

14 mai 1998

**Recommandations sur l'application de la LAMal
dans le domaine des EMS
et des services d'aide et de soins à domicile**

*Adoptées par la Commission « Application de l'assurance-maladie »
et approuvées avec modifications par le comité directeur de la CDS*

	page
Partie A: Introduction	2
Partie B: Thèmes prioritaires	4
1. Etendue des prestations et financement	4
2. Planification intégrée pour les EMS et les services d'aide et de soins à domicile	5
3. Prescriptions d'admission et mandat	6
4. Détermination des soins requis	8
Partie C: Autres thèmes	11
1. Comptabilité par centre de charges	11
2. Statistiques	12
3. Qualité	13
4. Controlling	13

PARTIE A: INTRODUCTION

(A1) Le 15 septembre 1997, la Commission "Application de l'assurance-maladie" de la CDS, à l'appui des propositions de son groupe de travail "Services d'aide et de soins à domicile / Etablissements médico-sociaux"¹ a donné son accord pour la mise en consultation des présentes recommandations. Dans leurs réactions qu'ils ont fait parvenir jusqu'au 31 octobre 1997, les cantons ont fait part de leurs commentaires généraux et pris position sur certaines recommandations. Le secrétariat central de la CDS a compilé ces prises de position à l'attention du groupe de travail ad hoc qui les a condensées sous la forme du présent document.

(A2) Dans leurs prises de position, les cantons préconisent la concentration des recommandations sur les chapitres 3 (prestations) et 4 (fournisseurs de prestations) de la LAMal et sur les articles correspondants de l'ordonnance sur l'assurance-maladie.

(A3) Les dispositions de la LAMal relatives à la planification visent à assurer des soins stationnaires et ambulatoires quantitativement et qualitativement suffisants et qui soient en même temps économiques et efficaces. A cet effet elles règlent la responsabilité des cantons. La répartition des tâches à l'intérieur des cantons, notamment entre le canton et les communes, n'en est pas touchée. Elle diffère d'un canton à l'autre; on perçoit toutefois deux tendances générales: d'un côté, dans le groupe représenté essentiellement par la Suisse romande mais aussi par Bâle-Ville par exemple, le canton assume un rôle actif de planification et de conduite tant pour les prestations stationnaires qu'ambulatoires; dans l'autre groupe, comprenant la plupart des cantons alémaniques et pour le moment le Tessin, le domaine des soins de longue durée est plus ou moins largement confié aux communes.

(A4) Les cantons ont également édicté des réglementations différentes en ce qui concerne le financement. Ces dernières années, dans le domaine des soins de longue durée en milieu stationnaire, plusieurs d'entre eux ont passé du financement lié à l'institution au financement lié à la personne. Dans ce cas-là, les résidents des EMS assument eux-mêmes le surplus des coûts allant au-delà des prestations versées par l'assurance-maladie. S'ils ne peuvent s'en acquitter, le financement de leur séjour en EMS sera assuré, en fonction de leur revenu, par des contributions qui s'ajoutent aux prestations complémentaires.

(A5) Au 1^{er} janvier 1998 sont entrées en vigueur, aussi bien au niveau de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) que de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), diverses modifications qui revêtent une importance particulière pour le domaine de l'aide et des soins à domicile et celui des EMS. Elles concernent en particulier les tarifs, la détermination des besoins et l'étendue des prestations et ont fait l'objet d'un commentaire, lors de la consultation, respectivement par les cantons et par la CDS.

(A6) Sur intervention de la CDS et de plusieurs cantons, le Département fédéral de l'intérieur a, par décision du 18.12.1997, modifié l'alinéa 3 de l'article 7 nouvellement créé par modification de l'OPAS du 8 juillet 1997. Cet alinéa stipule à présent: "Les frais généraux d'infrastructure et d'exploitation ne sont pas pris en compte lors de l'établissement des

¹ Composition du groupe de travail: Walter Bachmann (LU, président), Daniel Conne (NE), Hansjörg Dürst (GL), Jan Guillaume (BE), Marcel Hofer (VD), Urs Roth (BS), Catherine Schaffner (VD), Ernst Schätti (BE), Hansruedi Schönenberg (ZH), Pierre de Herdt (CDS), Günther Latzel (Brains, conseiller externe)

coûts des prestations." La deuxième phrase de cet alinéa de la version du 8 juillet 1997: "Ils (les frais généraux d'infrastructure et d'exploitation) ne peuvent être mis à la charge ni de l'assurance ni de l'assuré" a été rayée au motif qu'en procédant de la sorte, on ne remet pas en question la protection tarifaire garantie par le droit de l'assurance-maladie.

(A7) S'agissant du financement lié à la personne, le risque que des cantons n'entrent en conflit avec les dispositions relatives à la protection tarifaire s'en trouve amoindri, mais il ne subsiste pas moins notamment lorsque la Confédération est amenée à fixer par voie d'ordonnance des tarifs cadres qui ne suffisent pas à couvrir les coûts totaux.

(A8) Ces explications liminaires suffisent à montrer que la LAMal, s'agissant des prestations et de leur financement, renferme des incertitudes et même des contradictions. A l'instar de l'article 7 al. 3 OPAS, on ne parviendra pas à y remédier à l'aide de correctifs ponctuels et il pourrait même s'ensuivre une nouvelle confusion.

(A9) Les recommandations énoncées dans ce document sont structurées par thèmes. Les problèmes jugés prioritaires figurent en première partie. Bien que l'on vise une approche globale, on émet ici ou là des recommandations distinctes concernant les EMS et les services ambulatoires. D'une part, cela est dû en partie à une interprétation différente des notions utilisées et, d'autre part, au fait que l'on ignore encore s'il est réellement judicieux d'assimiler financièrement les deux domaines. Seul l'art. 50 LAMal prescrit que les mêmes prestations sont remboursées pour les soins ambulatoires et pour les soins stationnaires. Sinon, la loi fait une distinction entre les deux domaines.

(A10) Dans le domaine des soins de longue durée, davantage encore que dans celui des soins aigus, il convient de relever qu'avec ces recommandations on ne fait que franchir une première étape d'un long processus de planification et d'harmonisation. Au cours des dernières années, les cantons et les communes ont introduit des améliorations substantielles en ce qui concerne les patients nécessitant des soins de longue durée. L'excellente couverture de notre pays en soins stationnaires et ambulatoires de longue durée, malgré une responsabilité fortement décentralisée, incite à une planification à la fois prudente et graduelle, accompagnée d'une évaluation minutieuse et continue.

PARTIE B: THEMES PRIORITAIRES

1. Etendue des prestations et financement

(B1) Selon l'art. 24ss LAMal, les assureurs-maladie prennent en charge à 100% les coûts imputables, à l'exception de la franchise et de la quote-part. Le législateur avait envisagé de transférer le financement des soins des cantons et des communes sur les assureurs-maladie et de le couvrir par un subside de 650 millions de francs. Or il apparaît que les estimations effectuées en son temps étaient beaucoup trop basses et qu'il faut compter, du côté des assureurs-maladie, avec des charges se montant au double, voire même au triple de la somme estimée.

(B2) Les assureurs-maladie demandent un correctif en ce sens qu'ils veulent limiter leurs prestations à un financement partiel. La loi ne prévoit pas de participation des assurés aux coûts au-delà de la franchise et de la quote-part (cf. art. 64, participation aux coûts), ni une participation financière des cantons ou des communes. Afin de trouver des solutions appropriées, des négociations entre tous les milieux concernés ont eu lieu dans le cadre d'un groupe de travail constitué par l'OFAS au printemps 1997. Les résultats des délibérations de ce groupe de travail, qui a terminé son mandat en été 1997, ont pour partie été repris dans les modifications d'ordonnances arrêtées les 8 juillet 1997 (modification des articles 7 à 9 de l'OPAS), 17 septembre 1997 (modification des articles 9, 51, 52 et 59 de l'OAMal), 18 septembre 1997 (introduction d'un nouvel article 9a de l'OPAS) et 18 décembre 1997 (adaptation de l'article 7.3 OPAS). Les modifications essentielles, concernant le financement des prestations fournies par des EMS et des services d'aide et de soins à domicile, ont consisté en :

- la fixation par le DFI de tarifs-cadre pour la prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire
- la détermination préalable des soins requis et le contrôle de l'adéquation et du caractère économique des prestations
- la mise en place d'une procédure de contrôle et de conciliation pour les prestations de soins à domicile (seuil de contrôle de 60 heures de soins par trimestre).

(B3) Par rapport à ces modifications d'ordonnances, l'optique des cantons est la suivante:

- La **protection tarifaire fixée à l'article 44 LAMal** doit se limiter strictement aux prestations assurées effectivement par l'assurance-maladie. On ne saurait charger les fournisseurs de prestations ou les pouvoirs publics de la différence entre le coût effectif des prestations de soins fournies et le tarif de l'assurance-maladie. Dans la mesure où un système de subventionnement lié à la personne a été adopté, la réintroduction d'une subvention généralisée s'avérerait non économique et antisociale.
- Le principe selon lequel **l'assurance-maladie obligatoire couvre le coût total des soins** doit être maintenu et doit être réalisé à moyen terme. Des dérogations à ce principe ne sont acceptables qu'à titre transitoire. La recherche éventuelle de nouvelles solutions durables devra de toute façon obéir au principe de la neutralité des coûts pour les cantons.

(B4) le Concordat des assureurs-maladie suisses et la CDS ont manifesté certaines réticences à propos de l'institution d'une « procédure de contrôle et de conciliation commune » destinée à vérifier le bien-fondé des soins requis ainsi qu'à contrôler l'adéquation et le caractère économique des prestations conformément au nouvel article 8a OPAS. Il s'agit de convenir de solutions entre les partenaires conventionnés qui permettent de vérifier la détermination des besoins de manière efficace, tout en évitant la mise en place de nouvelles procédures et structures trop lourdes.²

Recommandation 1

Pour les soins à domicile, les cantons acceptent provisoirement la valeur indicative de 60 heures par trimestre comme seuil de contrôle. Etant donné qu'au vu de l'expérience faite jusqu'à présent elle devrait être supérieure si l'on veut éviter des frais administratifs inutiles, il y aura lieu de réexaminer cette même valeur. A cet effet les cantons établissent les données requises conjointement avec les organisations d'aide et de soins à domicile et les assureurs, de manière à fixer définitivement la valeur indicative.

2. Planification intégrée des EMS et des soins à domicile

(B5) Les prestations d'aide et de soins, stationnaires ou ambulatoires, fonctionnent en vases communicants. La demande de places d'hébergement en milieu stationnaire dépend, entre autres, de l'extension des services ambulatoires. Tant l'adéquation des besoins - en clair, le bénéfice escompté pour le client - que l'engagement des moyens ne peuvent être optimisés que si une collaboration étroite s'instaure entre les services stationnaires et les services ambulatoires, dont l'offre sera optimisée en vertu du système "Balance of care". De nombreuses communes sont trop petites pour former des unités économiquement optimales. C'est pourquoi il est recommandable de constituer des régions de planification dépassant le cadre des frontières communales. Cela peut se réaliser à travers la planification cantonale ou par le regroupement de certaines communes en syndicats intercommunaux, à l'instar de ce qui se fait actuellement déjà dans le secteur stationnaire.

(B6) Dans les cantons il n'y a pas de pratique uniforme en matière de coordination et de planification du développement des deux domaines; la LAMal n'oblige les cantons à planifier que dans le domaine stationnaire. Suivant les compétences, elle laisse par conséquent aux cantons le soin de recommander à quel niveau l'offre doit être optimisée.

² Une lettre conjointe du président du CAMS et du secrétaire central de la CDS adressée à la cheffe du DFI le 19.12.1997, mais surtout une circulaire du CAMS du 18.12.1997 adressée aux fédérations cantonales des assureurs-maladie avaient été considérées comme trop négatives; la position du CAMS et de la CDS a été précisée dans une nouvelle circulaire du 20.4.1998 adressée aux fédérations cantonales des assureurs-maladie et aux départements cantonaux de la santé.

Recommandation 2

Par leurs propres mesures de planification ou par délégation des tâches correspondantes aux communes, les cantons veillent à une optimisation, conforme aux besoins, de l'offre de services stationnaires et ambulatoires.

3. Dispositions relatives à l'admission et mandatDéfinitions

(B7) La modification de l'article 51, let. b-e de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 17 septembre 1997 a clarifié les choses dans la mesure où la notion de "mandat" y a été supprimée. Il est par conséquent évident, d'une part, que les organisations voulant offrir des services d'aide et de soins à domicile n'ont pas besoin de mandat des pouvoirs publics, c'est-à-dire du canton ou des communes, suivant la réglementation cantonale. D'autre part, la lettre a de cet article demeure inchangé, stipulant que les organisations "sont admises en vertu de la législation du canton dans lequel elles exercent leur activité". Ainsi, la nouvelle notion de "champ d'activité", qui remplace celle de "mandat", requiert quant à elle une définition ou du moins des critères permettant de constater si une organisation est admise.

(B8) Pour les EMS, la notion de "mandat" est maintenue à l'art. 39 LAMal. Elle ne correspond pas à la notion usuelle de mandat au sens d'une convention ou d'un contrat passé entre un mandant (canton, commune) et un fournisseur de prestations sur une prestation définie concrètement (genre, étendue, quantité, qualité, portée géographique, prix, etc.).

Recommandation 3

Les cantons conviennent d'une terminologie définissant clairement les notions utilisées dans la LAMal:

Admission (selon la LAMal):

Les institutions ou organisations qui remplissent cumulativement les critères a – e de l'art. 39 LAMal pour les EMS, et les critères a – e de l'art. 51 OAMal pour les services ambulatoires, sont autorisées selon la LAMal à facturer des prestations OPAS au titre de l'assurance-maladie.³

³ "Etre admis selon la législation du canton" (cf. art. 51 al. a OAMal) a différentes significations selon les cantons: p. ex. admission en matière de police sanitaire, admission selon la planification, droit au subventionnement, etc..

Mandat (selon la LAMal):

Admission de homes dans la liste cantonale des EMS, respectivement dans des instruments cantonaux analogues pour les services ambulatoires. Le canton reconnaît de cette façon que les prestations (ou certaines d'entre elles) d'une institution ou organisation correspondent à un besoin. L'institution ou organisation se voit ainsi autorisée à facturer des prestations au titre de l'assurance-maladie sociale.⁴

Un droit aux subventions ne découle ni de l'admission ni du mandat selon la LAMal. Suivant les cantons, ce droit s'appuie sur des lois ou conventions spéciales.

Harmonisation

(B9) Les prescriptions d'admission servent à assurer la qualité minimale donnant droit à la couverture des prestations fournies par les assureurs-maladie ou les pouvoirs publics. Il est évident qu'avec les prescriptions d'admission qui diffèrent d'un canton à l'autre, on ne parviendra pas à atteindre l'équivalence recherchée. Cet aspect tient compte du fait que les soins de longue durée, malgré les structures différentes des cantons, se sont développés considérablement au cours des dernières années. En conséquence, il faudra fixer un cadre ainsi que des normes minimales sur le plan suisse. De leur côté, les cantons ont à déterminer la procédure et ils ont toujours la possibilité d'aller au delà des normes minimales.

(B10) On a besoin de prescriptions d'admission uniquement pour les soins et pour les prestations médicales et thérapeutiques, et non pas pour les prestations hôtelières ou pour les travaux ménagers (dans le secteur ambulatoire). Les dispositions de la LAMal suffisent à cet effet: en particulier les art. 39 (Hôpitaux et autres institutions), 50 (Conventions tarifaires avec les établissements médico-sociaux), 56 (Caractère économique des prestations), 58 (Garantie de la qualité) et 51 OAMal pour les organisations d'aide et de soins à domicile. Il existe toutefois un intérêt évident à obtenir une certaine équivalence aussi dans les domaines qui ne sont pas réglementés par la LAMal.

Recommandation 4

Les cantons harmonisent leurs prescriptions d'admission au niveau national.

(B11) Pour formuler et imposer les prescriptions d'admission, les difficultés sont plus

⁴ Cf. Recommandations de la CDS concernant la planification hospitalière du 12.3.1997, partie C: Liste des hôpitaux et liste des EMS.

Afin d'éviter des confusions, le groupe de travail "Soins à domicile et établissements médico-sociaux" a proposé de remplacer la notion de "mandat" selon la LAMal par "descriptif de la prestation" ou par une définition du champ d'activité.

De toute façon, la notion de "mandat" selon la LAMal ne correspond pas à la notion usuelle de mandat au sens d'une convention ou d'un contrat passé entre un mandant (canton, commune) et un fournisseur de prestations sur une prestation définie concrètement (genre, étendue, quantité, qualité, portée géographique, prix, etc.).

grandes du côté des services ambulatoires que du côté des EMS. Cela est dû à l'hétérogénéité des services d'aide et de soins à domicile, même si l'on se limite aux prestations de soins. Pour l'heure, il n'y a pas de pratique uniforme en dehors des qualifications professionnelles minimales.

Recommandation 5

D'entente avec l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile, les cantons définissent la notion de "champ d'activité" et les normes minimales auxquelles une organisation doit répondre selon les critères b-e de l'art. 51 OAMal pour être admise selon la LAMal.

(B12) Contrairement aux EMS, la LAMal ne prévoit pas de planification dans le secteur ambulatoire, mais elle veut ouvrir un marché. La planification et le marché ne sont pas forcément antinomiques. Tous les deux sont des instruments permettant d'atteindre le but supérieur qui est d'assurer aux clients des prestations conformes aux besoins et à des conditions économiques. C'est précisément en quoi consiste le mandat des cantons en matière de couverture sanitaire, mandat qui ne peut pas vraiment être accompli sans planification. La LAMal étaye d'ailleurs cette hypothèse dans la mesure où elle stimule le marché tout en prévoyant que les organisations d'aide et de soins à domicile doivent être "admises". Les cantons peuvent soit remplir eux-mêmes leur mandat, soit le déléguer. Ils devront de toute manière veiller à ce que des conventions (contrats) soient conclues au niveau opérationnel avec les institutions et organisations stationnaires ou ambulatoires qui ont reçu un mandat selon la LAMal concernant les prestations définies concrètement (genre, étendue, quantité, qualité, portée géographique, prix, etc.) et leur rémunération. En outre, il convient de trouver des formules appropriées afin de tenir compte, dans l'optimisation de l'offre, des établissements privés ou des infirmières indépendantes travaillant dans le domaine des soins ambulatoires.

(B13) Dans un système de marché, beaucoup de gens en moyenne très âgés qui ont besoin d'aide et de soins seraient dépassés par les événements ou à la merci des fournisseurs de prestations. En tout cas, contrairement aux autres (vrais) marchés, le volume et la qualité des prestations n'en seraient guère influencés par le jeu de l'offre et de la demande. Pour cette raison il s'agirait d'examiner la mise en place d'un Case Management qui aide les personnes nécessitant des soins stationnaires ou ambulatoires dans leur choix d'un ou de plusieurs fournisseurs de prestations et qui, grâce à une bonne maîtrise du marché, veille à ce que soient privilégiées des offres se caractérisant par leur qualité, leur adéquation aux besoins et leur économicité.

4. Détermination des soins requis

(B14) La détermination des soins requis, devenue obligatoire par la modification de l'OPAS du 3 juillet 1997, présente deux aspects: d'une part, un aspect qualitatif pour juger de la légitimité du besoin de l'offre; d'autre part, un aspect planificateur, car le besoin en soins est une variable déterminante pour la planification dans le domaine de la santé.

Dans le domaine des soins de longue durée, le besoin est à la fois plus simple et plus difficile à déterminer que dans celui des soins aigus. Plus simple, parce que l'éventail des prestations est plus réduit (ce qui pourrait toutefois changer à l'avenir avec l'évolution de la gériatrie); plus difficile, parce que la majorité des patients présentent une morbidité multiple qui, suivant son ampleur mais aussi en fonction de l'environnement social, peut engendrer un besoin très variable en soins.

(B15) Jusqu'à ce jour, la planification ne s'est guère appuyée sur les soins requis, faute d'instruments appropriés pour les déterminer. A l'aide d'instruments tels que "BAK" ou "BESA", on détermine les soins donnés. Ces données sont effectivement importantes en liaison avec la facturation des prestations. Mais elles se prêtent moins à l'usage comme base de planification, car la situation et l'offre de prestations diffèrent à ce point d'un établissement à l'autre que des comparaisons entre les diverses institutions sont pratiquement impossibles.

(B16) Cela incite à changer de système. On ne peut toutefois guère imaginer que toute la Suisse parvienne à s'accorder sur un instrument. Mais il convient pour le moins de faire en sorte que tous les cantons adoptent le même système de base (détermination des besoins). En Suisse romande, la méthode PLAISIR⁵ a été testée avec succès et est désormais appliquée de manière générale par Genève, le Jura, Neuchâtel et Vaud. Mise à part cette méthode, il existe d'autres instruments éprouvés qui répondent aux exigences, en particulier le RAI-RUG⁶ et la planification des besoins pour les services d'aide et de soins à domicile du canton de Zurich. D'autres méthodes peuvent encore entrer en ligne de compte, mais elles doivent remplir certaines exigences minimales. Ce qui importe en tout cas, c'est qu'elles reposent sur les besoins et définissent les prestations à fournir en fonction de ces mêmes besoins. Ce faisant, elles servent en même temps de base au controlling et permettent de procéder à des comparaisons au-delà des institutions elles-mêmes. Pour autant qu'elles n'en deviennent pas trop lourdes, on fera en sorte que des méthodes compatibles aussi bien pour le domaine ambulatoire que pour le domaine stationnaire puissent être utilisées.

Recommandation 6

D'une manière générale, les cantons passeront au cours des prochaines années de la détermination des prestations fournies à la détermination des prestations nécessaires, respectivement des soins requis.

(B17) L'un des buts importants du relevé des besoins consiste à établir des grilles quantitatives qui garantissent d'une part que les prestations de soins nécessaires soient apportées et, d'autre part, qui veillent à empêcher toute augmentation indésirable du volume des prestations. L'application des grilles quantitatives laisse apparaître des différences entre les domaines stationnaire et ambulatoire:

- Dans les EMS, on peut former des catégories de patients en fonction des besoins, auxquelles sont imputées certaines charges en soins qui permettent de calculer les coûts. Les experts s'accordent à dire que pour attribuer et calculer des prestations en EMS

⁵ Cf. CRASS: Projet CHORUS - test de la méthode PLAISIR

⁶ Cf. Brant E. Fries et al., Resident Assessment Instrument, RAI, Edition en français par ME-Ti SA, Carouge

conformes aux besoins, il faut créer au moins 8 catégories, c'est-à-dire nettement plus que les trois ou quatre catégories usuelles.

- Par rapport aux EMS, la situation dans le domaine ambulatoire est différente pour pratiquement chaque personne prise en charge. L'environnement (logement, famille, proches, etc.) joue en particulier un rôle primordial pour déterminer le genre et la quantité des soins de base correspondant aux besoins. Dans le domaine ambulatoire, il n'est donc pas possible de répartir les personnes traitées par "catégories de soins" si l'on veut que les prestations soient efficaces, adéquates et économiques. En guise de solution de rechange, on peut procéder à une facturation à la prestation, mais cette manière de faire est très compliquée et d'ailleurs difficilement contrôlable. Une meilleure solution est celle qui consiste à combiner le budget-temps et le tarif au temps.

Recommandation 7

Vu les différences existant d'un canton à l'autre, les cantons devraient activer le processus dans deux directions:

- Dans le domaine stationnaire, il convient de mieux différencier les niveaux de soins.
- Dans les domaines stationnaire et ambulatoire, les divers systèmes devraient être compatibles les uns avec les autres sur le plan national. Si les cantons optent pour des systèmes différents, ils devront élaborer des critères auxquels les instruments visant à déterminer les besoins devront répondre pour être reconnus.

PARTIE C: AUTRES THEMES

1. Comptabilité par centre de charges

(C1) Indépendamment de la question de savoir qui prend en charge les coûts, on a besoin d'une comptabilité par centre de charges qui saisisse et ventile de manière transparente tous les coûts totaux. De plus, cette comptabilité par centre de charges doit reposer sur la planification des besoins. Les travaux de base à cet effet ont été accomplis, et l'on peut choisir entre divers modèles de comptabilité par centre de charges. Il s'agirait d'élaborer une conception permettant de produire des données comparables pour toutes les institutions stationnaires et ambulatoires.

Recommandation 8

Dans le domaine ambulatoire, les cantons s'accordent sur un modèle de comptabilité par centre de charges reposant sur les instruments de planification des besoins et tenant compte des dispositions fédérales.

(C2) Du point de vue juridique, la recommandation d'utiliser le même modèle de base d'une comptabilité par centre de charges pour les services stationnaires et ambulatoires se réfère à l'art. 50 LAMal qui prévoit que les mêmes prestations sont remboursées pour les EMS comme pour les soins ambulatoires. Par son contenu, cette recommandation vise à ce que soient produites les mêmes données pour toutes les institutions stationnaires comme ambulatoires et que soient utilisées les mêmes dénominations et formules de calcul pour les comptes les plus importants.

(C3) Cette recommandation part de l'idée que faute d'accord des cantons sur un modèle ou du moins sur certains modèles compatibles les uns avec les autres, l'OFAS risque d'imposer un modèle de comptabilité par centre de charges en guise de substitution.

(C4) L'état actuel de la comptabilité dans les soins ambulatoires varie d'un canton à l'autre, voire même d'un service d'aide et de soins à domicile à l'autre, et nécessite d'une façon générale un développement important. Pour cette raison on propose une procédure progressive en vue d'appliquer la recommandation 9.

Recommandation 9

Comme condition d'admission minimale, les cantons exigent des fournisseurs de prestations qu'ils reprennent le "Modèle de base d'une comptabilité analytique/Tableau de répartition des charges (TRC) dans les établissements médico-sociaux" de la Conférence active "Homes médicalisés" de H+.

(C5) Le "modèle de base" est de loin le modèle le plus répandu de la comptabilité par

centre de charges; il s'agit d'une version minimale. Les établissements qui utilisent déjà la comptabilité par centre de charges de H+ devront bien entendu le faire aussi à l'avenir. Les EMS et les services d'aide et de soins à domicile qui utilisent un autre système pourront continuer à l'utiliser, pour autant qu'il soit compatible avec la comptabilité par centre de charges de la Conférence active "Homes médicalisés" de H+.

Recommandation 10

Les cantons favorisent l'intégration du modèle de comptabilité par centre de charges de H+ ainsi que des résultats du Groupe de travail "Aide et soins à domicile - Statistiques" du GRSP/GRAS, de façon que le modèle soit applicable indifféremment au domaine des soins stationnaires ou ambulatoires.

2. Statistiques

(C6) Il est inutile de rappeler qu'il existe une pénurie de données fiables. Le but est de faire en sorte que les relevés statistiques des cantons, de la Confédération et des caisses-maladie soient coordonnés dans le domaine des "établissements de santé non hospitaliers". A moyen terme, il faut pouvoir disposer de données actualisées, fiables et comparables dans les domaines ambulatoire et stationnaire. Les bases existantes seront développées conformément aux exigences de la LAMal.

Recommandation 11

Pour les EMS, les cantons reprennent les "Statistiques des établissements de santé (soins intra-muros)" de l'Office fédéral de la statistique et, pour le secteur ambulatoire, le recueil des données de base concernant les soins à domicile (GDS) de l'Office fédéral des assurances sociales.

La prochaine phase de développement vise à mettre en liaison de manière centralisée les données sur les clients, les prestations et les coûts comme l'exige l'application de la LAMal.

(C7) Le projet de l'OFS est déjà si avancé que des modifications de nature fondamentale ne peuvent plus guère être apportées. En attendant de disposer de statistiques intégrées, on tentera par conséquent au cours des prochaines années d'élaborer les informations requises en mettant en liaison les statistiques disponibles avec les données de la comptabilité par centre de charges, ou avec les relevés administratifs effectués par l'OFAS se basant sur les factures des assureurs-maladie.

(C8) Les responsables cantonaux des soins à domicile et l'OFAS se sont accordés sur le recueil des données de base qui devra obligatoirement être utilisé dès 1997 par tous les organes responsables de l'aide et des soins à domicile s'ils veulent prétendre aux subventions fédérales selon l'art. 101bis LAVS. Par ailleurs, les cantons ont donné leur accord de principe pour que le recueil soit aussi appliqué aux autres organes responsables (en particulier publics) ou, à tout le moins, qu'il serve de base pour effectuer leurs propres relevés. Il est prévu de combiner ces données avec celles relatives aux prestations de l'assurance-maladie. La statistique de l'aide et des soins à domicile n'en est encore qu'à ses débuts. Au cours des prochaines années, il va falloir apporter des améliorations aussi bien au recueil des données de base qu'à la pratique des services d'aide et de soins à domicile (du remplissage des questionnaires jusqu'à leur dépouillement).

3. Qualité

(C9) Dans le domaine de la garantie et de la promotion de la qualité, de nombreuses activités sont actuellement déployées aussi bien dans le secteur stationnaire qu'ambulatoire à divers niveaux. Elles vont parfois passablement au-delà des démarches prévues, pour les années 1997 à 1999, par la lettre conjointe de l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile et du Concordat des assureurs-maladie suisses du 4 juin 1997. Tout comme l'association et le Concordat, la CDS approuve une procédure graduelle, mais renonce toutefois à freiner l'action des institutions et organisations d'ici à l'an 2000, lorsque la discussion sur les systèmes de garantie de la qualité s'ouvrira.

(C10) Divers instruments ou systèmes entrent en ligne de compte pour garantir la qualité. Le choix d'un seul système de garantie de la qualité applicable pour toute la Suisse ne pourrait guère s'imposer. Afin de satisfaire tout de même aux exigences de la LAMal, il faut pour le moins connaître les critères d'après lesquels la qualité d'une institution est évaluée .

Recommandation 12

Les cantons renforcent l'obligation prescrite à l'art. 58 LAMal de garantir systématiquement la qualité. Ils conviennent avec les fournisseurs de prestations et les assureurs de l'adoption et du développement d'instruments appropriés (le moins possible!) de garantie et de promotion de la qualité. De même, ils s'accordent sur les critères que doit remplir un tel instrument pour être reconnu.

4. Controlling

(C11) L'autorité cantonale doit se limiter au controlling stratégique (garantie de la couverture sanitaire, balance of care, etc.). Au niveau opérationnel, un instrument centralisé ne conviendrait guère aux divers organes responsables et risquerait de passer à côté du besoin du client. Les indicateurs n'en seront pas moins fixés en commun, afin de créer

des conditions claires et équivalentes pour les fournisseurs de prestations et de permettre des comparaisons. Vu le nombre important de fournisseurs de prestations hétérogènes, seul un nombre restreint d'instruments simples peuvent être appliqués dès lors qu'il s'agit de garantir un rapport favorable entre les charges du controlling et ses bénéfices.

Recommandation 13

Les cantons limitent le controlling au niveau stratégique. Ils s'accordent entre eux sur les indicateurs qu'ils entendent utiliser en tant qu'outils de gestion.

(C12) Nombre de services d'aide et de soins à domicile, mais aussi d'EMS, respectivement leurs organes responsables, ne sont pas encore prêts - délibérément ou pour des raisons d'organisation - à introduire un controlling digne de ce nom. Par conséquent, durant une période transitoire, les cantons devraient passer un "contrat de confiance" avec les institutions et organisations. On évite ainsi des charges inutiles que les cantons ne sont plus guère en mesure d'assumer.

Recommandation 14

Les cantons soutiennent les institutions et organisations des soins stationnaires ou ambulatoires, respectivement leurs organes responsables, lors de l'élaboration des instruments de controlling sur le plan opérationnel. Ils fixent des exigences minimales qui englobent également les indicateurs supracantonaux, afin de garantir dans toute la mesure du possible la comparabilité.

Recommandation 15

Durant une période transitoire, les cantons se concentrent sur le controlling des "cas critiques". Ce faisant, ils contribuent dans un premier temps à faire en sorte que les fournisseurs de prestations qui dépassent les limites admises soient appelés à se justifier. Du même coup ils favorisent la compréhension du controlling au niveau opérationnel.