actuels entraînerait un report constant de la hausse des coûts sur les cantons, les communes et les clients.

ASPS note que, conformément à la prise de position du DFI sur l'évaluation du nouveau régime de financement des soins, la part de financement de l'AOS n'a pas augmenté. Mais le rapport d'évaluation d'INFRAS a montré que la part des soins ambulatoires dans l'AOS a diminué de 2 %. De plus, le rapport explicatif déclare que les perspectives de financement de l'AOS reposent sur la seule neutralité des coûts et non sur l'évolution des coûts des fournisseurs de prestations. Cependant, dans les cantons, le financement résiduel est encore lacunaire et parfois mal appliqué, comme le révèle le rapport d'évaluation. Il est donc urgent d'intervenir. Réduire les contributions de l'AOS à l'aide et aux soins à domicile envoie un signal contradictoire et torpille tous les efforts.

ASI Suisse, ASI NE-JU, curacasa, svbg, VFP AFG Akut, ASI_AG/SO, ASI-BE, ASI-SBK Sezione Ticino, ASI-ZCH, ASIZH/GL/SH, LZCH, Marion's Spitex, Spitex RuLa et Swiss Nurse Leaders notent que, selon le rapport d'expertise d'INFRAS, la charge financière proportionnelle de l'AOS est passée de 72 % à 70 % au cours de la période considérée, et donc que l'objectif de neutralité des coûts a été largement atteint. Il est donc incompréhensible de vouloir réduire les contributions de l'AOS.

VFP AFG Spitex Pflege et VFP AFG Akut se réfèrent aux conclusions du rapport d'évaluation. La charge financière de l'AOS est supportable, contrairement à celle des cantons, qui est disproportionnée. Les fournisseurs de prestations font face à une importante pression sur les coûts, de sorte qu'ils ont moins de temps à consacrer aux personnes nécessitant des soins. Augmenter cette pression en diminuant les tarifs renforcerait cette carence en soins et pourrait entraîner une augmentation des admissions d'urgence, des réhospitalisations et des complications évitables, avec au bout du compte une facture plus élevée. Réduire les contributions de l'AOS signifierait pour les services d'aide et de soins à domicile devoir engager moins de personnel soignant HES ou BSc, ou de spécialistes MSc, au détriment de la sécurité des patients, comme le montrent toutes les expériences faites en Suisse et à l'étranger.

Selon **psymoos**, les coûts complets se montent au moins à 125 francs par heure. Les cantons sont tenus de financer les coûts résiduels.

LZCH et **ASI-ZCH** notent que plusieurs communes et cantons soumettent déjà la prise en charge des coûts résiduels à la politique d'austérité, et tranchent en fonction du budget, et non pas des coûts complets. Le marché revient donc à celui qui soigne le moins cher, indépendamment de la qualité des prestations. Cette approche est peu fructueuse.

VAPP indique que les cantons n'accepteraient pas d'être responsables du règlement des coûts résiduels. Selon une enquête du canton de Berne, ces coûts se monteraient actuellement à 125 francs par heure de soins.

Mfe estime qu'au cours de la période considérée, l'AOS a été déchargée par rapport aux autres agents-payeurs. Le règlement incomplet du financement résiduel a poussé les cantons et les communes à prendre des décisions financières défavorables aux patients.

4.9 Remboursement du matériel de soins

Cantons

CDS et **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, GR, LU, NW, SG, SH, SO, SZ, TI, TG, UR, VS, ZG, ZH** constatent que, suite aux arrêts du TF (C-3322/2015 et C-1970/2015), les fournisseurs de prestations du domaine des soins ne peuvent pas facturer séparément à l'AOS les coûts du matériel de soins et que, selon l'OFSP, les lacunes de financement sont à la charge des agents-payeurs responsables du financement résiduel. Ce transfert supplémentaire des coûts est inacceptable. La révision de l'OPAS doit veiller à ce que le maintien du financement séparé du matériel de soins par l'AOS soit neutre en termes de coûts. De plus, seuls les assureurs-maladie reçoivent les informations nécessaires au contrôle de la facture, et sont donc les seuls à pouvoir vérifier si le choix et l'emploi du matériel remplissent les critères d'économie, d'adéquation et d'efficacité. CDS demande une révision visant à empêcher un report des coûts de l'AOS sur les cantons et les communes.

Selon **CDS** et **AG, AI, BE, BL, BS, FR, GL, LU, SG, SH, SO, SZ, TI, TG, UR, VD, VS, ZG, ZH**, le fait que le projet du DFI ne tienne pas compte du report des coûts et du financement du matériel de soins ne correspond pas à la volonté politique dominante. CDS demande une révision depuis longtemps. Ces demandes émanent aussi des rangs du Parlement (motion Bischof 18.3425 « Supprimer la hausse brutale des coûts à la charge des cantons, des communes et des organisations de soins à domicile en adaptant les coûts du matériel de soins », postulat CSSS-CE 16.3352 « Financement à parts égales de l'augmentation des coûts des prestations de soins par tous les agents payeurs », question Humbel 18.5133 « Mise en œuvre du postulat 16.3352 de la CSSS-CN, « Financement à parts égales de l'augmentation des coûts des prestations de soins par tous les agents payeurs », motion CSSS-CN 18.3710 « Produits figurant sur la LiMA. Prise en compte par les prestataires de soins »).

BS estime que le projet d'harmoniser les instruments de saisie des besoins en soins et de dissocier le remboursement du matériel est contradictoire. La motion du 6 juillet 2018 de la CSSS-CN charge le Conseil fédéral de mettre en place les conditions légales permettant aux prestataires de soins de facturer les produits figurant sur la LiMA, qu'ils soient utilisés par les patients eux-mêmes ou par le personnel soignant. L'OFSP n'a pas réagi suite à la table ronde du 14 avril 2018. Il faut donc saisir l'occasion offerte par la présente révision de l'ordonnance. S'il le problème doit être résolu au niveau de la loi, il faut alors au moins définir, au niveau de l'ordonnance, une solution de transition soutenant le système actuel.

BE indique que plusieurs assureurs ont cessé de rembourser les moyens et appareils courant 2018. Dans le seul canton de Berne, les pertes sont estimées à environ 10 millions de francs par année. Il faut donc que les contributions de l'AOS soient recalculées compte tenu des

coûts des moyens et appareils et procéder au plus vite à cette modification. De plus, le fait que l'évolution générale des coûts et la problématique des coûts du matériel n'aient pas été pris en compte va à l'encontre de la volonté politique majoritaire et de plusieurs demandes issues des rangs du Parlement.

CLASS et FR, GE et NE considèrent que la nouvelle pratique instaurée par les récents arrêts du TAF dans le domaine de la prise en charge du matériel de soins crée une situation chaotique avec un risque fort de laisser des assurés sociaux dans de réelles difficultés d'accès au remboursement des soins nécessaires à domicile. La solution passerait par une révision de l'OPAS. Il serait difficile de comprendre pourquoi le projet s'attache à régler un problème qui n'apparaît pas comme tel à la majorité des acteurs et renoncerait à agir dans ce qui est une nette détérioration récente de l'assurance sociale.

Pour **VD** il est difficilement compréhensible que l'adaptation des contributions ne tienne pas compte des arrêts du Tribunal administratif fédéral en matière de matériel de soins. En raison du transfert de charges qui en découle le canton devrait assumer une charge supplémentaire d'environ 3 francs par jour pour les soins en EMS. L'adaptation des tarifs des contributions devrait inclure ce fait. Les considérations du rapport explicatif seraient incomplètes pour fonder la décision de renoncer à apporter une correction.

JU précise que les cantons et les prestataires sont en train d'imaginer des nouvelles procédures, complexes et coûteuses, qui pourraient avoir des répercussions fâcheuses pour certains patients suivis à domicile. L'article 20 OPAS devrait être corrigé afin de laisser à nouveau la possibilité aux prestataires de soins ambulatoires de facturer l'ensemble des coûts du matériel.

Organisations du secteur de la santé - patients/usagers

LP CH souligne que, comme il a déjà été dit plusieurs fois lors d'entretiens avec l'OFSP, et comme reconnu par ce dernier, les coûts du matériel de soins n'ont pas été pris en compte, ou pas suffisamment, dans les calculs relatifs à la nouvelle péréquation financière (NPF). En outre, depuis l'introduction de la NPF, le matériel utilisé s'est développé et a renchéri en conséquence. **LP CH** est donc toujours d'avis que les contributions de l'AOS doivent être augmentées substantiellement.

Organisations du secteur de la santé - fournisseurs de prestations

CI Financement des soins estime que les coûts du matériel de soins doivent être à la charge de l'AOS, comme c'était le cas avant l'arrêt du TF. En réalité, la pratique en vigueur avant l'introduction du nouveau régime de financement des soins n'a jamais été remise en question lors des débats et des consultations des commissions compétentes. Il est incompréhensible que le Conseil fédéral refuse de mettre en place une solution rapide et souple.

CURAVIVA Suisse et **VAKA** indiquent que les arrêts du TF des 1^{er} septembre et 7 novembre 2017 (C-3322/2015 et C-1970/2015) ont eu des répercussions très négatives. S'agissant notamment du domaine ambulatoire, il arrive que les moyens et appareils soient utilisés alternativement par le patient et par le personnel soignant. La différence de financement entraîne des problèmes de délimitation presque irrésolubles et une charge administrative importante et inutile. De plus, seuls les assureurs-maladie reçoivent les informations nécessaires au contrôle de la facture, de sorte que les cantons ou les communes ne peuvent vérifier si les critères d'économie, d'adéquation et d'efficacité sont remplis. Il est donc nécessaire de procéder d'urgence à une révision légale.

Senesuisse note que le calcul des actuelles contributions de l'AOS ne prend pas en compte les moyens et appareils utilisés pour les soins ; il est donc nécessaire de remédier rapidement à cette situation.

Selon **Spitex Schweiz, AFAS, AVASAD, Spitex Bregaglia, SACD, FAS, GVCMS, pharmaSuisse, Spitex Verband Aargau, Spitex Kanton Bern, Spitex OW, Spitex Regio Arth-Goldau, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex Schaffhausen, Spitex Sattel-Rothenthurm, SKSZ, SVKS, Spitex Verband SG/AR/AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri et SVKZ**, les calculs ne tiennent pas, ou pas suffisamment compte, du matériel de soins. En effet, depuis l'introduction du nouveau régime de financement des soins, ce matériel s'est développé et a renchéri en conséquence. Par exemple, les pansements modernes pour plaies, plus onéreux, restent posés plus longtemps, nécessitant moins d'interventions par le personnel soignant. Ne serait-ce que pour cette raison, il est nécessaire d'augmenter substantiellement les contributions de l'AOS. L'argument voulant que, depuis quelques années, les organisations d'aide et de soins à domicile sous-traitent toujours davantage la gestion du matériel à des tiers (pharmacies, médecins, fournisseurs), et que les contributions OPAS sont donc maintenant trop élevées, ne tient pas compte de l'arrêt du TF stipulant que le matériel utilisé ne peut être facturé séparément. Dans les faits, cet arrêt pose de gros problèmes et provoque une surcharge administrative.

Les organisations citées dans le paragraphe précédent, à l'exception de **SXBS** et de **SVBL**, notent que les bases et démonstrations relatives à la question du matériel de soins sont exceptionnellement lacunaires, comme le montre la formulation du rapport explicatif (« peut avoir été pris en compte », « il est possible que », etc.). L'arrêt du TF n'est pas applicable.

ASPS estime que le calcul des actuelles contributions OPAS n'inclut pas les coûts des produits LiMA utilisés à d'autres fins que celles prévues et que les bases de calcul ne sont pas publiées. Il faut donc mettre en place une base de financement appropriée et innovante, en augmentant substantiellement les contributions OPAS.

Selon **pharmaSuisse**, depuis quelques années, les organisations d'aide et de soins à domicile sous-traitent davantage, pour des raisons d'efficacité, la fourniture des moyens et appareils et la gestion du matériel à des tiers, et en particulier aux pharmacies. Mais les pharmacies ne peuvent différencier entre utilisation par le patient et par le personnel soignant. De plus, il convient de réviser la liste des moyens et appareils et de l'adapter aux prix du marché.

ASI Suisse, ASI NE-JU, curacasa, svbg, VFP AFG Akut, ASI-AG/SO, ASI-BE, ASI-SBK Sezione Ticino, ASI-ZCH, ASIZH/GL/SH, LZCH, Marion's Spitex, Spitex RuLa et SNL estiment que les coûts du matériels de soins n'ont pas été suffisamment pris en compte lors de l'introduction de l'actuel régime de financement des soins. La quantité de matériel varie fortement en fonction des soins donnés, rendant impossible toute facturation forfaitaire. Par conséquent, ces coûts doivent être remboursés séparément par l'AOS et la distinction entre utilisation par le patient ou par le personnel soignant être supprimée. Puisque ces coûts étaient entièrement pris en charge par l'AOS jusqu'à l'automne 2017, la mise en œuvre était neutre en termes de coûts. À l'exception de **SNL**, les fournisseurs de prestations précités ajoutent que seuls les assureurs sont en mesure de déterminer si le besoin en matériel remplit les critères d'économie, d'adéquation et d'efficacité au sens de la LAMal.

VFP AFG Spitex Pflege et VFP AFG Akut déclarent que les contributions de l'AOS ne couvrent pas les coûts du matériel de soins. Grâce aux innovations, les pansements peuvent aujourd'hui être laissés nettement plus longtemps, ce qui réduit largement le coût de matériel par rapport au coût de personnel. De plus, en termes de soins, il existe de nombreuses spécialisations qui chacune ont leur propre exigence en matière de type et de quantité de moyens et appareils. À cela, il faut ajouter que le rapport d'évaluation a montré que la distinction faite entre utilisation par le patient ou par une tierce personne a entraîné une nette augmentation

des charges administratives depuis 2017. Enfin, d'un point de vue médical, le fait que les patients doivent utiliser eux-mêmes le matériel, pour des raisons de coûts, pose un risque en termes de sécurité.

Mfe estime que nombre des arguments du rapport explicatif sont incompréhensibles, dans le domaine des soins, par exemple, au vu du renchérissement des pansements modernes. En outre, il n'a pas été tenu compte des conséquences de l'arrêt du TF de 2017, qui a provoqué de grands problèmes en termes d'application et de facturation du matériel de soins. Le fait que le projet ne propose aucune solution est un défaut clair.

Autres organisations

Pour **USAM**, reporter davantage de coûts sur les cantons et les communes est inacceptable. Le projet OPAS relatif à la neutralité des coûts doit tenir compte de cette évolution (combler les lacunes de financement des coûts du matériel de soins de l'AOS au moyen du financement résiduel). L'AOS a pris en charge le matériel de soins avant 2011 et au moins jusqu'à fin 2017. Poursuivre ce financement n'aurait pas de répercussions financières pour l'AOS. Au contraire, le subit changement de système génère un important chaos en termes d'utilisation et de facturation du matériel de soins, et donc des difficultés organisationnelles et financières. USAM estime donc qu'il faut mettre fin à cette situation confuse et insatisfaisante.

4.10 Introduction en milieu d'année

Cantons

CDS et **AG, AI, BL, BS, FR, GL, GR, LU, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TI, TG, UR, VS, ZG, ZH** indiquent qu'il est impraticable de mettre en vigueur les nouvelles contributions de l'AOS en milieu d'année. En effet, une année civile comprendrait alors deux participations du patient et deux financements résiduels différents, entraînant une surcharge administrative disproportionnée. Comme la plupart des patients perçoivent des prestations complémentaires (PC), il faudrait réviser, dans toute la Suisse, des dizaines de milliers de décisions au milieu de l'année (au lieu du début de l'année) du fait de la hausse des primes moyennes ou des rentes AVS.

Selon **BE**, une entrée en vigueur en milieu d'année provoquerait une importante charge administrative pour les fournisseurs de prestations, les cantons et les organes d'exécution des PC. Au 1^{er} juillet 2019, **BE** devrait recalculer les PC de quelque 8500 résidents d'EMS nécessitant des soins.

UR ajoute qu'une grande partie des habitants perçoivent des PC, de sorte que plusieurs dizaines de milliers de décisions devraient être recalculées deux fois en 2019 dans toute la Suisse.

JU conteste l'entrée en vigueur en milieu d'année en raison de la lourdeur administrative qu'elle entraînerait, notamment en ce qui concerne les prestations complémentaires.

Organisations du secteur de la santé - fournisseurs de prestations

CURAVIVA et **VAKA** demandent que les modifications entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2020 afin de ne pas compliquer la validité et la mise en œuvre de toutes les bases statistiques et budgétaires.

Pour **ASPS**, une entrée en vigueur en milieu d'année est impraticable du point de vue de la définition du budget, des contributions de patients et de la part du financement résiduel, et entraînerait une charge de travail disproportionnée chez tous les intervenants ainsi que l'obligation de recalculer les PC en milieu d'année.

ASI Suisse, ASI NE-JU, curacasa, svbg, VFP AFG Akut, ASI-AG/SO, ASI-BE, ASI-SBK Sezione Ticino, ASI-ZCH, ASIZH/GL/SH, LZCH, Marion's Spitex, Spitex RuLa et SNL rejettent l'entrée en vigueur des nouvelles contributions en milieu d'année du fait de la charge de travail administratif disproportionnée qu'elle entraînerait.

4.11 Demandes

Cantons

CDS et AG, AI, BL, BS, FR, GL, GR, LU, NW, OW, SG, SH, SO, TG, UR, VS, ZG, ZH demandent une hausse importante de toutes les contributions reflétant l'évolution des coûts des soins de ces dernières années, en particulier de la période allant de 2014 à l'entrée en vigueur de l'adaptation des contributions. Il faut donc inscrire dans l'OPAS l'adaptation périodique (au moins tous les trois ans) des contributions à l'évolution des coûts. Il convient de modifier l'OPAS de sorte que les fournisseurs de prestations puissent facturer le matériel de soins à l'AOS, qu'il s'agisse d'une remise au sens de la LiMA ou que ce matériel soit utilisé au cours des soins. Il faut de plus inscrire dans la loi la poursuite du système actuel de financement. Les EMS pourraient aussi inclure les coûts du matériel de soins dans les contributions de l'AOS. Les organisations d'aide et de soins à domicile et le personnel soignant indépendant doivent pouvoir facturer séparément le matériel de soins. Ces adaptations seraient mises en vigueur dans le cadre d'une procédure accélérée. Enfin, les contributions de l'AOS aux prestations des EMS doivent également être échelonnées en tranches de 20 minutes pour les besoins en soins excédant 220 minutes par jour, en augmentant le nombre de niveaux de soins à dix-huit au lieu de six. L'entrée en vigueur des nouvelles contributions doit être fixée au début de l'année.

En outre, **AR** demande que soit inscrite dans l'OPAS la participation proportionnelle de l'AOS aux besoins en soins excédant 220 minutes par jour.

Pour **BE**, l'OPAS doit préciser que les contributions sont adaptées régulièrement. Cette adaptation tiendra compte de l'évolution récente des coûts des soins, en particulier depuis 2014. Pour éviter que la nouvelle pratique définie par le TF entraîne un transfert supplémentaire des coûts, il est en outre nécessaire d'augmenter davantage les contributions ou de permettre au personnel soignant indépendant et aux organisations d'aide et de soins à domicile de facturer le matériel de soins, indépendamment du fait que ce matériel soit utilisé par le patient ou par le personnel soignant. Les modifications relatives au matériel de soins doivent être mises en œuvre dans le cadre d'une procédure accélérée. Il faut également prendre des mesures de promotion des soins aigus et de transition et de financement complet des prestations dans les domaines des démences, des soins psychogériatriques et des soins palliatifs. Enfin, les contributions aux EMS seront également échelonnées par tranches de 20 minutes pour un besoin en soins excédant 220 minutes par jour.

CLASS et NE demandent que les contributions soient augmentées et que les infirmiers indépendants ainsi que les organisations d'aide et de soins à domicile puissent facturer tout le matériel de soins, ceci afin d'éviter un nouveau transfert de charges vers les cantons. Une révision régulière des contributions en fonction de l'évolution des coûts dans le domaine des soins devrait être effectuée.

Pour **GE** la répartition des charges entre les assureurs-maladie devrait être revue à la lumière du coût réel à la charge des cantons. Les contributions devraient être révisées en prenant compte des arguments de GE (coûts de la vie, etc.) ainsi que de manière régulière en fonction de l'évolution des coûts dans le domaine des soins. Il faudrait en outre adapter les niveaux des soins en ajoutant une treizième classe pour rémunérer les cas particulièrement lourds. Concernant le matériel de soins, la solution passerait par une révision de l'OPAS.

JU demande une hausse des contributions aussi pour les soins à domicile, une indexation régulière à l'évolution des coûts au moins tous les trois ans, la possibilité de facturer l'ensemble du matériel de soins, la création de catégories supplémentaires pour les cas lourds et la prise de mesures concrètes permettant de financer les prestations spécialisées en soins palliatifs et de psychiatrie de l'âge avancé.

VD souhaite que les tarifs des contributions soient adaptés de manière que les tarifs ne pénalisent pas l'offre de soins à domicile, qu'il y ait une indexation périodique des contributions, que les contributions soient adaptées pour inclure le matériel de soins et qu'elles soient étendues au-delà de 12 classes pour les EMS.

Associations faitières de l'économie

Une mise en vigueur au milieu de l'année entraîne en général des problèmes de délimitation et une surcharge administrative non négligeable. **USAM** plaide donc pour une entrée en vigueur de la révision en janvier 2020 au plus tôt.

Elle estime qu'il faut régler rapidement le problème lié à la LiMA, si possible dans le cadre de la présente révision. Elle demande donc d'intégrer ce dernier point aux travaux en cours et de fixer un règlement équitable s'agissant de compenser ces prestations.

Organisations du secteur de la santé - patients/usagers

CSA estime que la Confédération doit préciser la responsabilité des cantons et des communes vis-à-vis des différentes modalités de financement résiduel dans les cantons. Il propose donc de modifier l'art. 25a, al. 5, phrase 2, LAMal comme suit :

« Les cantons assurent le financement des coûts résiduels avérés des prestations de soins. Le Conseil fédéral fixe des critères uniformes en matière de saisie, de calcul et de définition des coûts complets ainsi que de financement de l'obligation de prise en charge dans le domaine des soins ambulatoires. »

CSA est d'avis que les coûts de séjour dans une institution de soins aigus et de transition ne doivent plus être reportés sur les patients, puisque dans le cas contraire, seuls ceux qui peuvent se le permettre bénéficieront de ces prestations. Ce cas de figure contredit le principe social sous-jacent à la LAMal, à savoir que les prestations sont fournies indépendamment de la situation économique du patient. Il recommande donc au Conseil fédéral de procéder, dans le cadre de la présente révision, aux modifications nécessaires s'agissant du financement des hospitalisations :

« Les prestations de soins aigus et de transition nécessaires suite à une hospitalisation et prescrites par un médecin sont rémunérées à hauteur de quatre semaines au plus par l'assurance obligatoire des soins et le canton de résidence de l'assuré. Les règles de rémunération relatives au traitement hospitalier, y compris le séjour et les soins à l'hôpital (art. 49, al. 1), ainsi qu'au financement hospitalier (art. 49a, Rémunération des prestations hospitalières), s'appliquent. Au besoin et sur prescription médicale, les soins aigus et de transition peuvent être prolongés une fois de quatre semaines au plus. »

CSA, OSP et **FARES** demandent de modifier l'OPAS au 1^{er} janvier 2019 de sorte que les fournisseurs de prestations de soins visés à l'art. 7, al. 1, OPAS puissent facturer le matériel de soins à l'AOS. Il convient de renoncer à la distinction insensée entre matériel utilisé par le patient et matériel utilisé par le personnel soignant. À ce propos, le Conseil suisse des aînés signale que cette pratique était déjà d'actualité avant l'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins et qu'elle n'a jamais été remise en question au cours des débats et des consultations des commissions compétentes.

OSP demande de renforcer l'autonomie du personnel soignant au niveau de la loi et de l'ordonnance.

OSP demande d'adapter régulièrement, mais au moins tous les trois ans, les contributions visées à l'art. 7a, al. 1, OPAS, à l'évolution des coûts des soins ambulatoires.

Elle demande également de supprimer le plafonnement des contributions des assureurs visées à l'art. 7a Montants OPAS. Les contributions des assureurs seront indexées sur le renchérissement et non plus reportées sur les pouvoirs publics via le financement des coûts résiduels.

OSP propose de supprimer le passage suivant à l'art. 20, OPAS : « *L'assurance octroie un remboursement [...] au sens de l'art. 55 OAMal et utilisés par l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel impliqué dans l'examen ou le traitement.* »

S'agissant de la rémunération du matériel de soins, **FARES** et **OSP** demandent de supprimer la distinction entre utilisation par le patient et utilisation par un tiers ainsi que la rémunération séparée des coûts correspondants par l'AOS, conformément à la LiMA, comme avant l'arrêt du TF d'automne 2017.

FARES demande que l'augmentation pour les contributions de l'AOS aux soins ambulatoires soit la même que celle prévue pour les soins stationnaires dans les EMS, car l'aide et les soins à domicile sont une pierre angulaire des soins de base, qu'il s'agisse de soins de longue durée ou de suivi après hospitalisation.

La fédération demande également de renforcer l'autonomie du personnel soignant ainsi que d'assurer et de mettre en œuvre le financement des stratégies fédérales relatives aux démences et aux soins palliatifs.

Elle propose en outre d'introduire des critères contraignants pour le financement résiduel cantonal à l'art. 25a, al. 5, phrase 2, LAMal : « *Les cantons assurent le financement des coûts résiduels avérés des prestations de soins. Le Conseil fédéral fixe des critères uniformes en matière de saisie, de calcul et de définition des coûts complets ainsi que de financement de l'obligation de prise en charge dans le domaine des soins ambulatoires.* »

Organisations du secteur de la santé - fournisseurs de prestations

CI Financement des soins demande une augmentation des contributions aux EMS plus importante que prévue et s'appliquant également au domaine ambulatoire. De plus, il convient de préciser les compétences des cantons et communes ou de garantir que l'arrêt du TF relatif au financement des coûts complets soit mis en œuvre correctement dans tous les cantons. Il faut définir ce que doivent couvrir les contributions et le financement résiduel, et ce qui doit être remboursé séparément. S'agissant des soins aigus et de transition, les coûts de séjour doivent être rémunérés selon les règles relatives au financement hospitalier. La durée des soins aigus et de transition doit être de quatre semaines, au plus, et, au besoin, doit pouvoir être prolongée une fois de quatre autres semaines, au plus, sur ordonnance médicale. Concernant le matériel de soins, les fournisseurs de prestations doivent pouvoir le facturer à l'AOS, via une modification l'art. 20 OPAS, par ex., ou, si nécessaire, en révisant la loi. Il convient de renoncer à la distinction entre matériel utilisé par le patient ou par le personnel soignant. Enfin, il faut s'assurer que tous les cantons présentant des lacunes de couverture du financement résiduel utilisent la hausse des contributions AOS pour les combler.

CURAVIVA Suisse et **VAKA** demandent à la Confédération de veiller à l'application de l'arrêt du TF du 20 juillet 2018 (9C_446/2017) relatif au financement résiduel, en ayant recours, si nécessaire, à une modification législative. En cas d'ambiguïtés, la Confédération définira de manière contraignante les prestations couvertes par les coûts des soins ou par le financement résiduel. En outre, il faut modifier l'art. 20 OPAS, ou si nécessaire la loi, afin de supprimer la

distinction, inapplicable en pratique, entre utilisation par le patient et utilisation par le personnel soignant et permettre aux fournisseurs de prestations de facturer le matériel de soins. Il convient aussi d'augmenter à dix-huit les niveaux de besoins en soins dans les EMS afin de mieux prendre en compte le degré d'intensité des soins pour les démences, les soins palliatifs et la polymorbidité. S'agissant des soins aigus et de transition, il faut modifier l'art. 25a LAMal de sorte que la rémunération procède selon les règles s'appliquant au traitement stationnaire, séjour et prestations de soins compris, pendant quatre semaines et, si nécessaire et sur ordonnance médicale, pour quatre autres semaines. En outre, il faut tenir compte de l'évolution récente des coûts, en particulier depuis 2014. Il convient également d'inscrire dans la loi que les contributions doivent être revues au moins tous les trois ans sous l'angle de la charge induite par le besoin en soins et dans l'optique d'équilibrer les participations de tous les agents payeurs. Enfin, l'entrée en vigueur des nouvelles contributions de l'AOS doit être fixée au début de l'année civile. Augmenter les contributions de 6,7 % serait une variante minimale.

Senesuisse demande de renoncer à diminuer les contributions de l'AOS en raison de l'insuffisance des données. Conformément à la volonté du Parlement, une augmentation est dans tous les cas bientôt prévue (postulat CSSS-CN 16.3352 « Financement à parts égales de l'augmentation des coûts des prestations de soins par tous les agents payeurs »). S'agissant de la rémunération du matériel de soins, il convient d'augmenter nettement les forfaits horaires. Il serait bien mieux de modifier l'art. 20 OPAS en supprimant la distinction, inapplicable en pratique, entre utilisation par le patient et utilisation par le personnel soignant. De plus, il convient de préciser dans l'art. 25a LAMal que les cantons sont tenus d'assumer l'intégralité des coûts résiduels des soins fournis sur leur territoire, à l'exception des cas d'inefficacité ou de non-rentabilité avérés, d'une part, et que les contributions sont revues tous les trois ans au moins dans l'optique de préserver la répartition des coûts entre assurance-maladie et agents payeurs en charge du financement résiduel, de l'autre. De même, l'art. 7a, al. 3, OPAS sera modifié afin d'ajouter cinq autres niveaux de soins et de mieux prendre en compte, au plan des instruments de mesure, l'intensité des soins des pathologies et cas particuliers, notamment les démences, les soins palliatifs, la polymorbidité et le besoin élevé en soins. Enfin, la durée des soins aigus et de transition sera augmentée à quatre semaines au moins, avec au besoin la possibilité de la prolonger une fois, et les coûts de séjour seront financés selon les règles s'appliquant au financement hospitalier.

Spitex Schweiz, AFAS, AVASAD, Spitex Bregaglia, SACD, FAS, GVCMS, pharmaSuisse, Spitex Verband Aargau, SXBS, SVBL, Spitex Kanton Bern, Spitex OW, Spitex Regio Arth-Goldau, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex Schaffhausen, Spitex Sattel-Rothenthurm, SKSZ, SVKS Spitex Verband SG/AR/AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri, SPXZG et SVKZ demandent une hausse substantielle des contributions aux soins à domicile. À l'exception de Spitex Obwalden et Spitex Uri, ils soutiennent l'augmentation des contributions aux EMS. Toutes demandent, sauf SPXZG, de définir ce que couvrent les contributions et le financement résiduel, et ce qui est rémunéré séparément, par ex., les temps de déplacement, le matériel de soins. S'agissant de la rémunération du matériel de soins, il convient de modifier l'OPAS, en révisant l'art. 20, par exemple. On renoncera à la distinction entre matériel utilisé par le patient et matériel utilisé par le personnel soignant, et légalisera donc la pratique en cours ces dernières années. Au vu de la très grande diversité des coûts des prestations de soins, il n'est pas pertinent d'inclure un forfait dans les contributions de l'AOS aux soins ambulatoires. En effet, les prestations nécessitant beaucoup de matériel (par ex., pansements) seraient trop faiblement rémunérées. Ainsi, le matériel de soins doit pouvoir être facturé séparément (et non sous forme de forfait). S'il n'est pas possible de modifier directement l'OPAS, il convient de modifier la loi aussi rapidement que possible.

Pharmasuisse demande de nouvelles rémunérations pour les prestations de l'aide et des soins à domicile. En outre, les coûts de l'aide à l'observance du traitement médicamenteux doivent être pris en compte dans un budget séparé. Enfin, il convient de réviser la liste des moyens et appareils et de l'adapter aux prix du marché.

Pour l'**ASPS**, les contributions de l'AOS doivent être adaptées tous les trois ans à l'évolution des coûts dans le domaine des soins. Pour ce faire, il serait pertinent de compléter l'art. 7a OPAS d'un nouvel alinéa 5. En outre, il faut augmenter les contributions OPAS aux soins ambulatoires et autoriser la facturation des produits LiMA selon les règles en vigueur avant l'arrêt du TF. Il convient de compléter l'art. 20 OPAS afin que l'AOS finance les produits LiMA utilisés par l'assuré lui-même ou avec l'aide d'une personne, professionnelle ou non, participant à l'examen ou au traitement.

ASI Suisse, ASI NE-JU, curacasa, svbg, VFP AFG Akut, ASI-AG/SO, ASI-BE, ASI-SBK Sezione Ticino, ASI-ZCH, ASI ZH/GL/SH, LZCH, Marion's Spitex et Spitex RuLa demandent d'adapter régulièrement, mais au moins tous les trois ans, les contributions à l'évolution des coûts dans le domaine des soins ambulatoires. Pour ces organisations, ainsi que pour **SNL**, il faut prévoir une période transitoire suffisante si la baisse prévue des contributions de l'AOS aux prestations de soins ambulatoires entre réellement en vigueur. De plus, la modification doit entrer en vigueur au début de l'année et les cantons disposer d'un délai adéquat pour adapter leur financement résiduel. Le Conseil fédéral fixera, à l'attention des cantons, des critères uniformes en matière de saisie, de calcul et de définition des coûts complets ainsi que de financement de l'obligation de prise en charge dans le domaine des soins ambulatoires. S'agissant de la rémunération du matériel de soins, il convient de supprimer la distinction entre utilisation par le patient et utilisation par un tiers afin que les coûts puissent être rémunérés séparément par l'AOS, conformément à la LiMA, comme avant l'arrêt du TF d'automne 2017.

VFP AFG Spitex Pflege et VFP AFG Akut demandent d'adapter régulièrement, mais au moins tous les trois ans, les contributions à l'évolution des coûts des soins ambulatoires et stationnaires. Pour ce faire, il convient de mettre en place une base de données permettant un contrôle scientifique et fondé. Il convient également de supprimer la distinction entre utilisation du matériel de soins par le patient et utilisation par un tiers afin que les coûts puissent être rémunérés séparément par l'AOS, conformément à la LiMA, comme avant l'arrêt du TAF d'automne 2017.

Imad demande une augmentation substantielle des contributions, calculée sur la base d'une nouvelle évaluation tenant compte des critères non comptabilisés ou insuffisamment pris en compte (démarches de coordination et de conseil, matériel, déplacements, complexification des soins, élargissement de la pratique 24 heures tous les 7 jours, évolution des salaires, etc.).

H+ et **unimeduisse** demande d'augmenter la durée des soins aigus et de transition à quatre semaines, renouvelables une fois sur ordonnance médicale.

VAPP demande de ne pas modifier l'ordonnance sur les prestations de l'assurance de soins.

Mfe demande d'augmenter les contributions de l'AOS au domaine ambulatoire. L'association propose également d'inscrire dès que possible dans l'ordonnance ou dans la loi l'actuelle pratique de facturation du matériel de soins, qui fonctionne bien. De plus, les calculs du nouveau régime de financement des soins ne tenaient pas suffisamment compte de ces frais. Enfin, il est nécessaire de clarifier rapidement, en précisant la LAMal, la question de la prise en charge complète du financement résiduel par les pouvoirs publics. Il s'agit notamment de définir ce que couvrent les contributions et le financement résiduel ou ce qui doit être remboursé séparément, par ex., les temps de déplacement ou le matériel de soins.

PsyMoos demande d'obliger les cantons à financer les coûts résiduels.

Organisations du secteur de la santé - assureurs

Afin de garantir une mise en œuvre praticable en matière de traitement des prestations, **cura-futura** propose d'arrondir au franc près les contributions OPAS dans le domaine des EMS, et à dix centimes près dans le domaine des soins à domicile, comme c'est le cas actuellement.

Santésuisse s'oppose à l'adaptation des contributions.

Autres organisations

CT PLAISIR demande qu'un délai de mise en œuvre soit prévu non pas uniquement pour l'art. 8b OPAS mais aussi pour l'art. 8a en raison des questionnements qui en ressortent et des coûts qui seraient engendrés.

UVS demande de renoncer à la baisse des contributions aux soins à domicile. (Art. 7a OPAS)

Les agents payeurs en charge du financement résiduel ne doivent plus à l'avenir assumer seuls les coûts relatifs à la LiMA. **USV** estime donc qu'il est urgent de remédier à ce problème et donc de l'inclure dans la révision de la présente ordonnance.

Elle est d'avis que la Confédération doit hâter la planification des mesures issues du rapport « État des lieux et perspectives dans le secteur des soins de longue durée » de mai 2016.

ACS demande que les contributions de l'AOS visées à l'art. 7a, al. 1 et 3, OPAS soient augmentées de façon à ce que la nouvelle pratique entérinée par les arrêts du TF n'entraîne aucun transfert de coûts des assureurs aux cantons et communes.

Elle demande également d'inscrire dans l'OPAS l'adaptation régulière, au moins tous les trois ans, des contributions de l'AOS visées à l'art. 7a, al. 1 et 3, OPAS, à l'évolution des coûts dans le secteur des soins.

Enfin, elle demande que l'actuel système de rémunération du matériel de soins (avant l'arrêt du TF) soit maintenu et légalisé. Il convient de modifier l'OPAS afin que les fournisseurs de prestations visés à l'art. 7a, al. 1 et 3, OPAS (organisations d'aide et de soins à domicile, EMS, infirmiers et infirmières indépendants) puissent facturer le matériel de soins à l'AOS, qu'il s'agisse d'une remise au sens de la LiMA ou de matériel utilisé pendant les soins. Il faut supprimer la distinction entre matériel de soins utilisé par le patient et matériel de soins utilisé par le personnel soignant.

ACS est d'avis que la réorganisation du financement des soins a entraîné un lourd fardeau pour le secteur public en raison d'une augmentation des coûts depuis de nombreuses années. Le **SGV** demande qu'une discussion sur d'autres modèles de financement, tels que l'assurance dépendance soit rapidement menée. **ACS** estime que la hausse des coûts doit être assumée à parts égales par l'ensemble des agents payeurs, puisque tous sont compétents en matière de financement des soins.

5 Prises de position relatives à la prescription médicale et à l'évaluation des soins requis par le personnel soignant

5.1 Remarques générales sur l'évaluation des besoins

Des critiques générales se retrouvent dans la plus grande partie des avis transmis. Ces critiques portent, notamment, sur le fait que le projet mis en consultation ne tiendrait pas compte du fait que les soins de base seraient en recul face aux soins de traitement et que, par conséquent les soins ambulatoires deviendraient plus complexes et plus intenses. De plus, la volonté de déplacer certaines prestations du domaine hospitalier vers celui ambulatoire participerait à l'intensification des soins ambulatoires.

Le vieillissement de la population est également un argument avancé afin de motiver un besoin de révision générale du domaine des soins et de son financement.

LU, UR, GE, JU, PSS, USAM, ASPS, CURAVIVA, mfe, senesuisse, Spitex Suisse, CSA, Alzheimer Suisse, CI Financement des soins, VAKA estiment que le projet ne résout en rien beaucoup de manquements liés au nouveau financement des soins.

La prise de position de Spitex Suisse est reprise, soit à l'identique, soit avec quelques légères modifications par les Spitex régionales ainsi que par **GVCMS, FAS, LLS. Alzheimer Schweiz** revoie également à cette prise de position.

Cantons

Pour la grande majorité des cantons ainsi que pour la **CDS** la proposition de modification va dans la bonne direction. La **CDS** soutient, sur le principe la majorité des modifications proposées alors que le canton de **VD** les rejette toutes, à titre principal.

BE, LU et AR jugent positif le fait d'accorder plus de compétences au personnel soignant.

La majorité des cantons ainsi que la **CDS** estiment que le projet doit être complété afin d'éviter une augmentation des coûts liée à une augmentation du volume des prestations fournies.

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

L'**UDC** et le **PSS** estiment que la modification proposée va dans la bonne direction en accordant plus de compétences au personnel soignant. Toutefois, selon l'**UDC**, il est nécessaire de compléter le projet avec des mesures permettant de contrôler une éventuelle augmentation des coûts. Le **PSS** quant à lui considère les propositions comme minimalistes et ne tenant pas compte des demandes des initiants. Il estime aussi que les compétences des infirmiers, acquises au cours de la formation, ne sont pas prises en compte et que les modifications proposées ne font que codifier ce qui se fait déjà.

Le **PLR** estime que l'autonomie supplémentaire qu'il est prévu d'accorder aux professionnels des soins devrait contribuer à éliminer la bureaucratie inutile et salue le maintien du rôle « charnière » du médecin.

Associations faitières des communes, villes et régions de montagne

ACS ne prend pas position quant aux modifications portant sur l'évaluation des soins requis.

UVS, en ce qui concerne l'évaluation des soins requis renvoie à la prise de position de la **CDS**.

Associations faitières de l'économie

USAM et **USS** estiment que la proposition faite, bien qu'allant dans le bon sens, ne servirait que à « couper l'herbe sous les pieds » de l'initiative populaire. Pour **USS**, le changement au

niveau de l'ordonnance ne change rien au fait que les infirmiers ne sont pas reconnus par la loi comme fournisseurs de prestations indépendants.

Selon **USS** les conditions de travail dans le domaine des soins ont péjoré, notamment suite à l'introduction du nouveau financement hospitalier.

Associations de consommateurs

FRC estime aussi que les modifications proposées vont dans le bon sens mais qu'elles restent timorées. Selon la **FRC** valoriser la profession infirmière lui semble une réponse adéquate aux divers défis qu'il s'agira de relever dans les années à venir.

Organisations du secteur de la santé - fournisseurs de prestations

Pour **Spitex Suisse** les modifications proposées ne vont pas assez loin et n'ont pas été assez réfléchies. Outre les différentes Spitex régionales, **ASPS**, **CURAVIVA**, **mfe** et **senesuisse** partagent cet avis. **H+** demande une révision de la loi afin d'élargir encore plus les compétences des infirmiers.

Pour l'**ASI**, le prétendu renforcement de l'autonomie du personnel infirmier en matière d'évaluation des soins requis ne représente rien d'autre que la tentative aussi artificielle qu'inadéquate de couper l'herbe sous les pieds à l'initiative populaire « Pour des soins infirmiers forts ». La contradiction entre l'autonomie partielle de la profession d'infirmier ancrée dans les législations cantonales et la compétence en matière de facturation selon la LAMal existe au niveau de la loi et ne peut pas être résolue par voie d'ordonnance.

Organisations du secteur de la santé - assureurs

Alors que **curafutura** salue les modifications proposées, **santésuisse** de son côté refuse ces mêmes modifications et estime qu'il faut attendre les résultats des délibérations parlementaires et de la votation portant sur l'initiative populaire « Accorder plus d'autonomie au personnel soignant ».

Organisations du secteur de la santé - patients/usagers

Pour **OSP** et **CSA** la proposition est minimaliste et ne tient pas compte des demandes formulées par les initiants.

Selon **OSP** le décalage entre le niveau de formation et les conditions limitant la profession de soignant est difficilement compréhensible et risque de nuire à l'attractivité de la profession.

Autres organisations

Les autres organisations ayant transmis leur avis rejoignent pour le plus les avis formulés par les fournisseurs de prestations consultés.

5.2 Remarques sur l'art. 7

Cantons

LU se déclare d'accord avec le changement de nomenclature (uniquement en allemand « Ermittlung » au lieu de « Abklärung »).

Associations faitières de l'économie

USS ne comprend pas le changement de nomenclature en allemand, notamment car la raison de ce changement n'est pas donnée dans le rapport. **USS** en déduit que ce changement n'est pas nécessaire et peut donc être laissé de côté.

Organisations du secteur de la santé - fournisseurs de prestations

Pour **ASPS**, les changements prévus sont acceptables mais pas obligatoires et ils risqueraient d'engendrer des coûts, liés aux adaptations nécessaires dans les softwares et les formulaires, pour les fournisseurs de prestations.

CURAVIVA estime que la suppression de la mention de la collaboration avec le médecin pour l'évaluation du besoin en soins est adéquate. Cette suppression correspondrait mieux à la réalité. Toutefois **CURAVIVA**, suivie sur ce point par *senesuisse*, estime que les prestations définies à l'art. 7, al. 2, OPAS devraient être revues afin de mieux prendre en compte les besoins plus particuliers liés, p. ex., à la démence ou aux soins palliatifs.

Mfe, **ASI** et **Marion's spitex** rejettent le changement terminologique proposé craignant que celui-ci ne pose une limite au travail du personnel soignant et, partant, à sa prise en charge. **SVKS** refuse aussi ce changement de nomenclature.

H+ estime aussi que la suppression de la mention de la collaboration avec le médecin pour l'évaluation du besoin en soins est adéquate, mais demande que l'évaluation des soins requis puisse également être prise en charge en milieu hospitalier en plus des prestations fournies selon SwissDRG.

unimedsuisse partage l'avis exprimé par H+.

Curacasa, reprenant l'avis de l'**ASI**, et **VFP AFG Spitex**, **VFP AFG Akut** rejettent également le changement de nomenclature.

VAKA accepte la modification et estime également que l'art. 7, al. 2, OPAS devrait être revu afin de mieux prendre en compte les cas de démence et les soins palliatifs. **VAKA** évoque également le fait que les regroupements de prestations prévus dans ce même article – à savoir les lettres a, b etc. – ne sont pas pertinents pour les homes.

Organisations du secteur de la santé - assureurs

Curafutura propose d'ajouter à l'art. 7, al. 2, let. a, ch. 1, OPAS : ... des mesures *de soins* nécessaires ; ... Planung der notwendigen *pflegerischen* Massnahmen...

Santésuisse demande que la mention de la collaboration avec le médecin soit maintenue.

Organisations du secteur de la santé - patients/usagers

OPS rejette le changement de nomenclature (uniquement en allemand, « Ermittlung » au lieu de « Abklärung » en argumentant notamment que « le terme *Abklärung* [clarification] implique davantage le fait d'associer les patients et leurs proches à la décision que le terme *Ermittlung* [évaluation]. Dans le cadre du mandat de soins, le besoin en soins est continuellement évalué et ne peut être définitivement fixé. »

5.3 Remarques sur l'art. 8

Alinéa 1

Cantons

Pour **LU** et **GE**, la distinction pratiquée entre les types de prestations (lettres a, b etc.) et difficilement praticable. De plus, pour les cantons de **LU** et **TI**, le médecin devrait avoir la possibilité de se positionner.

Organisations du secteur de la santé - fournisseurs de prestations

Pour une grande partie des fournisseurs de prestations, dont notamment **Spitex Suisse**, la distinction faite entre les types de prestations n'est pas adéquate. **Spitex Suisse** donne pour exemple que les prestations d'évaluation, conseils et coordination (lettre a) doivent dans tous les cas être prescrites, l'évaluation des soins requis en faisant partie.

Toujours selon **Spitex Suisse**, la modification proposée risque d'engendrer plus de travail administratif notamment, si, par exemple, un médecin prescrit des prestations des types a et c et qu'il devait s'avérer, lors de l'évaluation que des prestations d'examen et de traitement (b) sont également nécessaires. Il s'agirait alors de faire refaire une ordonnance au médecin. **Spitex Suisse** et **ASPS** proposent que l'ordonnance du médecin prescrive les soins et qu'il soit laissé la possibilité au médecin de prévoir des prestations spécifiques. Cette proposition est également amenée par **mfe** qui précise également que les échanges d'informations doivent aller dans les deux sens (du personnel soignant vers le médecin et du médecin vers le personnel soignant).

Selon **CURAVIVA** et **senesuisse**, la prescription ou le mandat médical devrait se fonder sur une analyse des besoins et non l'inverse. Ils rappellent en outre que dans le système à douze niveaux pratiqué dans les homes, la différenciation entre le type de prestations n'est pas utilisée.

FMH soutient le projet de modification mais demande qu'une distinction soit ajoutée pour les soins de base psychiques qui, selon elle, requièrent aussi la collaboration du médecin lors de l'évaluation.

Selon **Marion's spitex**, la fonction « charnière » du médecin, évoquée dans le rapport, ne serait pas conforme à la réalité. En effet, ils ne seraient pas en mesure de juger du bienfondé d'une évaluation des soins requis et ne pourraient donc pas non plus empêcher une augmentation des coûts. Cette fonction est plutôt de la compétence des assureurs uniquement. **Marion's spitex** en veut pour preuve le fait qu'une ordonnance médicale ne garantit en aucun cas une prise en charge des prestations fournies par les assureurs. Avec cette même motivation, il est aussi avancé que le contrôle par les cantons et par les patients seraient aussi illusoires. La proposition ne fait que codifier ce qui se fait déjà et n'apporterait aucune amélioration quant à l'autonomie des infirmiers.

Pour **VFP AFG Spitex** la différenciation faite entre les différents types de prestations pour définir les compétences quant à l'évaluation des soins requis n'est pas adéquate. Pour VFP, le médecin ne dispose pas des compétences nécessaires dans le domaine des soins et souvent il ne connaît pas la situation au domicile du patient.

Pour **curacasa** aussi le projet ne fait que codifier ce qui existe déjà et ne fait rien contre la discrimination des infirmiers dans la LAMal. Pour **curacasa** la distinction entre mesures d'évaluation, conseils, coordination et soins de base d'une part, et d'autre part les mesures d'examen et de traitement va de soi ; ces dernières sont en effet des tâches médicales par essence qui ne peuvent être déléguées par le médecin aux infirmières qu'explicitement et conformément aux principes du Code suisse des obligations, en particulier les principes du droit de la responsabilité.

Organisations du secteur de la santé - assureurs

Pour **curafutura**, la différenciation faite entre les types de prestations n'est pas adéquate. Les infirmiers seraient à même de procéder, de manière indépendante, à l'évaluation des soins requis pour tous les types de prestations. Le médecin définirait tout de même le type de prestations à fournir dans le mandat médical. Toujours selon **curafutura**, le rôle de contrôle de l'évaluation, de la fourniture des prestations et de sa facturation revient aux assureurs qui seraient les plus à même de tenir ce rôle.

Pour **santésuisse** l'extension des compétences des infirmiers comporte un fort risque d'augmentation des volumes. Ils soutiennent également qu'il serait prématuré d'introduire, par voie d'ordonnance, des éléments en lien avec l'initiative populaire sans attendre les décisions du Parlement et du peuple. Pour **santésuisse**, les modèles d'assurance avec le médecin de famille ayant un rôle central ont fait leurs preuves et permettent des économies en assurant une bonne coordination des soins.

Organisations du secteur de la santé - patients/usagers

Pour **OSP**, le projet ne fait que coder une situation déjà existante et n'apporte rien à l'autonomie du personnel soignant.

Pour **CSA** la différenciation faite entre les différents types de prestations pour définir les compétences quant à l'évaluation des soins requis n'est pas adéquate.

Autres organisations

Pour **BESA**, c'est l'évaluation des soins requis qui va permettre de définir quel type de soins sera nécessaire. Le mandat médical ne peut donc pas le définir par avance. De plus, toujours selon **BESA**, les 3 types de soins (a, b et c) sont nécessaires dans la plupart des cas, ce qui aurait pour conséquence que, le plus souvent, c'est bien plus le temps dédié au soins que leur type qui compterait.

Alinéa 2

Cantons

LU salue la prolongation des durées de validité des mandats médicaux mais estime qu'une différenciation selon le type de prestations n'est pas adéquate et propose une durée de 9 mois pour tous les cas. Ce canton estime que la durée prévue les soins aigus et de transition est trop courte et propose de la doubler à 4 semaines ; cet avis est partagé par **UR**.

Pour **GE**, il ne sert à rien de prévoir une plus longue durée de validité pour la prescription médicale ; ces délais seraient peu utilisés vu, notamment, la constante augmentation de la complexité des cas. Pour les EMS, ces limites ne seraient pas pertinentes au vu de l'outil **PLAISIR** utilisé (**GE** et **NE** renvoyant par ailleurs à la prise de position **PLAISIR**).

Pour **CLASS** l'augmentation des durées de validité des prescriptions médicales ne sont pas pertinentes. Elles ajouteraient, notamment, des lourdeurs administratives. Les outils d'évaluation prévoient déjà des évaluations aussi souvent que l'état de santé du patient le nécessite.

Associations faitières de l'économie

Pour l'**USAM** les prolongations proposées sont pertinentes, mais l'association propose de les prolonger à 12 mois sans différenciations entre les types de prestations. L'**USAM** estime que la durée des soins aigus et de transition devrait être prolongée à 4 semaines.

Organisations du secteur de la santé - fournisseurs de prestations

ASPS, CURAVIVA, mfe, Spitex Suisse proposent d'unifier les durées de validité des mandats médicaux à 9 mois.

ASPS, CURAVIVA, H+, mfe, ASI, senesuisse, imad, VASOS demandent tous une prolongation de la durée des soins aigus et de transition à 4 semaines au minimum.

Les fournisseurs de prestations critiquent les soins aigus et de transition d'une manière générale.

Organisations du secteur de la santé - assureurs

Curafutura propose une durée de validité de 12 mois pour toutes les prestations de soins de l'art. 7, al. 2, OPAS. Alors que **santésuisse** propose une seule et même durée unifiée, d'autant plus qu'un même patient peut avoir besoin de deux prescriptions.

Organisations du secteur de la santé - patients/usagers

Pour **OSP**, la durée des soins aigus et de transition est trop courte.

Autres organisations

Pour **Alzheimer Suisse, VAK, VFP** la durée de la prescription devrait être définie à 9 mois pour tous les types de prestations.

La durée pour les soins aigus et de transitions devrait être prolongée pour **CS, CP, curacasa, Alzheimer Suisse, CI financement des soins, VAKA, VFP**.

BESA propose une évaluation des soins requis de routine tous les six mois, qui ne nécessite une signature du médecin qu'en cas de changement notable (changement de niveau), et une durée de la prescription médicale de 12 mois.

Alinéa 3

Cantons

Une partie des cantons (**BE, LU, NW, GL, ZG, AR, AG**) et la **CDS** estiment que le mandat médical doit aussi être illimité pour les personnes souffrant d'une impotence légère.

Alinéa 4

Organisations du secteur de la santé - fournisseurs de prestations

Senesuisse estime qu'il n'est pas judicieux d'avoir supprimé l'ancien alinéa 4. Il est certes concevable de laisser les assureurs et les fournisseurs de prestations régler ces négociations contractuelles. Toutefois, comme il s'agit de contrats purement administratifs, tout échec des négociations se traduirait par une importante insécurité juridique.

5.4 Remarques sur l'art. 8a

Alinéa 1

Cantons

Les cantons et la **CDS** proposent de prévoir un droit de véto du médecin qui peut, ensuite procéder à l'évaluation des soins requis en collaboration avec le personnel infirmier.

La **CDS** propose également un changement de terminologie par « avec le concours du patient... » au lieu de « avec la collaboration du patient... ».

Les cantons ainsi que la **CDS** s'opposent au renvoi explicite à l'art. 49 OAMal en argumentant, notamment, que cette disposition ne concerne que le personnel infirmier exerçant à titre indépendant. Ils estiment que l'exigence de diplôme figurant à l'art. 49, let. a, OAMal serait suffisante pour le personnel travaillant en EMS ou dans le cadre d'une organisation de soins et d'aide à domicile. Le contraire les rendrait moins attractifs. De plus, le contrôle des deux années d'expérience engendrerait des charges administratives disproportionnées.

CLASS s'oppose à l'exigence des deux ans de pratique afin de pouvoir effectuer l'évaluation des soins requis.

Associations faitières de l'économie

Aussi bien **USAM** que **USS** s'opposent au renvoi explicite à l'art. 49 OAMal dans son entier. Ils estiment également que l'exigence des deux ans de pratique n'est pas nécessaire pour le personnel des EMS et des organisations de soins et d'aide à domicile.

Organisations du secteur de la santé - fournisseurs de prestations

La grande majorité des fournisseurs de prestations qui se sont exprimés est également opposée à l'exigence des deux ans de pratique. Selon eux, les diplômés sont d'emblée formés à l'évaluation des soins requis. Les employeurs les forment ensuite à l'utilisation des outils spécifiques (PLAISIR, BESA, RAI Homecare, etc....).

ASPS propose également un changement de terminologie par « avec le concours du patient... » au lieu de « avec la collaboration du patient... ».

La **FMH** demande de procéder à une distinction des soins de base et des soins de base psychiques, ces derniers devant être évalués en collaboration avec le médecin traitant.

curacasa, **VAKA**, **VFP AFG Spitex** s'opposent tous à l'exigence des deux ans de pratique afin de pouvoir effectuer l'évaluation des soins requis.

Organisations du secteur de la santé - assureurs

Pour **curafutura**, ici aussi, la différenciation entre les types de prestations n'a pas lieu d'être ; dans tous les cas, la collaboration du médecin ne serait pas nécessaire lors de l'évaluation des soins requis.

Pour **santésuisse** l'approbation explicite du médecin est dans tous les cas nécessaires.

Organisations du secteur de la santé - patients/usagers

Pour **OSP** également, le renvoi aux conditions de l'art. 49 OAMal n'est pas acceptable. L'exigence des deux ans d'activité pratique ne doit pas être nécessaire pour le personnel employé par les EMS et par les organisations de soins et d'aide à domicile.

Autres organisations

BESA s'oppose à l'exigence des deux ans de pratique afin de pouvoir effectuer l'évaluation des soins requis.

Pour **PLAISIR**, les réévaluations périodiques ont lieu en moyenne tous les ans. Les augmenter à six mois risque de faire augmenter les coûts.

Alinéa 2

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

UDC s'oppose à la suppression de la mention des soins et de l'aide dont le patient a besoin de manière à ce que le patient puisse se positionner par rapport aux soins prévus.

Organisations du secteur de la santé - assureurs

Curafutura est aussi d'avis que cet alinéa doit rester tel qu'il était afin d'assurer le droit de parole du patient.

Alinéa 3

Associations faîtières de l'économie

Pour **USAM**, l'exigence d'un formulaire unique va trop loin. **USAM** propose un formulaire par type de fournisseur de prestations.

Organisations du secteur de la santé - fournisseurs de prestations

Pour l'**ASPS**, **VASOS** et pour **Spitex Suisse**, il est important de faire une distinction entre les EMS et les organisations de soins et d'aide à domicile. Ces dernières seraient en train d'élaborer une solution commune pour tous.

VFP AFG Spitex Pflege propose la modification suivante: « L'évaluations des soins requis se fonde sur des critères uniformes et fondés. Les résultats sont inscrits sur un formulaire standardisé, qui indique notamment le temps nécessaire aux prestations prévues. Le formulaire est établi par les fournisseurs de prestations et les assureurs. »

Organisations du secteur de la santé - assureurs

Pour **curafutura** la terminologie choisie est adéquate (Zeitbedarf/Zeitaufwand).

Alinéa 5

Autres organisations

Pour **PLAISIR** les termes « nouvelle évaluation » laissent une ambiguïté sur la manière de procéder à ladite évaluation. Il pourrait s'agir d'une évaluation de la validité de l'évaluation existante, auquel cas l'infirmière évaluatrice pourrait reconduire la précédente, comme pour la reconduction du mandat médical et sans recourir au médecin. Elle pourrait aussi décider de s'en assurer avec une réévaluation PLEX ou de procéder à une réévaluation PLAISIR complète, avec des impacts financiers bien différents. Cette ambiguïté doit être levée.

6 Prises de positions sur les exigences minimales relatives à l'évaluation des soins requis dans les EMS

6.1 Remarques générales

Cantons

Selon **CDS** et **AG, AI, BE, BL, BS, GE, FR, GL, GR, LU, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, VS, ZG, ZH**, les exigences minimales relatives au système d'évaluation des soins requis vont dans la bonne direction. Ils regrettent le manque de clarté concernant les conséquences financières, puisque les fournisseurs de RAI/RUG et BESA font valoir que ces instruments sous-estiment dans de nombreux cas le temps nécessaire aux soins. De plus, l'instance habilitée à évaluer la qualité d'une étude de temps et à demander une adaptation des instruments n'est pas définie. Les cantons partent du principe que tous les instruments, nouveaux et actuels, pourront toujours être utilisés.

CLASS et **NE** trouvent les modifications globalement utiles, mais notent qu'évaluer les besoins tous les six mois au moins génère une surcharge administrative et nécessite d'adapter les systèmes, alors même qu'il est déjà possible de le faire en tout temps aujourd'hui. Par ailleurs, **CLASS, NE** et **JU** soutiennent la prise de position de **CT PLAISIR**. **NE** ajoute que la faisabilité du projet en termes de coûts et de délais est douteuse.

UR rejette la modification proposée car l'étalonnage génère une charge de travail est trop élevée. Il faut choisir un système unique, et pour éviter une situation de monopole, développer celui-ci sous l'égide d'un nouvel organisme, à l'image de SwissDRG AG. **LU** est également favorable à créer un comité à l'image de SwissDRG AG rassemblant la Confédération, les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs, mais sans se restreindre à un système unique.

JU et **VD** considèrent que les propositions manquent de clarté et sont partiellement incohérentes. Même si, dans la plupart des cas, la différence entre évaluation des soins requis et soins fournis est minime, prendre en charge uniquement ces derniers peut avoir d'importantes conséquences. Il faut définir plus précisément la variance entre ces deux paramètres. La fréquence des études de temps n'est pas définie et on ne sait ni si la méthode Delphi utilisée par PLAISIR est reconnue, ni qui statue sur les méthodes et leurs résultats. En outre, cela pose la question de savoir si les assureurs peuvent refuser de prendre en charge des coûts supplémentaires s'il s'avérait que le besoin en soins avait été sous-estimé. **VD** demande en plus qui assume le financement des études de temps, si ces dernières peuvent se fonder sur un échantillonnage et s'il s'agit de mesurer le besoin en soins ou les soins effectivement fournis.

VD rejette intégralement la modification proposée. Alors que dans d'autres domaines tels que la rééducation, la psychiatrie et les prestations ambulatoires, on vise un financement forfaitaire, le financement des soins de longue durée s'écarte de cette logique. La modification proposée augmenterait encore la charge administrative, y compris s'agissant du développement des instruments de saisie, et ce, sans réelle plus-value pour l'ensemble du système. Les instruments ne devraient pas être réglés dans l'OPAS, mais au minimum dans l'OAMal, et ne pas être réduits à un outil de contrôle et de facturation. Ces instruments doivent permettre de prendre des décisions médicales et d'assurer la qualité. Des directives trop rigides risquent de porter atteinte aux compétences des cantons en matière de soins.

VS estime qu'il est prématuré de vouloir définir des exigences minimales au vu des travaux en cours entre les cantons, notamment InterRAI.

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

PLR et **UDC** soutiennent la modification proposée. **UDC** rejette toutefois les modifications augmentant la charge administrative des fournisseurs de prestations.

PSS estime que le rapport explicatif est difficilement compréhensible et brouillon.

Associations faitières des communes, villes et régions de montagne

UVS renvoie à la prise de position de la CDS.

Associations faitières de l'économie

Le **CP** soutient les propositions et préfère la définition d'exigences minimales à la définition d'un système unique. En effet, ce dernier créerait une situation de monopole et tout changement de système nécessiterait un important investissement.

Associations de consommateurs

Selon **FRC**, les propositions vont dans la bonne direction.

Organisations du secteur de la santé - fournisseurs de prestations

H+ est favorable à fixer des exigences minimales en matière d'évaluations des soins requis. **CURAVIVA** soutient généralement les modifications, mais émet de nombreuses remarques sur le détail.

VFP AFG Spitex estime qu'il est judicieux d'harmoniser les instruments utilisés dans le secteur des EMS. Il est pertinent de dégager des indicateurs de qualité à partir des données de routine, mais il ne faut pas se limiter à ces dernières.

AFG Akut VFP, Curacasa, LZCH, ASI et ses antennes régionales **AG/SO, BE, NE/JU, Sezione Ticino**, ainsi que **ZCH, SVBG** et **VFP** demandent que seuls soient reconnus les instruments présentant réellement un caractère économique. Actuellement, le besoin en soins effectif est présenté de manière lacunaire, notamment dans le secteur psychosocial et l'accompagnement des proches.

VFP AFG Akut, Curacasa, LZCH, Marions Spitex, ASI et ses antennes régionales **AG/SO, BE, NE/JU, Sezione Ticino**, ainsi que **ZCH, SVBG** et **VFP AFG Akut** critiquent l'emploi [en allemand] du terme *Bedarfsermittlung* [évaluations des soins requis] au lieu de *Bedarfsabklärung* [clarification des soins requis], et craignent qu'il ouvre la voie à une réduction des prestations de soins. Modifier la terminologie entraînerait aussi des coûts administratifs du fait du changement de formulaires, etc.

Pharmasuisse indique que l'évaluation des soins requis devrait tenir compte des coûts des prestations liés aux médicaments.

Senesuisse soutient les conditions permettant d'uniformiser l'évaluation des coûts, notamment le fait que les soins requis présentés par les instruments correspondent aux prestations en minutes effectivement fournies.

VAKA demande que les soins des patients atteints de démence et les soins palliatifs soient systématiquement rémunérés afin de remplir les objectifs des stratégies nationales correspondantes. Ces prestations doivent être mieux prises en compte.

Selon **VFP AFG Akut**, l'actuel système de facturation repose sur des instruments d'évaluation des besoins et des catalogues de prestations unilatéraux et non-scientifiques. Les futures directives relatives à l'évaluation des soins et au système de rémunération doivent prendre en

compte les classifications NANDA. En outre, les prestations fournies ne permettent pas de tirer de conclusions sur le besoin en soins, celui-ci doit être fondé scientifiquement.

Organisations du secteur de la santé - assureurs

Curafutura rejette les propositions. Il est à prévoir que des différences subsistent, même avec un important investissement administratif. Il faut mettre en place un système unique et complètement transparent. Or, les systèmes étrangers ne peuvent le garantir. Il faut donc préciser que seul peut être utilisé un système basé sur un catalogue de prestations, tel que BESA. Les coûts de conversion seront compensés par le gain d'efficacité à long terme et une meilleure transparence. Il convient de distinguer clairement entre prestations obligatoires et non-obligatoires. Actuellement, les assureurs ne sont pas représentés dans le comité élaborant le catalogue d'activités (groupe de coordination pour les soins de longue durée). Curafutura propose donc de mettre sur pied un comité réunissant les fournisseurs de prestations et les assureurs. Cet organisme serait réglé à l'art. 8b OPAS. Curafutura rejette l'extension aux EMS des procédures communes de contrôle et de conciliation, car elles reposent sur le contrôle effectué par le médecin de confiance. Ces procédures sont obsolètes et ont perdu leur pertinence, puisqu'elles ont été remplacées par un contrôle individuel des assureurs.

Santésuisse rejette les propositions ; il serait plus efficace de disposer d'un instrument unique. L'expérience montre que la solution envisagée n'est pas applicable en pratique. L'organisme compétent pour la reconnaissance des études et de leur méthodologie n'est pas défini, et on ne connaît pas le montant des coûts. Si toutefois l'OPAS était modifiée comme proposé, Santésuisse soutiendrait l'extension aux EMS des procédures de contrôle et de conciliation.

Organisations du secteur de la santé - patients/usagers

OSP et **CSA** doutent que la proposition soit efficace, car la transition entre soin et suivi est fluide et difficile à délimiter.

Alzheimer Schweiz demande une meilleure représentation des prestations de soins liées aux démences et aux soins palliatifs dans les instruments d'évaluation des soins requis. Par ailleurs, elle soutient la prise de position de CURAVIVA.

Autres organisations

BesaCare et **QSys** sont favorables à harmoniser dans une certaine mesure les instruments en définissant des exigences minimales et estiment que les systèmes BESA et RAI/RUG permettent d'atteindre les objectifs visés. Mais pour ce faire, il est nécessaire de dresser une liste des activités uniforme et contraignante servant de base aux mesures horaires. Comme les fournisseurs de système ne peuvent obliger leurs clients à réaliser des études de temps, l'art. 8b, al. 3, devrait parler de représentativité « suffisante », qu'il conviendrait de définir à partir des principaux facteurs pertinents. La décision relative à la méthodologie devrait être déléguée à un comité. De plus, il faut clarifier la question de la protection des données.

Remplir les exigences minimales d'ici fin 2020 implique de pouvoir utiliser les études de temps existantes. Selon **BesaCare** et **QSys**, les données disponibles sont adéquates. Réaliser une étude de temps prend au moins deux ans, et il faut auparavant clarifier les questions mentionnées ci-dessus. La seule réalisation d'une étude de temps se monte à un demi-million de francs environ. Il devrait donc être possible d'adapter légèrement les systèmes en extrapolant les données des études déjà réalisées ; dans le cas contraire, il faut s'attendre à des coûts importants qui seront en dernier lieu répercutés sur les EMS.

LEP AG soutient les propositions de modification du système de soins requis car elles impliquent une clarification fiable et valide des besoins, des constatations pertinentes et scientifiques en matière d'utilisation, d'études de temps et d'indicateurs de qualité, et une complète transparence.

CT PLAISIR estime que la compréhension et la mise en œuvre des propositions poseront de grandes difficultés. Augmenter la fréquence de l'évaluation des soins entraînerait une charge administrative. La méthode PLEX/PLAISIR définit les prestations de soins nécessaires au cas par cas. Les méthodes « Delphi » et « Groupe Nominal » déterminent scientifiquement la durée de chaque prestation. L'instrument PLEX évalue la classification au moment de l'admission en EMS, et la classification PLAISIR prend ensuite le relais. Un intervenant externe vérifie ensuite que toutes les prestations de soins nécessaires ont été prises en compte. Comme la classification PLEX n'utilise qu'une partie des éléments de PLAISIR, PLEX est un peu moins précis que ce dernier, ce qui peut générer une légère différence de classification entre les deux instruments.

6.2 Remarques sur l'art. 8b

Cantons

CDS et AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, GR, LU, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, VS, ZG et ZH estiment qu'il est pertinent de contrôler et d'étalonner chaque instrument sur la base d'études de temps représentatives réalisées en Suisse. Mais pour éviter de devoir contrôler chacun des instruments utilisés, ils demandent que les études de temps soient réalisées dans les seuls cantons utilisant l'instrument en question. De plus, un délai transitoire de deux ans, à compter de l'entrée en vigueur, est nécessaire.

Dans le domaine ambulatoire aussi, les instruments doivent permettre de dégager des données relatives aux indicateurs de qualité à partir des données de routine. La disposition ne doit pas se limiter aux EMS et être déplacée à l'art. 8a.

Organisations du secteur de la santé - fournisseurs de prestations

CURAVIVA, senesuisse et VAKA sont favorable à limiter expressément l'évaluation des soins requis aux coûts des soins au sens de l'art. 33, let. b, OAMal. Le Parlement a rejeté une évaluation plus étendue, incluant, par ex., les coûts de suivi. Mais le flou subsiste quant aux prestations exactes sur lesquelles doit se fonder la délimitation. En l'occurrence, les fournisseurs de prestations de soins stationnaires de longue durée ont dressé une « liste des activités », liste qui n'a pour l'instant aucune valeur officielle. Tant qu'aucune instance extrajudiciaire ne statue sur les questions de tarifs ou de structure tarifaire, le risque existe de voir apparaître d'autres longues procédures légales.

CURAVIVA et VAKA recommandent de constituer un comité réunissant les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs, à l'image de SwssDRG AG. Ce comité sera chargé de régler les questions relatives au catalogue de prestations, d'autoriser les instruments d'évaluation des besoins, d'assurer leur étalonnage et de fixer les critères de reconnaissance des preuves scientifiques ou des valeurs de variance tolérées, ou de faire des recommandations dans ce sens à l'attention de la Confédération. Ainsi, on évitera de nombreuses procédures judiciaires complexes et finalement inutiles, qui génèrent souvent de nouvelles questions légales.

CURAVIVA, senesuisse et VAKA voient d'un bon œil le fait que le temps de soins effectif serve d'indice de référence à la mesure du besoin en soins. Cependant, la formulation de la dernière phrase peut laisser penser que les instruments doivent toujours (et non pas unique-

ment lors de l'autorisation ou du développement) mesurer le temps de soins effectif et présenter la variance. Il convient donc de préciser que l'instrument utilisé *pour l'autorisation et le développement* doit fournir l'attestation demandée.

CURAVIVA, senesuisse et VAKA approuvent les exigences relatives aux instruments de mesure, mais estiment qu'il faut définir une seule méthode pour les études de temps. Dans le cas contraire, en effet, cela compliquerait plus que cela ne faciliterait la comparaison entre instruments ainsi que l'étalonnage de ces derniers, même si les méthodes sont reconnues scientifiquement. La Confédération devrait introduire une seule méthode contraignante et charger un comité national compétent pour les questions de structure tarifaire de procéder à la sélection.

CURAVIVA et **VAKA** sont favorables à ce que les instruments d'évaluation des soins requis permettent de dégager les données nécessaires aux indicateurs de qualité médicaux des données de routine.

Organisations du secteur de la santé - assureurs

Curafutura propose de remanier l'art. 8b, qui fixerait une seule méthode de saisie des soins requis pour l'ensemble du pays au moyen d'un instrument fondé sur un catalogue de prestations. Le fonctionnement de cet instrument sera transparent, et celui-ci fera la distinction entre prestations de soins et autres prestations. Les fournisseurs de prestations et les assureurs élaboreront un catalogue de prestations et le présenteront au DFI pour approbation. Par rapport au projet du DFI, la disposition relative aux indicateurs de qualité resterait inchangée.

Autres organisations

BesaCare et **QSys** proposent de préciser que le contrôle effectué au moyen des études de temps ne se réfère pas à une mesure continue des prestations de soins effectivement fournies au quotidien. Les éventuelles futures exigences relatives à la variance doivent tenir compte du fait qu'un instrument fondé sur des prestations présente une variance plus faible qu'un instrument fondé sur des états ou des diagnostics.

LEP AG approuve le fait que les instruments doivent pouvoir faire la différence entre prestations de soins et autres prestations. Mais pour ce faire, il faut disposer d'une définition uniforme des prestations ; il convient donc de mettre sur pied une commission spécialisée. Le fait de lier besoin avéré en soins et prestations effectivement fournies est salué, mais les causes de la différence entre ce qui est prévu et la réalité sont nombreuses et devraient être analysées scientifiquement. La méthodologie utilisée dans les études de temps doit être la même pour tous et sélectionnée par une commission spécialisée.

CT PLAISIR note une contradiction entre les dispositions de l'article et la méthodologie de PLAISIR. En effet, la formulation donne l'impression que l'instrument utilisé pour évaluer les soins requis sert aussi à gérer le dossier de soins. Or, si c'était le cas, chaque prestation planifiée pourrait être validée après avoir été fournie. Il serait ainsi possible de mesurer la différence entre ce qui est prévu et la réalité. Avec PLAISIR, seul le degré minimal encore déontologiquement défendable est présenté en tant que besoin. Celui-ci doit dans tous les cas être fourni. Il convient de modifier la première phrase du deuxième alinéa afin de préciser, d'une part, qu'il ne s'agit pas de contrôler le besoin en soins au cas par cas, et de l'autre, de permettre d'effectuer le contrôle avec les études méthodologiques existantes.

L'expression « en moyenne » n'est pas clairement définie et doit être précisée, en y incluant les éventuelles règles de calcul. Il serait possible de définir une variante pour les instruments RAI et BESA, mais il faudrait alors préciser les règles de calcul. Comme pour PLAISIR, les soins requis sont évalués au cas par cas, la variance entre besoin évalué et besoin individuel

est donc nulle. Il faut compléter la disposition de telle sorte qu'une variance nulle soit expressément autorisée.

La méthode Delphi, utilisée pour définir les valeurs de temps sur lesquelles se fonde PLAISIR, est scientifiquement reconnue. Les études de temps ont été réalisées en Suisse et, pour certaines prestations très rarement fournies, complétées par des données internationales. Ces études sont représentatives. Toutefois, afin d'éviter toute ambiguïté, il convient de définir le niveau auquel les valeurs de temps des diverses prestations ou parties doivent être présentées.

6.3 Remarques sur l'art. 8c

Cantons

CDS et AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, GR, LU, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, VS, ZG et ZH proposent que la méthodologie utilisée pour l'évaluation des soins requis soit définie à l'échelle du pays, mais qu'il soit prévu de pouvoir déléguer cette définition aux partenaires tarifaires. Comme les instruments doivent être définis, étalonnés et utilisés dans toute la Suisse, CDS et les cantons mentionnés considèrent qu'il est nécessaire de disposer d'une procédure de négociations (al. 1) et d'un règlement des différends (al. 2) applicables à l'ensemble du pays. Dans le cas contraire, le Conseil fédéral devrait statuer sans délégation aux partenaires tarifaires. Il convient de préciser dans l'art. 8c que les fournisseurs de prestations et les assureurs fixent ensemble la procédure relative à l'évaluation des soins requis et conviennent d'une procédure de contrôle et de conciliation applicable à toute la Suisse. Si aucun accord n'est trouvé, le Conseil fédéral, et non le gouvernement cantonal, fixe la procédure après consultation des parties et des cantons.

La formulation n'exprime pas clairement qu'il s'agit de développer les systèmes ; il faut donc préciser que la procédure de contrôle sert à contrôler et développer les systèmes d'évaluation des soins requis ainsi qu'à contrôler l'adéquation et le caractère économique des prestations.

BE soutient l'extension de l'article aux EMS.

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

UDC est sceptique quant au fait d'étendre la procédure de contrôle et de conciliation aux EMS en raison de la surcharge de travail.

Organisations du secteur de la santé - fournisseurs de prestations

ASPS trouve que le Conseil fédéral doit régler la procédure de contrôle et de conciliation puisque celui-ci est également compétent en matière d'évaluations des soins requis. Si aucun accord n'est trouvé, le Conseil fédéral doit donc fixer la procédure après consultation des parties.

AVASAD soutient la prise de position de la **CDS**.

Senesuisse suggère qu'un comité dévolu aux questions tarifaires pourrait aussi s'occuper de la procédure de contrôle et de conciliation, si tant est qu'un tel comité soit créé.

Organisations du secteur de la santé - assureurs

Curafutura demande de supprimer l'article, car la procédure de contrôle et de conciliation est obsolète.

Autres organisations

BesaCare et **Qsys** regrettent l'absence d'un règlement clair fixant les compétences et la procédure relatives à la réalisation des études de temps et à la mise en œuvre des modifications entraînant des coûts qui résultent de ces études. Les fournisseurs de prestations, les assureurs et les cantons doivent donc fixer ensemble les procédures relatives à la réalisation et à la mise en œuvre de ces études et convenir d'une procédure de contrôle et de conciliation applicable à toute la Suisse. Ils doivent notamment se mettre d'accord sur la méthodologie utilisée, qui doit correspondre aux principes empiriques et statistiques reconnus. Si aucun accord ne peut être trouvé, le Conseil fédéral fixe les procédures relatives aux études de temps, au contrôle et à la conciliation après consultation des parties.

Il n'est actuellement pas possible de différencier, dans les systèmes d'évaluation des soins requis, les divers types de prestations, comme cela se fait dans le domaine ambulatoire. L'art. 8c, al. 4, doit donc porter uniquement sur ce dernier. S'il fallait réellement différencier, de manière superflue, les procédures de contrôle pour les EMS, il serait plus judicieux de faire porter cette distinction sur les niveaux de soins, à partir du niveau 3, par exemple.

Annexe : Liste des participants à la consultation³

Kantone und Fürstentum Liechtenstein / Cantons et Principauté de Liechtenstein / Cantoni e Principato del Liechtenstein

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'État du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'État du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna
BL	Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'État du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'État du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città
FR	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'État du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo
GE	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'État du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra
GL	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'État du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona

³Dans l'ordre alphabétique de leur abréviation en allemand.

GR	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'État du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni
JU	Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'État du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura
LU	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'État du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna
NE	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel
NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'État du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo
OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'État du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo
SG	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'État du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo
SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'État du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'État du canton de Schwytz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'État du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino

UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'État du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'État du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'État du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'État du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'État du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK)
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)
CDS	Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)
CLASS	Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales
SGV	Schweizerischer Gemeindeverband
ACS	Association des communes suisses
ACS	Associazioni comuni svizzeri
SSV	Schweizerischer Städteverband
UVS	Union des villes suisses
UCS	Unione delle città svizzere

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale / partiti rappresentati nell'Assemblea federale

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
FDP	FDP. Die Liberalen
PLR	PLR. Les Libéraux-Radicaux
PLR	PLR. I Liberali Radicali

SPS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz
PSS	Parti socialiste suisse
PSS	Partito socialista svizzero
SVP	Schweizerische Volkspartei
UDC	Union démocratique du Centre
UDC	Unione democratica di Centro

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft / associations faïtières de l'économie qui œuvrent au niveau national/ associazioni mantello nazionali dell'economia

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
CP	Centre Patronal
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB)
USS	Union syndicale suisse (USS)
USS	Unione sindacale svizzera (USS)
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband (SGV)
USAM	Union suisse des arts et métiers (USAM)
USAM	Unione svizzera delle arti e dei mestieri (USAM)

Liste der zusätzlichen Vernehmlassungsadressaten

Liste des destinataires supplémentaires

Elenco di ulteriori destinatari

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
<i>Cercles intéressés</i>	
<i>Associations de consommateurs</i>	
FRC	Fédération romande des consommateurs (frc)
<i>Organisations du secteur de la santé</i>	
<i>Fournisseurs de prestations</i>	
AFAS	Spitex Verband Fribourg

VFP AFG Akut	Akademische Fachgesellschaft Akutpflege des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft (VFP) Association suisse pour les sciences infirmières
ASPS	Association Spitex privée Suisse Association Spitex privée Suisse Associazione Spitex privée Suisse
AVASAD	Association Vaudoise d'aide et des soins à domicile Vaud
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri
Curacasa	Fachverband freiberufliche Pflege Schweiz Association suisse des infirmiers indépendants Associazione svizzera infermeri indipendenti
FAS	Fondation pour l'Aide et les Soins à domicile
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri
GVCMS	Groupement valaisan des Centres médico-sociaux (CMS) Walliser Vereinigung der sozialmedizinischen Zentren (SMZ)
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri
imad	Institution genevoise de maintien à domicile
IG Pflegefinanzierung CI Financement des soins	Interessengemeinschaft (IG) Pflegefinanzierung Communauté d'intérêts (CI) Financement des soins
LZCH	Langzeit Schweiz Soins de longue durée Suisse Cura die lungodegenza Svizzera
mfe	Haus- und Kinderärzte Schweiz Médecins de famille et de l'enfance Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera
pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti
SACD	Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino
SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)

ASI	Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI)
ASI	Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI)
SBK-AG/SO	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Sektion Aargau- Solothurn
ASI-AG/SO	Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Section Argovie-Soleure
ASI-AG/SO	Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI) Sezione Argovia-Soletta
SBK-BE	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Sektion Bern
ASI-BE	Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Section Berne
ASI-BE	Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI) Sezione Berna
SBK – NE-JU	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Sektion Neuchâtel Jura
ASI – NE-JU	Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Section Neuchâtel Jura
ASI – NE-JU	Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI) Sezione Neuchâtel Jura
ASI-SBK Sezione Ticino	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Sektion Tessin Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Section Tessin Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI) Sezione Ticino
SBK-ZH/GL/SH	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Sektion ZH/GL/SH
ASI-ZH/GL/SH	Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Section ZH/GL/SH
ASI-ZH/GL/SH	Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI) Sezione ZH/GL/SH
SBK-ZCH	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Sektion Zentralschweiz
ASI-SCH	Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Section Suisse centrale
ASI-SCH	Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI) Sezione Svizzera centrale
senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées
SKSZ	Spitex Kantonalverband Schwyz
Spitex Schweiz	Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio
	Spitex Verband Aargau
	Spitex Regio Arth-Goldau
Spitex Kanton Bern	Spitex Verband Kanton Bern

	Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile
SXBS	Spitex Basel
SVBL	Spitex Verband Baselland
Spitex Bregaglia	Centro sanitario Bregaglia Spitex
	Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal
Spitex OW	Spitex Obwalden
	Spitex RuLa
	Spitex Sattel-Rothenthurm
Spitex Verband SG/AR/AI	Spitex Verband der Kantone St. Gallen, Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden
	Spitex Verband Thurgau
	Spitex Uri
SVKS	Spitex Verband Kanton Solothurn
SPXZG	Spitex Verband Kanton Zug
SVKZ	Spitex Verband Kanton Zürich
Spitex Schaffhausen	Spitex Verband Kanton Schaffhausen
	Marion's Spitex
SNL	Swiss Nurse Leaders
svbg fsas fsas	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (SVBG) Fédération suisse des associations professionnelles du domaine de la santé (FSAS) Federazione Svizzera delle Associazioni professionali Sanitari (FSAS)
unimedsuisse	Universitäre Medizin Schweiz Médecine universitaire suisse Associazione medicina universitaria svizzera
VAKA	Vereinigung der aargauischen Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
VFP AFG Spitex Pflege	Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft, Akademische Fachgesellschaft Spitex Pflege
Psy moos	Psychiatriepflege Moossee
Assureurs	
Curafutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi

santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori malattia svizzeri
Patients/usagers	
Alzheimer Schweiz	Alzheimer Schweiz Alzheimer Suisse Alzheimer Svizzera
LL S LP CH LP CH	Lungenliga Schweiz (LLS) Ligue pulmonaire suisse Lega polmonare svizzera
SPO OSP OSP	Stiftung für Patientenschutz Organisation Suisse des Patients Organizzazione Svizzera dei Pazienti
SSR CSA CSA	Schweizerischer Seniorenrat (SSR) Conseil suisse des aînés (CSA) Consiglio svizzero degli anziani (CSA)
VAPP	Verein Ambulante Psychiatrische Pflege
VASOS FARES	Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfe-Organisationen der Schweiz (VASOS) Fédération des associations des retraités et de l'entraide en Suisse (FARES) Federazione associazioni dei pensionati e d'autoaiuto in Svizzera
Autres	
BesaCare	Besa Care AG
CT PLAISIR	Commission technique PLAISIR
LEP AG	LEP AG (Leistungserfassung in der Pflege), St. Gallen
QSys	Q-Sys AG