



## Nouvelle réglementation du financement des soins de longue durée

### Principes fondamentaux d'un modèle consensuel

#### 1 Préliminaires

S'agissant de la transparence des coûts dans le domaine des soins de longue durée, la LAMal prévoit un financement intégral par l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les tarifs-cadre s'appliquent à défaut d'une comptabilité analytique transparente et unifiée. Etant donné que les prestataires satisfont de plus en plus aux exigences applicables à une comptabilité unifiée et transparente en vertu des dispositions de l'OCP, les assureurs craignent une flambée des coûts à hauteur d'un milliard de francs. Pour éviter d'en arriver là, le Parlement a gelé durant sa session d'automne 2004 les tarifs en vigueur jusqu'à fin 2006 au plus tard. D'ici là le financement des soins de longue durée devra être révisé.

La CDS avait exigé que la protection tarifaire selon l'art. 44 LAMal s'applique uniquement aux tarifs en vigueur. Or la réglementation urgente du Parlement n'a pas été prise en compte.

Le Conseil fédéral a mis en consultation deux modèles (A et B) dans le cadre de la nouvelle réglementation du financement des soins de longue durée. La CDS a donné sa réponse par courrier du 23.8.2004. Elle a retenu le modèle B qui fait une distinction entre soins aigus et soins de longue durée, moyennant quelques propositions de modification. Quant au modèle A, qui fait une distinction entre situations de soins simples et complexes ainsi qu'entre soins de base et soins thérapeutiques, elle l'a rejeté au motif qu'il est inapplicable en pratique.

Le projet du message du Conseil fédéral devrait faire une distinction entre **soins de base et soins thérapeutiques**. Par la voie d'une déclaration commune au chef du département, la CDS et des associations de prestataires de renom ont affirmé que cette distinction engendrerait une situation chaotique au niveau de l'application et qu'il serait judicieux de faire une distinction entre **soins aigus et soins de longue durée**, les modalités restant à définir. L'OFSP a été invité à reconsidérer l'orientation générale du message du Conseil fédéral.

Les autres **objectifs** de la révision demeurés pratiquement incontestés sont les suivants:

- Le nouveau modèle doit coordonner les remboursements en y intégrant tous les agents financeurs (cantons et communes, assurances sociales, assurance-maladie, assurés participant eux-mêmes aux coûts).
- Ce faisant, il s'agirait de laisser pratiquement telles quelles les parts de financement actuelles.
- La mise en oeuvre doit être simple, afin de minimiser les risques de conflits juridiques.
- Les incitations à une fourniture des soins avantageuse (ambulatoire et hospitalière) devront être fixées correctement.
- Le remboursement se fonde sur une facturation des coûts totaux des prestataires.
- La contribution des assureurs doit être fixée en pour cent dans la loi et, dans l'ordonnance, définie en francs par niveau de soins et adaptée périodiquement à l'évolution des coûts.



Il convient de partir du fait que la plupart des objectifs susmentionnés peuvent être atteints compte tenu de la distinction qui est faite actuellement en pratique entre les prestations de soins fournies à l'hôpital et celles fournies ambulatoirement ou comme soins à domicile, principe auquel les principaux partenaires de la santé et les assureurs sont en mesure de souscrire comme constituant une amélioration.

Certes, un consensus ne saurait être obtenu sur tous les points. Toutefois, les exigences plus pointues et les récriminations qui seront encore émises devraient subsister indépendamment du modèle qui fait une distinction en fonction des critères (institutionnels) liés aux prestataires.

## 2 Principes fondamentaux d'un modèle consensuel qui faisait jusque-là une distinction en fonction des prestataires

Un modèle qui fait une distinction entre, d'une part, les prestations de soins fournies à l'hôpital et, d'autre part, celles fournies ambulatoirement dans un EMS ou comme soins à domicile, s'inspire en substance du statu quo et comporte les éléments-clé suivants :

- Les assureurs-maladie versent uniquement une **contribution** aux prestations de soins fournies dans un EMS. Ne sont pas comprises des indemnités pour investissements. Les prestations de soins dans l'ambulatoire ou à domicile sont rémunérées à cent pour cent par l'assurance-maladie. Ainsi, on n'a pas besoin de nouvelle délimitation définitive dans la loi ou dans les ordonnances.<sup>1</sup>
- S'agissant des volumes totaux de financement, la contribution des assureurs correspond approximativement par définition au **statu quo**.
- La contribution est fixée en **pour cent** des coûts imputables standardisés.
- Les **tarifs applicables** au niveau national sont fixés de manière unifiée sur la base de la contribution des assureurs-maladie en pour cent des coûts standardisés, par niveau de soins et pour les deux catégories de prestataires (c'est-à-dire différemment pour les EMS et les organisations d'aide et de soins à domicile). Sert de base au calcul tarifaire (benchmarking) la structure moyenne des coûts de prestataires sélectionnés représentatifs (établissements de référence, p. ex. 15-25 respectivement). Il existe ici des affinités avec le financement DRG en hôpital de soins aigus. De plus, tous les prestataires sont incités à baisser leurs coûts au niveau de ceux des « établissements de référence » ; les différents établissements de référence eux-mêmes n'en sont évidemment pas exclus.
- Les tarifs sont adaptés périodiquement (chaque année) à **l'évolution des coûts** dans le domaine des soins de longue durée. A son tour, le renchérissement dans les EMS et les organisations d'aide et de soins à domicile est déterminé à l'appui des structures de coûts standardisées, par niveau de soins et catégorie de prestataires.
- Les autres frais de soins en EMS sont facturés aux **personnes nécessitant des soins**. On admet à cet égard qu'il pourra être tenu compte des prestations des assurances sociales (AVS, AI, allocation pour impotent) qui ne dépendent pas des besoins.
- Pour décharger davantage les bénéficiaires de prestations d'aide et de soins à domicile, il est envisageable de prévoir pour les personnes à domicile une **allocation pour impotent de faible degré** venant s'ajouter à **l'AVS**. Financièrement, le principe « l'ambulatoire prime l'hospitalisation » est ainsi souligné.

<sup>1</sup> C'est pourquoi un nouveau modèle n'est proposé qu'avec réserve, étant donné que, outre la réglementation légale actuelle, le modèle B délimitant temporellement les soins aigus et les soins de longue durée s'oriente finalement aussi d'après les variables subsidiaires liées aux institutions. Le plus simple est de mettre en lien la notion des soins de longue durée utilisée et définie dans le modèle B avec les organismes responsables, c'est-à-dire que les prestations de soins de longue durée sont l'apanage des EMS et des organisations d'aide et de soins à domicile.



- Dans le domaine des soins de longue durée, la **protection tarifaire** selon l'art. 44 LAMal se limite explicitement à la contribution des assureurs. Elle sera adaptée dans la LAMal.
- Les personnes nécessitant des soins reçoivent comme aujourd'hui des prestations liées aux besoins en provenance des instruments des assurances sociales, à savoir les **prestations complémentaires** (PC) et éventuellement les **contributions d'assistance sociale**. La plupart de ces prestations sont du ressort des cantons et des communes. Du fait de cette réglementation, l'on peut se passer d'un nouvel institut légalisé.
- Il reste à chiffrer **les implications financières pour les cantons et les communes** au titre de la RPT.
- **Dispositions transitoires**: Etant donné que les personnes nécessitant des soins sont concernées directement par un transfert de charges quel qu'il soit (aujourd'hui: disparités cantonales !), il s'agit de prévoir des périodes transitoires suffisamment longues pour procéder aux adaptations à partir des tarifs en vigueur.

Ce modèle est apte à être utilisé en pratique. Il élimine en effet dans une large mesure les conflits juridiques autour des prestations et des coûts imputables. Les EMS et les organisations d'aide et de soins à domicile satisfont aujourd'hui progressivement aux exigences d'une comptabilité analytique transparente et unifiée, si bien que nombre de prestataires se mettent à disposition pour un benchmarking à titre d'établissement de référence. Au surplus, on peut s'attendre à ce que cela se traduira à la longue par des gains d'efficacité moyennant une majoration moindre des tarifs.

### 3 Adaptations légales

Afin d'appliquer le modèle esquissé plus haut, il suffit d'apporter quelques petites modifications aux bases légales en vigueur.

Le modèle repose sur les éléments-clé suivants:

Base légale	Principes fondamentaux et besoin de modification
Art. 104a LAMal: prise en charge des coûts des soins ambulatoires, des soins à domicile et des soins dans les EMS	Modification: supprimer, car la restriction dans la transparence des coûts devient obsolète.
Art. 25 al. 2 let. a <sup>bis</sup> LAMal (nouveau) <sup>2</sup> : en dérogation à la let. a, une contribution aux frais des soins de base dispensés sous forme ambulatoire, au domicile du patient ou dans un établissement médico-social ;	Modification: selon modèle B: fixer une <b>contribution</b> à verser par les assureurs-maladie à toutes les prestations de soins des EMS. Les prestations de soins des organisations d'aide et de soins à domicile sont rémunérées complètement par l'assurance-maladie.
Art. 44 LAMal: protection tarifaire	Modification: la protection selon art. 44 LAMal se réfère à la part de prestation couverte par les tarifs fixés.

<sup>2</sup> Selon le message relatif à la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 16 février 2005.



<b>Base légale</b>	<b>Principes fondamentaux et besoin de modification</b>
Art. 7 OPAS <sup>3</sup> : définition des soins à domicile, ambulatoires ou dispensés dans un EMS	Inchangé: <ul style="list-style-type: none"><li>- définition des prestations: évaluation et conseils, examens, traitements et soins de base</li><li>- pas de distinction entre rémunération des soins de base et rémunération des soins thérapeutiques</li></ul>
Art. 9a al. 1–2 OPAS: transparence des coûts et limites tarifaires pour soins à domicile, ambulatoires ou en EMS	Inchangé: <ul style="list-style-type: none"><li>- tarifs par heure pour organisations d'aide et de soins à domicile selon le type de prestation</li><li>- forfaits journaliers pour EMS, par niveau de soins</li><li>- modification: au lieu des tarifs-cadre est fixé un tarif unifié par niveau de soins.</li></ul> Nouveau: <p>Les tarifs selon l'art. 9a al. 1–2 OPAS sont déterminés sur la base des coûts imputables standardisés et sont valables pour toute la Suisse.</p>
Art. 9a al. 3 OPAS: "L'art. 44 LAMal est applicable" (protection tarifaire)	Modification: <p>supprimer. (fixer préférentiellement la limitation de la protection tarifaire directement à l'art. 44 LAMal)</p>
Art. 11 OCP <sup>4</sup> : établissements médico-sociaux	Inchangé: <p>comptabilité financière, comptabilité des investissements et comptabilité analytique requises</p>

<sup>3</sup> Ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS).

<sup>4</sup> Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP).