



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantionali della sanità

FINANCEMENT UNIFORME DES PRESTATIONS AMBULATOIRES ET STATIONNAIRES – INTÉGRER LES SOINS !

© shutterstock.com – Dmytro Zinkevych

Modèle et justification – argumentaire

Dans sa réponse du 28.6.2018 formulée à l'occasion de la consultation sur l'avant-projet de la Commission de la sécurité sociale et de la santé du Conseil national (CSSS-N) relatif à la modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) intitulée « Financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation » (EFAS), le Comité directeur de la CDS souligne que EFAS peut apporter une véritable amélioration de l'organisation de la prise en charge si les coûts des prestations de soins (coûts des prestations de soins des EMS, des organisations d'aide et de soins à domicile, des structures de jour et de nuit ainsi que du personnel infirmier indépendant) sont également intégrés dans le modèle. Depuis lors, d'autres acteurs de la santé ont également perçu l'importance pour la logique du système et l'impact positif sur son efficacité de l'intégration des coûts des prestations de soins dans EFAS. Non seulement la CDS mais aussi la FMH et H+ Les Hôpitaux de Suisse, entre autres,

se prononcent en faveur de l'application de EFAS à l'ensemble de la chaîne de prise en charge.

Toutefois: dans sa proposition mise en consultation, la CSSS-N exclut explicitement les prestations de soins du modèle de financement uniforme. La raison invoquée est que l'intégration des coûts des soins serait trop compliquée et surchargerait le projet.

QUELS COÛTS DES SOINS INTÉGRER DANS EFAS ?

Concrètement, la CDS demande que la contribution des assureurs aux prestations de soins LAMal d'après l'art. 25a, al. 1, LAMal et l'art. 7 de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance de soins (OPAS) et les contributions des cantons et des communes au titre du financement résiduel selon l'art. 25a, al. 5, LAMal (c'est-à-dire sans frais d'en-

cadrement et d'hôtellerie) soient incluses dans le volume de coûts. La clé de répartition selon laquelle les cantons contribueraient désormais en moyenne à hauteur de 25,5 % et les assureurs-maladie à hauteur de 74,5 % au financement de l'intégralité du volume des coûts des prestations ambulatoires et hospitalières doit être ajustée en conséquence en raison de l'extension du champ d'application du financement uniforme.

VOICI LES JUSTIFICATIONS :

1. Renforcer les soins intégrés dans tout l'éventail des prestations

Le financement distinct des prestations hospitalières stationnaires, des prestations médicales ambulatoires et des prestations de soins stationnaires et ambulatoires freine actuellement la diffusion des soins intégrés. Si les responsabilités du financement sont uniformisées pour les prestations hospitalières stationnaires et les prestations médicales ambulatoires mais ne s'étendent pas aux prestations dans les EMS et à celles des organisations d'aide et de soins à domicile, cela entravera le développement des modèles de soins intégrés dans tout l'éventail des prestations. Compte tenu de l'évolution démographique, du développement progressif de « l'ambulatoire avant le stationnaire » mais aussi des modèles de soins gradués variant en fonction des besoins en soins et en soutien, cela pourrait devenir une pierre d'achoppement inutile.

2. Être flexibles par rapport aux futurs modèles de soins

Les EMS tentent de prendre pied dans le secteur ambulatoire – par exemple avec la réadaptation gériatrique ambulatoire (ou réadaptation Slow Stream). Cela plaide également en faveur de l'intégration des soins car sinon, des incitations erronées et des questions de délimitation sont créées aux interfaces du financement pour de nouvelles structures de soins.

3. Simplifier et harmoniser le système de financement

Depuis la modification du financement des soins au 1.1.2011, les contributions de l'assurance-maladie aux prestations de soins sont gelées à un montant fixe en francs. Dans les EMS, celui-ci se détermine selon le niveau de soins requis (il en existe douze en fonction du nombre de minutes de soins nécessaire par jour); pour les organisations de soins à domicile et le personnel infirmier indépen-

dant (ci-après : soins à domicile), il est fixé en tant que contribution par heure de soins prodiguée. Les coûts des soins non couverts peuvent être répercutés sur la personne assurée à hauteur de 20 % au maximum de la contribution la plus élevée fixée par le Conseil fédéral. Les cantons sont responsables du financement résiduel des prestations de soins. Ces coûts résiduels, qui sont soit à la charge des cantons soit aussi en maints endroits des communes sur la base du droit cantonal, n'ont cessé de croître ces dernières années, et cela bien plus fortement que les coûts totaux de l'AOS par personne assurée. Cette répartition du financement et cette dynamique inégale des coûts influencent toujours plus le mode de fourniture des prestations.

4. La charge des primes/des impôts sera dans l'ensemble plus équitable à l'avenir en raison de la dynamique des coûts

Avec EFAS, les cantons devront – contrairement à aujourd'hui – participer au financement des soins ambulatoires, lesquels sont en forte croissance, en particulier dans le secteur hospitalier ambulatoire. En contrepartie, l'assurance-maladie devra également cofinancer la dynamique des coûts dans les soins à domicile et les EMS. Dans la perspective globale de la politique de répartition, cela entraînera, à moyen jusqu'à long terme et par rapport à aujourd'hui, une réduction de la part du volume global des coûts du système de santé financée par les primes. En effet, les domaines de prestations « cabinets médicaux » et « hospitalier ambulatoire », auxquels les cantons devraient désormais verser des contributions, continuent à être beaucoup plus volumineux et à connaître une croissance plus forte.

5. Renforcer le partenariat tarifaire

L'intégration de ce bloc de coûts dans EFAS renforcera également le partenariat tarifaire. Si la contribution de l'assurance-maladie n'est plus définie par un montant fixe dans l'OPAS, des négociations auront de nouveau lieu avec les fournisseurs de prestations (EMS et soins à domicile). La transparence des coûts des institutions de soins s'est fortement améliorée ces dernières années, car les règles comptables ont été uniformisées et permettent aujourd'hui des comparaisons de coûts. Les négociations peuvent ainsi se dérouler sur une base beaucoup plus transparente que cela était encore le cas il y a dix ans.



© istock.com - FredFroese

TROP COMPLIQUÉ ET RÉALISABLE À LONG TERME SEULEMENT ?

EFAS est constamment loué par ses défenseurs comme un instrument contre les incitations erronées et pour une prise en charge plus efficace. L'intégration des coûts de soins importante pour cet objectif est rejetée au motif qu'il s'agirait d'une étape trop compliquée retardant la mise en œuvre du financement uniforme. Cette objection ne tient pas. Le processus législatif pour un financement uniforme ainsi qu'une phase d'introduction prendront encore quelques années. Il y a donc suffisamment de temps pour quantifier les prestations de soins tout comme pour adapter éventuellement les dispositions cantonales. L'exigence de neutralité des coûts dans le passage au financement uniforme s'applique également à un champ d'application élargi. Cela signifie que la participation des cantons dans leur ensemble (mais aussi des cantons individuellement) ainsi que des assureurs au volume de financement total des prestations médicales ambulatoires et stationnaires ainsi que des prestations de soins ne doit pas être plus élevée que sous le régime actuel.

DES BASES DE DONNÉES DOIVENT ÊTRE DISPONIBLES

La CDS charge un organe externe indépendant de montrer au moyen de méthodes appropriées les répercussions de l'intégration des coûts des soins LAMal sur le volume de financement et la clé de répartition. Indépendamment de cela, la CDS estime que l'OFSP devrait également procéder sans délai aux calculs correspondants.

En conséquence, les cantons défendent à l'unanimité et avec conviction le point de vue suivant: «EFAS cohérent et complet à condition d'inclure les soins.»