



92.7 / AJG-DS

15.11.07

Thèses du groupe d'accompagnement à l'attention du groupe de travail Planification hospitalière de la CDS

Financement des modifications dans la fourniture des prestations psychiatriques

1. Lors de modifications structurelles et/ou de procédure dans la fourniture de prestations, les cantons et les assureurs n'aspirent pas prioritairement à une réduction des dépenses dans le domaine de la psychiatrie. Dans la période des programmes-modèles, une réduction graduelle des prestations hospitalières en faveur des prestations semi-hospitalières et ambulatoires peut rarement être neutre du point de vue des coûts. Les cantons devraient donc partir du principe que la mise en œuvre de programmes-modèles entraîne un surcroît de charges, qui pourrait également apparaître pour les assureurs. Mais les maximes figurant dans l'art. 32 de la LAMal sont valables aussi pendant la période du travail avec des programmes-modèles – ce n'est que dans ces conditions que de bonnes prestations peuvent être fournies pour les patients dans la psychiatrie.
2. Les cantons doivent quasi continuellement effectuer des investissements pour leurs hôpitaux de soins aigus (particulièrement dans le domaine médico-technique). A cet égard, les dépenses supplémentaires limitées dans le temps pour des modifications structurelles et/ou de procédure dans la fourniture des prestations psychiatriques doivent également être considérées comme des „investissements“. Ce que sera le montant des coûts supplémentaires pour les années 2008 à mi-2011 dépend aussi de l'engagement financier actuel d'un canton et ne peut donc guère être fixé au même niveau pour tous les cantons. Afin de pouvoir soumettre à la discussion des ordres de grandeur pour l'établissement du budget et la planification financière, un surcroît de charges limité dans le temps de 1% à 4% par année des dépenses cantonales pour la psychiatrie (sans investissements) a toutefois été calculé.
3. Pour la planification financière, les cantons dans lesquels des programmes-modèles sont réalisés peuvent fondamentalement escompter que leur investissement pour la fourniture des prestations *hospitalières* sera en 2012 inférieur à celui de 2008¹. Il faut en même temps prendre en compte des dépenses supplémentaires dans le domaine des soins intégrés.

¹ Cela n'est pas valable pour la psychiatrie des enfants et des adolescents. Dans ce domaine, le degré de prise en charge est encore relativement modeste de sorte qu'un développement des prestations ambulatoires ne s'accompagnera guère d'une réduction des prestations hospitalières.

4. Les assureurs se félicitent fondamentalement de la réalisation de programmes-modèles et sont prêts à envisager un cofinancement, sous réserve des usages des négociations contractuelles avec les prestataires, si, par ce moyen, une meilleure prise en charge peut à l'avenir être obtenue à des conditions financières comparables.
5. C'est dans la nature des programmes-modèles qu'il en résulte également des coûts ne pouvant, conformément aux dispositions actuelles, être couverts par aucune des deux assurances (AOS et AI). Les cantons devraient assumer ces coûts dans le cadre des programmes-modèles (sur la base des indications figurant au point 2). A partir des évaluations réalisées par les prestataires, il faut ensuite décider comment ces coûts doivent être nouvellement répartis après la fin des programmes-modèles.
6. Une recommandation importante faite aux cantons est d'effectuer la prise en charge des frais supplémentaires évoqués de façon aussi peu bureaucratique que possible. La règle devrait être de préférer une indemnisation globale à un recensement détaillé (p. ex. la liste de tous les déplacements). Avec l'évaluation des éléments des programmes-modèles concernés, les cantons obtiennent des informations suffisamment nombreuses pour effectuer la reddition des comptes qui leur est demandée.

Programmes-modèles pour les modifications de la fourniture des soins psychiatriques (début 2008 à mi-2011)

Définition des programmes-modèles

Les programmes-modèles sont des mesures de prestataires qui modifient de manière ciblée des structures et/ou des procédures et préparent ainsi des informations relatives à la proportion dans laquelle les buts fixés ont été atteints.

1. Chaque modification dans la fourniture de prestations psychiatriques publiques ne requiert pas de programmes-modèles – mais un nombre substantiel de modifications ne peut être testé de manière convaincante qu'avec l'aide de programmes-modèles.
2. La réalisation de programmes-modèles doit être conçue de façon aussi peu bureaucratique que possible. L'acceptation de programmes-modèles doit entraîner pour les prestataires un investissement supplémentaire modeste – une conceptualisation convaincante des changements envisagés est requise.
3. Fondamentalement, il convient pour chaque programme modèle brigué de chercher des partenaires dans une autre région de prise en charge. Ces partenaires ne doivent pas mener des tests identiques, mais le champ d'action visé doit être semblable. Le Secrétariat central de la CDS soutiendra la recherche de partenaires dans d'autres régions de prise en charge.
4. Les associations de prestataires sont invitées à promouvoir la réalisation de programmes-modèles par l'intermédiaire de leurs organisations.

5. Comme souhaité dans le guide „Planification de la psychiatrie“, les cantons soutiennent les prestataires dans la conceptualisation de programmes-modèles et accompagnent les processus de changement. Là où c'est nécessaire, les différents départements cantonaux (départements de la santé, de la justice et de l'instruction publique) doivent coopérer de façon non bureaucratique.
6. Il est recommandé de recourir aux assureurs dans la conceptualisation de programmes-modèles.
7. Une contribution substantielle visant à augmenter les chances des malades psychiques est attendue de l'application de la 5^e révision de l'AI. Les offices AI doivent lancer des programmes-modèles dans leur champ d'action. Un droit de codécision doit revenir aux prestataires. De leur côté, les prestataires font mesurer jusqu'à quel point ils sont à même de satisfaire les attentes de la 5^e révision de l'AI dans la psychiatrie publique.
8. Le processus de changement graduel doit être accompagné par un certain nombre de manifestations spécialisées (séminaires, ateliers, journées) et se dérouler de façon transparente. Les notions suivantes sont objet de discussion:
 - Services d'aide et de soins à domicile dans les soins psychiatriques – janvier/février 2008
 - Présentation de programmes-modèles en cours – septembre 2008
 - Une année de révision AI – Prémices de programmes-modèles – mars 2009
 - Défis pour les programmes-modèles: psychogériatrie, psychiatrie des enfants et des adolescents – septembre 2009
 - Développements à l'étranger – mars 2010
 - Les médecins de familles en tant que prestataires – à de nouvelles conditions? – septembre 2010
 - *Manifestation de clôture en tant qu'obligation additionnelle publique – mai/juin 2011.*
9. La CDS est disposée à agir en qualité de responsable de certaines manifestations. Mais elle se voit fondamentalement plutôt dans un rôle de soutien.

Lignes directrices valables pour les manifestations spécialisées en vue:

- a) La CDS apporte son soutien en matière d'organisation. Mais les prestataires devraient fondamentalement assumer la responsabilité des manifestations.
- b) La CDS ne peut dans tous les cas cofinancer qu'une partie des dépenses. Mais elle est disposée à soutenir d'éventuelles requêtes de financement par des tiers.
- c) Les manifestations doivent en principe être ouvertes aux représentants de tous les prestataires et aux assureurs.
- d) Les responsables principaux respectifs établissent un rapport de la manifestation. Celui-ci est rendu accessible au public par l'intermédiaire de la CDS.

■