



Envoi par courriel

Office fédéral de la santé publique
Division Prestations

Abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Berne, le 27 août 2018

8-5-4/SM/HU/PB

Prise de position de la CDS concernant la modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (neutralité des coûts et évaluation des soins requis)

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de la possibilité qui nous est offerte de prendre position sur le projet de révision de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (neutralité des coûts et évaluation des soins requis).

Le Comité directeur de la Confédération suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a étudié le projet mis en consultation lors de sa séance du 23.8.2018 et prend position comme suit.

1 Neutralité des coûts concernant les contributions aux soins

1.1 Remarques générales

Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a évalué le nouveau régime de financement des soins (NRFS) et vérifié si l'introduction de ce dernier est sans incidence sur les coûts pour l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Conformément aux dispositions transitoires de la modification de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 13.6.2008 (financement des soins), les cantons avaient trois ans pour adapter les tarifs et les conventions tarifaires aux contributions de l'AOS fixées par le Conseil fédéral pour les prestations de soins. Le NRFS est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2011 avec un délai transitoire courant jusqu'au 31 décembre 2013.

Les calculs effectués par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) montrent que l'introduction du NRFS n'a pas été neutre du point de vue des coûts pour l'AOS : ainsi, les contributions aux EMS auraient reculé à partir du 1^{er} janvier 2014 par rapport à 2010, tandis que la charge représentée par les contributions aux soins prodigués par les organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers indépendants se serait en revanche alourdie. Le DFI propose par conséquent d'adapter les montants fixés dans l'art 7a OPAS, en augmentant les



contributions de l'AOS aux EMS et en baissant celles versées aux organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux infirmières et infirmiers indépendants.

Nous rejetons toute baisse des contributions aux prestations des organisations d'aide et de soins à domicile et aux infirmières et infirmiers indépendants, et demandons au contraire une hausse substantielle de tous les montants fixés dans l'art. 7a OPAS, pour les raisons développées ci-après.

- I. Les hypothèses avancées pour le calcul de la neutralité des coûts nous apparaissent contestables et peu pertinentes¹. La structure des prestations d'aide et de soins à domicile a notamment sensiblement évolué depuis 2011, avec un recul continu des prestations bon marché (soins de base) et une hausse de l'évaluation, des conseils, des mesures de coordination, des examens et des traitements, sans qu'il en soit tenu compte dans le calcul de la neutralité des coûts. Le postulat d'une évolution nulle des salaires n'est en outre guère intelligible. Selon l'Office fédéral de la statistique, les salaires dans le secteur de la santé ont augmenté d'environ 5 % entre 2010 et 2016. Dans les EMS, cette hausse était d'un peu plus de 2 %, et même de 4 à 6 % pour les cadres subalternes et les employés, qui constituent la grande majorité du personnel soignant.
- II. Dans son avis du 4.7.2018 concernant l'évaluation du NRFS, le DFI rappelle que l'un des objectifs du nouveau régime de financement était d'éviter que la contribution de l'AOS aux coûts des soins n'augmente davantage². Il ressort de l'évaluation réalisée par le bureau d'étude INFRAS que cet objectif a été atteint, la contribution de l'AOS aux soins ambulatoires ayant même reculé de 2 %³. La baisse proposée dans le projet de montants AOS pour les organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers indépendants n'est par conséquent pas justifiée, raison pour laquelle nous la rejetons.
- III. Le rapport final d'évaluation du NRFS met en lumière l'importante charge financière supplémentaire que doivent assumer les cantons et les communes, notamment en raison d'une hausse constante, dans les années qui ont suivi l'introduction du NRFS, des contributions versées aux EMS et aux organisations d'aide et de soins à domicile. Le fait même que cette évolution se poursuit depuis 2014 démontre bien que le transfert des coûts de l'AOS vers les cantons et les communes n'est pas seulement une conséquence du changement de système de financement des soins. La part de financement à la charge des cantons et des communes continuera d'augmenter si aucune mesure n'est prise. Il n'est pas acceptable que les cantons et les communes assument intégralement la hausse des coûts dans le domaine des soins, notamment parce que les assureurs-maladie sont les seuls habilités à évaluer au cas par cas le caractère économique des prestations (soins à domicile ou soins en EMS) et que les tribunaux, lors de telles évaluations, considèrent uniquement les coûts à la charge de l'AOS.
- IV. Les organisations d'aide et de soins à domicile ne s'occupent pas seulement des personnes âgées dans les soins dits de longue durée, mais toujours plus également de personnes plus jeunes⁴ qui peuvent ainsi quitter l'hôpital plus tôt ou n'ont même pas besoin d'être hospitalisées. Confédération et cantons suivent pour de petites interven-

¹ Voir rapport explicatif, ch. 3.1.6, p. 14, ch. 2.1.10, p. 10 et ch. 3.1.7, p. 16.

² Voir Avis du 4 juillet 2018 du Département fédéral de l'intérieur (DFI) concernant l'évaluation du nouveau régime de financement des soins, p. 1.

³ Voir *Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Schlussbericht*, p. 64 et *Évaluation du nouveau régime de financement des soins. Synthèse*, p. 7.

⁴ La part des patients dès 65 ans pour les soins de longue durée (sans soins aigus et de transition) est passée de 77% en 2011 à 71% en 2016. Pour les patients à partir de 80 ans, cette part est passée de 48% à 42% (Source: statistique de l'aide et des soins à domicile, 2016, tableau 12.1, calcul par nos soins).



tions la stratégie «l'ambulatoire avant le stationnaire» (AavS). La baisse des contributions AOS pour l'aide et les soins à domicile envoie dans ce contexte un signal tout à fait erroné et sape la stratégie AavS.

- V. En outre, les fournisseurs de prestations ne peuvent désormais plus facturer séparément à l'AOS le matériel de soins en raison de bases légales jugées insuffisantes par le Tribunal administratif fédéral. L'OFSP estime que cette lacune de financement doit être couverte par le financement résiduel. Ne pouvant accepter un nouveau transfert de coûts vers les cantons et les communes, nous demandons avec insistance que la modification de l'OPAS permette également de répondre à cette évolution. L'AOS a payé le matériel de soins avant 2011 et au moins jusqu'à fin 2017. Poursuivre cette solution de financement serait donc neutre du point de vue des coûts pour l'AOS.

Le financement du matériel de soins par les cantons et les communes doit être rejeté également parce que seul l'assureur-maladie reçoit les informations nécessaires pour le contrôle des factures et peut examiner si le choix et l'utilisation du matériel se fait selon les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité.

- VI. Les contributions AOS pour les prestations des EMS sont fondamentalement graduées selon les soins requis (par tranches de 20 minutes). Si les soins durent plus de 220 minutes par jour, on ne peut toutefois, tout comme aujourd'hui, plus opérer de différenciation et la contribution est limitée. Cette réglementation valable depuis 2011 est inappropriée, car l'AOS ne participe pas proportionnellement au volume des soins dans les cas les plus lourds⁵. Il convient donc d'inscrire dans l'art. 7a, al. 3 OPAS la participation proportionnelle de l'AOS également en cas de soins requis de plus de 220 minutes.

Le fait que les développements exposés aux points III et V ne sont pas pris en compte dans les propositions du DFI ne correspond pas à une volonté politique largement partagée. La CDS, à l'instar de certains milieux parlementaires (Mo. 18.3425, Po. 16.3352 / Question 18.5133, Mo. 18.3710), demande depuis longtemps une réponse adaptée à cette réalité.

L'introduction de contributions AOS adaptées en cours d'année n'est à notre avis pas réalisable, car les cantons devraient prévoir deux participations différentes des patients et deux financements résiduels différents pour une année civile en raison des modifications apportées aux contributions, ce qui entraînerait un surcroît de charges administratives disproportionné pour les fournisseurs de prestations. Étant donné qu'une grande partie des bénéficiaires de prestations reçoivent également des prestations complémentaires (PC), plusieurs dizaines de milliers de décisions PC dans toute la Suisse devraient être adaptées aussi en milieu d'année au lieu de l'être comme d'habitude uniquement en début d'année (en raison de primes moyennes plus élevées ou de rentes AVS plus élevées), ce qui entraînerait un énorme surcroît de travail pour les communes. Nous suggérons par conséquent que la période d'introduction soit fixée au début d'une année.

1.2 **Propositions**

Concrètement, nous demandons

- a) que l'adaptation des montants fixés dans l'art. 7a, al. 1 et 3, OPAS tienne compte de l'évolution des coûts dans le domaine des soins survenue ces dernières années, en particulier depuis 2014 jusqu'à la date de l'entrée en vigueur des montants adaptés ;
- b) qu'il soit précisé dans l'OPAS que les montants figurant à l'art. 7a, al. 1 et 3, OPAS sont adaptés au moins tous les trois ans à l'évolution des coûts dans les soins ;
- c) que l'OPAS soit modifiée de telle sorte que les fournisseurs de prestations au sens de l'art. 7, al. 1, OPAS (infirmières et infirmiers, organisations d'aide et de soins à domicile,

⁵ Il s'agit notamment des personnes atteintes de démence ou en soins palliatifs ainsi que des patients placés sous respiration artificielle et qui ont été transférés des hôpitaux dans les EMS ces dernières années.



EMS) puissent facturer à l'AOS le matériel de soins indépendamment du fait qu'il s'agisse d'une remise Lima ou de matériel utilisé durant les soins. Il convient de légaliser et de poursuivre le financement actuel. Une autre option pourrait être d'inclure dans les contributions AOS les coûts du matériel de soins pour les EMS. Les organismes d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers indépendants doivent avoir la possibilité de facturer séparément le matériel de soins ;

- d) que les adaptations concernant le matériel de soin fassent l'objet d'une procédure accélérée et entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2019 ;
- e) que les montants AOS pour les prestations des EMS (art. 7a, al. 3, OPAS) soient gradués par tranches de 20 minutes même si le besoin en soins est supérieur à 220 minutes par jour, cela en augmentant de six les niveaux de soins figurant à l'art. 7a, al. 3, OPAS à un total de dix-huit niveaux.

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

2.1 Remarques générales

Les modifications proposées concernant la prescription médicale, l'évaluation des soins requis et les exigences minimales à l'égard des systèmes d'évaluation des soins vont dans le bon sens. Le Comité directeur de la CDS soutient sur le principe la majorité des modifications ; différents compléments sont toutefois nécessaires en vue de prévenir des augmentations du volume et le risque de hausse des coûts qui en découle.

Dans le rapport explicatif, des explications nous manquent sur les incidences financières des modifications concernant l'évaluation des soins requis dans les EMS. Les fournisseurs des instruments RAI/RUG et BESA font actuellement valoir que leurs instruments sous-estiment considérablement dans de nombreux cas le temps nécessaire aux soins et qu'il convient de procéder à des adaptations. Outre la question des incidences financières qu'auraient ces adaptations, se pose aussi la question de savoir quelle instance est légitime pour évaluer la qualité d'une étude de temps et ordonner les adaptations dans les instruments.

Nous partons du principe que les instruments d'évaluation des soins requis en EMS actuellement utilisés (BESA, RAI-RUG et Plaisir) ainsi que de nouveaux instruments (p. ex. InterRAI) pourront continuer à être utilisés et ne seront pas réduits à simplement déterminer le besoin en temps. Il est important que les instruments conservent leur fonction de réflexion et de planification des soins adéquats.

2.2 Dispositions particulières

Art. 7, al. 2, let. a, ch. 1 ; art. 8, al. 1 ; art. 8a, al. 1, OPAS

La révision de l'OPAS prévoit de réduire les exigences quant au contenu des prescriptions médicales de soins, en confiant la prescription des soins au médecin et l'évaluation des soins requis au personnel infirmier. L'évaluation des soins requis pour les mesures d'évaluation, de conseils, de coordination ainsi que de soins de base sera effectuée de manière autonome par le personnel infirmier. Seule l'évaluation des examens et des traitements requis se déroulera en collaboration avec le médecin prescripteur.

Nous soutenons le principe de cette modification, qui attribue davantage de responsabilité au personnel infirmier. Elle va dans la bonne direction. Afin de pouvoir maîtriser le risque d'une augmentation du volume des prestations visées à l'art. 7, al. 2 let. a et c, OPAS, il convient de modifier l'art. 8a, al. 1 let. a, OPAS selon les considérations ci-après.



Art. 8a, al. 1 let. a, OPAS

L'évaluation des soins requis pour les mesures d'évaluation, de conseil et de coordination ainsi que pour les mesures de soins de base ne doit désormais plus être effectuée en coordination avec le médecin, mais par le personnel infirmier en coopération avec le patient ou ses proches ; le résultat de l'évaluation ne doit plus être transmis que «pour information» au médecin traitant (art. 8a, al. 1 let. a, OPAS). Via la réglementation proposée, l'exigence d'une confirmation médicale du volume de soins requis est supprimée tant pour les soins en EMS que pour les soins ambulatoires. La possibilité d'une prescription illimitée de prestations de soins est ainsi accordée au personnel infirmier. L'étendue, la fréquence et la durée de l'utilisation ne peuvent plus comme jusqu'ici être limitées par le médecin.

Dans sa prise de position du 23.3.2016 sur l'initiative parlementaire Accorder plus d'autonomie au personnel soignant (IP 11.418 Joder), le Conseil fédéral avait rejeté la prescription de prestations de soins sans contrôle médical par crainte d'une hausse des coûts et d'une augmentation du volume. Dans le commentaire sur la modification prévue, le DFI relève de plus concernant les soins ambulatoires que «Sous l'angle économique, ces fournisseurs de prestations sont incités à dispenser le plus de prestations possible, étant donné que les coûts à la charge de l'AOS (et les coûts pour les cantons, puisqu'ils doivent assumer le financement des frais résiduels) augmentent pour chaque heure consacrée à l'évaluation, aux conseils et à la coordination ainsi qu'aux soins de base» (p. 22). Le risque existe ainsi qu'en particulier les prestataires privés sans mandat de prestations des collectivités publiques encouragent le personnel infirmier à prescrire autant d'heures de soins que possible. Les personnes nécessitant des soins elles-mêmes ne s'opposent guère à des soins de base déterminés trop généreusement, qui sont après tout prescrits par le médecin, d'autant moins que la participation aux coûts à la charge du patient est limitée.

Dans ce contexte et compte tenu du souhait d'une reconnaissance accrue de la responsabilité des soins, nous proposons d'autoriser le personnel infirmier (comme le propose le DFI) à déterminer le besoin en soins, mais d'accorder au médecin traitant un droit de veto en cas d'évaluation inappropriée des soins requis. Cela conduira préventivement à ce que le besoin en soins soit d'emblée évalué de manière adéquate. Nous suggérons en conséquence de modifier l'art. 8a, al. 1 let. a, OPAS comme exposé ci-dessous.

Nous proposons de plus de remplacer la formulation «en collaboration avec le patient ou ses proches», parce que nous considérons le terme «collaboration» comme inopportun dans ce contexte :

«pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, let. a et c : par un infirmier ou une infirmière (~~art. 49 OAMal) en collaboration avec le concours du patient ou de ses proches ; le résultat est transmis, pour information, au médecin prescripteur. Si le médecin traitant est de l'avis que le besoin en soins déterminé par le personnel infirmier n'est pas approprié, il en avise le personnel infirmier avec copie à l'assureur dans les cinq jours ouvrables après réception de l'information et détermine ensuite le besoin en soins en collaboration avec le personnel infirmier.»~~

Art. 8a, al. 1, let. a et b, OPAS

Pour pouvoir évaluer les soins requis tel que prévu à l'art. 8a OPAS, le personnel infirmier devra remplir les mêmes exigences que le personnel infirmier exerçant à titre indépendant selon l'art. 49 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), à savoir être titulaire du diplôme idoine et justifier de deux années d'exercice de l'activité.

Nous rejetons cette modification, considérant que l'exigence du diplôme visée à l'art. 49, let. a, OAMal est suffisante. Le DFI précise d'ailleurs dans son rapport explicatif que, «de par leur formation, les infirmiers et les infirmières diplômés (que ce soit ES ou Bachelor HES) sont compétents, notamment, pour poser de manière autonome un diagnostic infirmier, évaluer les besoins en soins et prendre les mesures qui s'imposent» (p. 20). Il convient donc de renoncer à l'exigence des deux années d'activité, qui pèserait avant tout sur les EMS et les organisa-



tions d'aide et de soins à domicile, ne les rendant pas attractives pour les infirmières et infirmiers fraîchement diplômés. Le contrôle des deux années d'expérience professionnelle engendrerait de plus différents problèmes d'exécution et une charge administrative disproportionnée.

Il est essentiel que l'évaluation des soins requis se fasse au moyen d'un instrument valide et que le personnel infirmier soit formé à l'utilisation de cet instrument. Étant donné que le DFI ne définit pas d'exigences contraignantes à cet égard, nous proposons un nouvel alinéa 6 à l'art. 8a OPAS.

«Le canton peut déterminer pour les fournisseurs de prestations exerçant sur son territoire les instruments admis pour l'évaluation des soins requis.»

Art. 8, al. 3, OPAS

Les personnes touchant une allocation de l'assurance-vieillesse et survivants, de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-accident pour impotence grave ou moyenne bénéficient d'une prescription médicale de durée illimitée, qui doit être renouvelée en cas de révision de l'allocation. Aucune modification n'est prévue à ce sujet dans le cadre de la révision de l'OPAS.

Nous proposons d'étendre cette disposition judicieuse aux personnes bénéficiant d'une allocation pour impotence de degré faible, ces dernières étant également des patients longue durée qu'il convient de traiter de manière identique, en ce qui concerne les prescriptions.

Art. 8b, al. 2, 3, OPAS

Nous saluons fondamentalement les précisions portant sur l'évaluation des soins requis dans les EMS. Il nous semble particulièrement judicieux que chaque instrument soit, en vertu de l'art. 8b, al. 3, OPAS, contrôlé et étalonné sur la base d'études de temps représentatives réalisées en Suisse.

Afin de garantir que chaque instrument ne doive pas être révisé dans toute la Suisse, nous demandons de préciser comme suit l'art. 8b, al. 3, OPAS :

«Pour l'évaluation des soins requis dans les établissements médico-sociaux, l'instrument utilisé se base sur des études de temps réalisées en Suisse, représentatives pour l'ensemble des patients des établissements médico-sociaux, qui démontrent les prestations de soins effectives fournies. Les études de temps concernant un instrument sont réalisées dans les cantons où l'instrument en question est utilisé. La méthode utilisée par les études de temps est scientifiquement reconnue et adaptée pour distinguer les prestations de soins des autres prestations.»

Une période transitoire est en outre nécessaire pour la mise en œuvre de l'art. 8b, al. 3, OPAS, car l'on ne peut exiger que les études de temps correspondantes soient déjà disponibles au moment de l'entrée en vigueur. Nous proposons d'accorder une période transitoire de deux ans.

Art. 8b, al. 4, OPAS

Nous saluons cette précision sur les instruments d'évaluation des soins requis, mais sommes défavorables à ce qu'elle se rapporte uniquement aux EMS. Nous demandons que l'art. 8b, al. 4, OPAS soit déplacé à l'art. 8a et adapté comme suit :

«L'instrument utilisé ~~dans les établissements médico-sociaux~~ pour l'évaluation des soins requis permet de déterminer des données relatives aux indicateurs de qualité médicaux grâce à des données de routine (art. 59a, al. 1, let. f, LAMal).»

Art. 8c, al 1 et 2, OPAS

Les EMS sont désormais également concernés par l'obligation de convenir d'une procédure de contrôle et de conciliation avec les assureurs. Conformément à l'art. 25 a al.3 LAMal, «le



Conseil fédéral» règle la procédure d'évaluation des soins requis. La méthode concrète d'évaluation des soins requis devrait donc fondamentalement être fixée au niveau national. Une délégation aux partenaires tarifaires semble néanmoins possible. Vu que ces instruments doivent être développés, calibrés et utilisés dans toute la Suisse, nous considérons comme impératives des négociations nationales (al. 1) et une réglementation nationale en cas de litige (al.2). Sinon, la fixation devrait relever du Conseil fédéral sans délégation aux partenaires tarifaires.

Concrètement, nous proposons la modification suivante de l'art. 8c :

Al. 1 :

«Les fournisseurs de prestations au sens de l'art. 7, al. 1 et les assureurs *fixent la procédure d'évaluation des soins requis* et conviennent d'une procédure de contrôle et de conciliation *pour toute la Suisse.*»

Al. 2 :

~~«A défaut de convention, En l'absence d'accord, le gouvernement cantonal~~ *Conseil fédéral* fixe, après avoir entendu les parties *et les cantons*, *la procédure d'évaluation des soins requis* et la procédure de contrôle et de conciliation.»

Art. 8c, al. 3, OPAS

Le rapport explicatif précise que l'al. 3 est censé «permettre un développement ordonné et efficace des systèmes». L'alinéa nous semble toutefois formulé de manière un peu trop vague. Nous proposons de le modifier comme suit :

«La procédure de contrôle sert à vérifier le bien-fondé *et à assurer le développement* des systèmes d'évaluation des soins requis et à contrôler l'adéquation et le caractère économique des prestations.»

Art. 8c, al. 4, OPAS

L'évaluation des soins requis peut être examinée par le médecin-conseil lorsque les fournisseurs de prestations visés à l'art. 7, al. 1, let. a et b, OPAS prévoient plus de 60 heures de soins par trimestre. Un tel examen est également possible lorsque les prévisions n'excèdent pas 60 heures.

Le projet 4.1 de la Stratégie nationale en matière de démences a démontré que les personnes atteintes de démence ont un besoin accru de soins par rapport aux personnes sans pathologie démentielle, une même prestation nécessitant plus de temps chez les premières. Nous proposons par conséquent que l'examen par le médecin-conseil ne soit prévu qu'à partir de 120 heures de soins par trimestre pour ces personnes, voire de supprimer toute notion de «limite » (c'est-à-dire le quota de 60 heures par trimestre), en conservant uniquement les examens par sondage.



En vous remerciant de bien vouloir tenir compte de nos remarques, nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.

CONFÉRENCE SUISSE DES DIRECTRICES ET
DIRECTEURS CANTONAUX DE LA SANTÉ

Le président

Thomas Heiniger

Conseiller d'État

Le secrétaire central

Michael Jordi

En copie :

- Pascal Strupler, directeur de l'Office fédéral de la santé publique
- Doris Bianchi, collaboratrice personnelle du président de la Confédération Alain Berset
- Katharina Füglistner, conseillère spécialisée, Secrétariat général du DFI
- Directions cantonales de la santé