



Berne, le 1^{er} mai 2024

État de la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins

Rapport de l'Office fédéral de la santé publique
au Conseil fédéral

Table des matières

Liste des abréviations.....	2
Résumé	3
1 Contexte	4
1.1 Prestations de soins selon la LAMal	4
1.2 Nouveau régime de financement des soins.....	4
1.3 Évaluation du nouveau régime et mandat du Conseil fédéral	5
1.4 Échange avec les acteurs	6
1.5 Structure du rapport.....	6
2 État de la mise en œuvre du financement des soins.....	7
2.1 Evaluation des lacunes de mise en œuvre par l'OFSP	7
2.1.1 Évaluation des besoins en soins	8
2.1.2 Délimitation entre les prestations de soins et d'assistance	9
2.1.3 Comptabilité analytique.....	11
2.1.4 Financement résiduel et transparence du financement.....	13
2.1.5 Conséquences sociopolitiques du nouveau régime de financement des soins	14
2.2 Etat de la mise en œuvre d'autres dossiers et thèmes du financement des soins	16
2.2.1 Financement des prestations de soins dans les situations complexes (démence, soins palliatifs)	16
2.2.2 Mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers.....	16
2.2.3 Soins aigus et de transition.....	17
2.2.4 Matériel de soins	17
2.2.5 Proches aidants	17
2.2.6 Égalité juridique entre les organisations d'aide et de soins à domicile publiques et privées	18
2.3 Options de financement	18
2.3.1 Financement uniforme, prestations de soins y compris	18
2.3.2 Adaptation à l'évolution des coûts des contributions aux soins de l'AOS	19
3 Conclusions de l'OFSP	20
3.1 Lacunes de mise en œuvre du financement des soins	20
3.2 Développement du financement des soins.....	20
4 Bibliographie.....	21
Annexe : Appréciation de la mise en œuvre par les acteurs.....	23
Annexe I : Évaluation des besoins en soins	23
Annexe II : Délimitation entre soins et assistance.....	24
Annexe III : Comptabilité analytique et classement des prestations.....	25
Annexe IV : Financement résiduel.....	27

Liste des abréviations

API	Allocation pour impotent
AOS	Assurance obligatoire des soins
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
DFI	Département fédéral de l'intérieur
EMS	Etablissements médico-sociaux
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
LPC	Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (RS 831.30)
LTVa	Loi fédérale régissant la taxe sur la valeur ajoutée (RS 641.20)
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie (RS 832.102)
OCP	Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (RS 832.104)
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OPAS	Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (RS 832.112.31)
PC	Prestations complémentaires
SAT	Soins aigus et de transition

Résumé

Le nouveau régime de financement des soins est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a fait examiner les effets de la réforme par une évaluation externe entre 2016 et 2018. L'évaluation a montré que les objectifs du nouveau régime ont été largement atteints. Parallèlement, différentes lacunes de mise en œuvre ont été identifiées ; en particulier, la transparence des coûts devait être améliorée et le financement résiduel était insuffisant dans certains cantons, ce qui a entraîné le report des coûts résiduels sur les personnes nécessitant des soins.

Le 4 juillet 2018, le Conseil fédéral a pris connaissance des résultats de l'évaluation et a chargé l'OFSP de discuter avec les acteurs des lacunes de mise en œuvre identifiées et de l'informer de l'état des discussions sur la mise en œuvre du financement des soins. L'OFSP a ensuite créé une plateforme d'échange (*Austauschgefäss*) afin de discuter régulièrement avec les acteurs des lacunes de mise en œuvre et d'autres thèmes liés au financement des soins. En été 2023, l'OFSP a en outre interrogé par écrit les acteurs afin de connaître leur appréciation de l'état de la mise en œuvre.

L'OFSP constate certains progrès dans l'élimination des lacunes de mise en œuvre. Les modèles de comptabilité analytique des associations sectorielles sont désormais utilisés par la majorité des fournisseurs de prestations. En outre, les acteurs travaillent ensemble à une solution pour un instrument unique d'évaluation des besoins en soins dans les établissements médico-sociaux (EMS), ainsi qu'à la description des activités, ce qui permet de mieux délimiter les prestations de soins et d'assistance. Pour ces deux travaux, certains cantons émettent des réserves. Dans l'ensemble, l'OFSP estime qu'il faut continuer à améliorer la transparence des coûts, indépendamment de la décision du Parlement du 22 décembre 2023 relative à une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) « Financement uniforme des prestations ». La modification de la LAMal stipule comme condition nécessaire à l'intégration des prestations de soins dans le nouveau régime de financement que les tarifs des prestations de soins doivent être disponibles sur une base de coûts et de données uniforme et transparente. Du point de vue de l'OFSP, les plus grandes lacunes de mise en œuvre se situent toujours au niveau du financement résiduel : il est toujours jugé partiellement insuffisant, ce qui peut s'accompagner d'une inégalité de traitement entre les assurés. Un financement uniforme des soins, s'il peut entrer en vigueur, devrait atténuer ce problème. On peut en outre supposer qu'il facilitera l'introduction d'un instrument d'évaluation des besoins en soins uniforme dans toute la Suisse.

Du point de vue de l'OFSP, si le financement uniforme décidé par le Parlement peut entrer en vigueur, aucun changement fondamental n'est nécessaire pendant la phase de transition entre le régime de financement actuel et la mise en œuvre du financement uniforme pour les prestations de soins, probablement début 2032. Une augmentation des contributions de l'assurance obligatoire des soins (AOS) aux soins n'est toujours pas indiquée. En effet, cela irait à l'encontre de l'objectif du nouveau régime, c'est-à-dire stabiliser les coûts des soins à la charge de l'AOS ; de plus, sur l'ensemble des prestations LAMal, le financement par les primes croît plus fortement que le financement par l'impôt en raison du transfert des prestations du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire, bien que le financement par l'impôt supporte aujourd'hui l'essentiel de l'augmentation des coûts des soins. Du point de vue du Conseil fédéral, les soins financés de manière uniforme restent la meilleure option de financement.

Indépendamment d'un financement uniforme des prestations LAMal, il reste nécessaire de clarifier dans quelle mesure les prestations LAMal dans les situations de soins complexes (démence, soins palliatifs) sont aujourd'hui représentées et rémunérées de manière appropriée. En outre, il convient de clarifier comment identifier et délimiter les prestations qui peuvent certes être importantes pour l'approvisionnement en soins, mais qui se situent en dehors du domaine de l'AOS et qui doivent aujourd'hui être payées en premier lieu par les assurés eux-mêmes, et quelles solutions de financement peuvent être envisagées pour ces prestations. A ce propos, il convient de tenir compte du fait que selon la Constitution fédérale, ce sont les cantons qui sont en première ligne responsables de l'approvisionnement en soins et de l'aide et des soins aux personnes âgées.

1 Contexte

1.1 Prestations de soins selon la LAMal

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)¹ règle les soins en cas de maladie à l'article 25a. Les prestations de soins pour lesquelles l'assurance obligatoire des soins (AOS) verse une contribution ont été fixées de manière exhaustive par le Département fédéral de l'intérieur (DFI) (cf. art. 7, al. 2, de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie OPAS)² :

- L'évaluation, les conseils et la coordination
- Les examens et les traitements
- Les soins de base

Les activités concrètes sont énumérées au sein de ces trois groupes principaux.

L'art. 7, al. 1, OPAS énumère les fournisseurs de prestations qui peuvent fournir des prestations de soins à la charge de l'AOS :

- Infirmières et infirmiers
- Organisations de soins et d'aide à domicile
- Etablissements médico-sociaux (EMS)

Les infirmiers et infirmières exercent leur activité de manière indépendante et à leur propre compte. Ils doivent pour cela disposer d'une autorisation cantonale d'exercer et doivent pouvoir justifier d'une activité pratique d'au moins deux ans (cf. art. 49 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie OAMal)³. Les organisations de soins et d'aide à domicile doivent notamment satisfaire aux prescriptions cantonales et disposer du personnel spécialisé nécessaire (cf. art. 51 OAMal). Les EMS doivent notamment disposer du personnel qualifié nécessaire et figurer sur une liste cantonale des EMS (cf. art. 39 LAMal). Les organisations de soins et d'aide à domicile ainsi que les EMS peuvent être à but lucratif ou non lucratif. Ces derniers sont souvent en mains publiques.

Les prestations de soins sont également fournies dans les cabinets médicaux, les hôpitaux et les cliniques. Elles ne sont toutefois pas rémunérées séparément dans ces settings, mais sont en principe comprises dans les coûts de la fourniture de prestations et sont rémunérées par le tarif déterminant respectif (Tarmed pour le domaine médical ambulatoire, SwissDRG, Tarpsy ou ST Reha pour le domaine hospitalier stationnaire).

1.2 Nouveau régime de financement des soins

La loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 13 juin 2008 est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2011. Selon le message du Conseil fédéral du 16 février 2005⁴, elle poursuit les objectifs de réforme suivants :

« D'une part, améliorer la situation sociale difficile de certains groupes de personnes nécessitant des soins ; d'autre part, éviter de charger davantage financièrement l'assurance-maladie qui, dans le système actuel, prend en charge un nombre croissant de prestations de soins liées à la vieillesse [...]. Dans le système suisse d'assurances sociales tel qu'il

¹ RS 832.10

² RS 832.112.31

³ RS 832.102

⁴ 05.025 Message relatif à la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 16 février 2005 (FF 2005 1911)

s'est développé au fil des ans, structuré en fonction des risques, il ne faudrait pas que cette charge supplémentaire due à l'âge soit supportée sans limites par l'assurance-maladie. »

Pour ce faire, l'assurance-maladie doit, dans le domaine des soins, centrer plus clairement ses prestations sur ce qui est sa tâche essentielle, à savoir la rémunération des prestations médicales dues à une maladie. La séparation des soins dus à l'âge et des soins dus à une maladie n'étant pas réalisable, un modèle de contribution a été proposé pour limiter la charge financière de l'AOS : selon le projet adopté par le législateur, l'AOS verse une contribution pour les prestations de soins fournies en ambulatoire ou dans un établissement médico-social. Les patients participent également aux coûts des soins sous la forme d'une contribution limitée. Le financement des coûts des prestations de soins dépassant ce montant (financement résiduel) est réglé par les cantons. Les cantons assument seuls le financement résiduel ou ont délégué cette tâche, en partie ou en totalité, à leurs communes. La LAMal a ainsi réparti le financement des prestations de soins entre plusieurs agents payeurs, notamment pour limiter en partie la charge supplémentaire de l'AOS due à la croissance des coûts des soins.

En guise de compensation sociopolitique, une allocation pour impotent (API) a été introduite dans l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) pour les personnes vivant à domicile en cas d'impotence légère et les franchises sur la fortune pour le droit aux prestations complémentaires (PC) ont été augmentées. En outre, l'article 10, alinéa 2, lettre a de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LPC)⁵ stipule que les cantons peuvent certes limiter les frais pris en compte pour le séjour dans un home ou un hôpital, mais que le séjour dans un EMS reconnu ne doit en règle générale pas entraîner de dépendance à l'aide sociale.

1.3 Évaluation du nouveau régime et mandat du Conseil fédéral

Une évaluation du nouveau régime de financement des soins, réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) entre 2016 et 2018, a examiné la réalisation des objectifs décrits ci-dessus (Infras et al. 2018). L'évaluation est arrivée à la conclusion que les objectifs poursuivis par le législateur ont été essentiellement atteints. Les dépenses de l'AOS pour les prestations de soins s'étaient stabilisées et les mesures d'accompagnement sociopolitiques avaient également en grande partie fait leurs preuves. L'évaluation a toutefois encore identifié un potentiel d'amélioration ou des lacunes de mise en œuvre dans différents domaines.

Le 4 juillet 2018, le Conseil fédéral a pris connaissance des résultats de l'évaluation ainsi que d'une prise de position du Département fédéral de l'intérieur (DFI), et a chargé le DFI/l'OFSP de discuter des lacunes de mise en œuvre avec les acteurs concernés, de l'informer des résultats d'ici mi-2019 et de l'informer sur l'état des discussions relatives à la mise en œuvre du financement des soins d'ici fin 2023.

Le DFI a procédé, mi-2019, à l'évaluation intermédiaire demandée par le Conseil fédéral. Du point de vue du DFI, les démarches entreprises allaient dans la bonne direction et des progrès étaient visibles en matière de transparence des coûts et de mesures d'amélioration dans les domaines du financement résiduel et de la transparence. Parallèlement, les discussions avec les acteurs concernés ont montré que, dans certains cantons, les lacunes de mise en œuvre n'étaient pas encore totalement éliminées et qu'il fallait encore agir. Le DFI a donc prévu de continuer à suivre de près la mise en œuvre du financement des soins et rend compte ici de l'état des discussions sur la mise en œuvre du financement des soins. Le rapport est présenté avec un léger retard afin de pouvoir tenir compte de la décision du Parlement du 22 décembre 2023 relative au financement uniforme.⁶

⁵ RS 831.30

⁶ Le délai référendaire a expiré le 18 avril 2024.

1.4 Échange avec les acteurs

Suite au mandat du Conseil fédéral, l'OFSP a créé en 2019 une plateforme d'échange (*Austauschgefäss*) dans lequel les questions actuelles liées au financement des soins ainsi que les lacunes de mise en œuvre identifiées dans l'évaluation sont régulièrement abordées avec les acteurs (cantons et communes⁷, associations d'assureurs⁸, associations de fournisseurs de prestations⁹, organisations de patients¹⁰). Le dialogue avec les acteurs sur les thèmes du financement des soins a ainsi été institutionnalisé. Une feuille de route a été élaborée dans le cadre de cette plateforme d'échange ; elle montre quelles mesures ont été prises pour remédier aux lacunes de mise en œuvre. En vue de la rédaction du présent rapport, l'OFSP a en outre interrogé par écrit les acteurs à l'été 2023 afin de connaître leur appréciation de l'état de la mise en œuvre du financement des soins.

Les fournisseurs de prestations de soins et plusieurs associations de patients se sont regroupés au sein de la Communauté d'intérêts Financement des soins (CI Financement des soins). La CI Financement des soins a élaboré un catalogue de revendications dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins (CI Financement des soins 2015, 2018). Elle a également demandé, dans le cadre de l'enquête susmentionnée, que les instruments de comptabilité analytique des associations soient déclarés obligatoires, que les prestations pour les situations de soins complexes, comme par exemple la démence, les soins palliatifs et la psychogériatrie, soient inscrites dans la LAMal en tant que prestations obligatoires, que la marge de manœuvre des cantons soit concrétisée par des garde-fous et des définitions générales dans la LAMal et que les contributions de l'AOS soient adaptées.

1.5 Structure du rapport

Après avoir exposé le contexte au chiffre 1, le rapport présente au chiffre 2 la situation actuelle. Ce dernier expose tout d'abord comment l'OFSP évalue l'état de la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins, présente ensuite l'état actuel d'autres dossiers et thèmes relatifs au financement des soins et aborde enfin le développement du financement des soins, notamment dans la perspective d'une introduction du financement uniforme des prestations, y compris des prestations de soins. En se basant sur les conclusions des chiffres précédents, l'OFSP tire au chiffre 3 des conclusions sur l'état de la mise en œuvre et sur les mesures à prendre en matière de financement des soins.

⁷ Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Association des communes suisses, Union des villes suisses

⁸ Santésuisse et Curafutura

⁹ Artiset / Curaviva, Senesuisse et H+ (EMS), Aide et soins à domicile Suisse et ASPS (organisations de soins et d'aide à domicile), ASI (infirmières et infirmiers indépendants)

¹⁰ Organisations représentant les intérêts des patients : Conseil suisse des aînés, Organisation suisse des patients OSP, Fédération suisse des patients

2 État de la mise en œuvre du financement des soins

Les paragraphes suivants exposent comment l'OFSP estime les lacunes de mise en œuvre identifiées dans l'évaluation ainsi que l'état de mise en œuvre d'autres dossiers et thèmes du financement des soins actuellement et dans la perspective de l'introduction éventuelle du financement uniforme. Il aborde en outre le développement du financement des soins respectivement les options de financement.

Comme indiqué au chiffre 1, l'évaluation a montré que les mesures du nouveau régime de financement des soins vont globalement dans le sens souhaité. Elle n'a pas révélé d'indices quant à une nécessité de modifications législatives, mais a en même temps identifié différentes lacunes de mise en œuvre :

- Dans l'ensemble, la transparence des coûts pouvait encore être améliorée, l'évaluation des besoins en soins,¹¹ la délimitation entre les soins et l'assistance¹² et la comptabilité analytique¹³ devaient notamment encore être développées.
- Le financement résiduel était en partie insuffisant, ce qui pouvait entraîner des lacunes dans le financement de la rémunération des soins, qui étaient en partie répercutées sur les personnes nécessitant des soins.¹⁴

Les conséquences sociopolitiques n'étaient pas absolument claires, car le Parlement débattait d'une modification de la LPC au moment de l'établissement du rapport au Conseil fédéral à l'époque.¹⁵

Note en rapport avec la pandémie de Covid-19

Dans l'évaluation des progrès réalisés depuis l'évaluation, il faut tenir compte du fait que la pandémie de Covid-19 est survenue entre le rapport d'évaluation et le présent rapport. Dans le domaine des soins en particulier, la pandémie a absorbé pendant environ deux ans de grandes quantités de ressources qui étaient initialement prévues à d'autres fins – comme les travaux visant à combler les lacunes de mise en œuvre du nouveau régime. Il convient de tenir compte de cette circonstance lors de l'évaluation de l'état actuel de la mise en œuvre du financement des soins.

Outre les lacunes de mise en œuvre identifiées lors de l'évaluation, les acteurs ont signalé des besoins d'optimisation dans plusieurs autres domaines. L'état d'avancement de ces dossiers est abordé au chiffre 2.2.

2.1 Evaluation des lacunes de mise en œuvre par l'OFSP

Dans ce chapitre, les lacunes de mise en œuvre mentionnées ci-dessus sont développées. Pour chaque domaine, la lacune de mise en œuvre identifiée est d'abord décrite. Ensuite, les mesures prises et les progrès réalisés depuis lors ainsi que la situation actuelle sont présentés. Enfin, les conclusions de l'OFSP concernant le domaine en question sont exposées. Dans le cadre de l'enquête réalisée en été 2023, les estimations des acteurs concernant les lacunes de mise en œuvre « Transparence des coûts » et « Financement résiduel », liées à l'assurance-maladie, ont été fournies ; une version plus détaillée de ces estimations peut être consultée dans les annexes I à IV.

¹¹ cf. chiffre 2.1.1 ainsi que l'annexe I

¹² cf. chiffre 2.1.2 ainsi que l'annexe II

¹³ cf. chiffre 2.1.3 ainsi que l'annexe III

¹⁴ cf. chiffre 2.1.4 ainsi que l'annexe IV

¹⁵ cf. chiffre 2.1.5

2.1.1 Évaluation des besoins en soins

Lacunes de mise en œuvre

Pour déterminer les besoins en soins, les EMS suisses utilisent différents instruments dans différentes versions. La raison principale en est les différentes directives cantonales. Les trois instruments RAI, BESA et Plaisir sont les plus répandus. Ces instruments ont été évalués dans l'étude « Mindestanforderungen für Pflegebedarfserfassungssysteme » (Infras / IPW-FHS 2017). Les différents instruments d'évaluation des besoins en soins classent parfois différemment des situations de soins identiques avec des besoins en soins comparables. Plaisir, en particulier, représente certes mieux les situations de soins présumées complexes, mais est critiqué pour attribuer généralement un niveau de soins plus élevé que les autres instruments. Selon les chiffres-clés des EMS suisses 2022 de l'OFSP, les coûts des soins soumis à la LAMal par jour de soins sont supérieurs à la moyenne nationale dans les quatre cantons où Plaisir est utilisé,¹⁶ et dans une mesure significative dans trois de ces cantons (cf. chiffres-clés des EMS suisses, OFSP 2024). Outre une charge supplémentaire pour l'AOS, il en résulte des contributions aux soins de l'AOS différentes pour la même prestation. Cela conduit à une inégalité de traitement des assurés. Dans les cantons où les personnes nécessitant des soins doivent payer une contribution du patient dépendant du niveau de soins, une classification différente peut en outre conduire à une autre inégalité de traitement des assurés.

Dans le domaine des soins ambulatoires, une telle lacune de mise en œuvre n'est que partiellement perceptible car, selon les déclarations des acteurs, l'évaluation des besoins en soins est effectuée avec le même instrument (interRAI HC, autrefois RAI HC) par presque tous les fournisseurs de prestations et les prestations ne sont pas rémunérées en fonction du niveau de soins, mais en fonction du temps consacré aux soins.¹⁷

Evolution depuis l'évaluation

Depuis le 1^{er} janvier 2020, l'article 8b OPAS a introduit des exigences minimales pour l'évaluation des besoins dans les EMS. Cette adaptation d'ordonnance visait à ainsi remédier à la situation insatisfaisante des EMS. Les études temporelles nécessaires à cet effet se sont avérées très coûteuses pour les acteurs. Le délai de mise en œuvre initialement prévu jusqu'au 31 décembre 2021 a donc été prolongé jusqu'au 31 décembre 2023.

Entre-temps, les acteurs ont suspendu les travaux de mise en œuvre des exigences minimales et travaillent à l'élaboration d'un instrument unique. L'instrument interRAI LTCF est privilégié par une majorité d'acteurs. Une consultation sur une proposition correspondante de la fédération Artiset au printemps 2023 a révélé que tous les acteurs étaient en principe favorables à l'idée d'un instrument unique. Les acteurs ont mentionné différentes exigences auxquelles un instrument unique doit répondre. Les cantons dans lesquels les besoins en soins sont actuellement déterminés à l'aide de Plaisir ont toutefois émis des réserves, estimant que les besoins en soins pour les situations de soins complexes ne sont pas suffisamment représentés avec interRAI LTCF. Ils rejettent donc la proposition sous cette forme.

État actuel de la mise en œuvre

Les EMS continuent d'utiliser différents instruments d'évaluation des besoins en soins. Une inégalité de traitement des assurés reste ainsi possible. De plus, du point de vue des fournisseurs de prestations, les situations de soins complexes ne sont pas encore correctement représentées dans les instruments existants.

¹⁶ Vaud, Genève, Neuchâtel et Jura

¹⁷ voir annexe III

Les travaux relatifs à un instrument unique d'évaluation des besoins en soins se poursuivent. Sur la base des exigences et des réserves exprimées, les acteurs ont, selon les informations d'Artiset, constitué un groupe de pilotage qui a défini un mandat pour la mise en place d'un groupe de travail composé d'experts. Ce groupe de travail est chargé d'examiner, d'une part, le bien-fondé des réserves et des exigences et, d'autre part, la conformité de l'instrument aux exigences justifiées. Le groupe de pilotage s'est mis d'accord en septembre 2023 sur les tâches, la composition et le mode de fonctionnement du groupe de travail. Le calendrier prévoit que le groupe de travail achève ses travaux d'ici fin 2024. Pour que ces travaux puissent être réalisés, le DFI a encore prolongé de deux ans le délai de mise en œuvre des exigences minimales, soit jusqu'au 31 décembre 2025.¹⁸

Dans le domaine des soins ambulatoires, environ 90% des fournisseurs de prestations utilisent l'instrument d'évaluation des soins requis interRAI HC. Rien n'indique que l'évaluation des besoins en soins pourrait ici conduire à une inégalité de traitement des assurés dans une mesure similaire.

Conclusion de l'OFSP

Du point de vue de l'OFSP, un instrument unique pour l'évaluation des besoins en soins dans les EMS, par exemple sur la base de RAI, serait en principe judicieux. L'OFSP a donc signalé aux acteurs qu'il serait prêt à examiner une proposition de solution consolidée pour un instrument unique. Du point de vue de l'OFSP, il convient de continuer à travailler sur ce thème, indépendamment de l'introduction ou non d'un financement uniforme des prestations. Les acteurs devraient donc poursuivre les travaux pour un instrument unique sous la direction d'Artiset et l'OFSP devrait accompagner les travaux dans le cadre actuel. En outre, ce thème devrait continuer à constituer un point fixe de l'ordre du jour dans les échanges réguliers entre l'OFSP et les acteurs. Si les dispositions relatives à l'utilisation d'un instrument unique d'évaluation des besoins à l'échelle nationale devaient entrer en vigueur en 2026, les acteurs devraient soumettre une proposition de solution consolidée au plus tard au printemps 2025, que l'OFSP examinera.

Le financement uniforme des prestations, incluant également les prestations de soins, devrait faciliter l'introduction d'un instrument unique pour l'évaluation des besoins en soins, notamment en raison des parts de financement de l'AOS et des cantons fixées par la loi. Contrairement au régime de financement actuel, il ne serait plus possible qu'un changement d'instrument d'évaluation des soins requis ait à chaque fois des conséquences financières contradictoires pour les différents agents payeurs (baisse des contributions de l'AOS et augmentation simultanée du financement résiduel par le canton, et inversement).¹⁹

2.1.2 Délimitation entre les prestations de soins et d'assistance

Lacunes de mise en œuvre

Sur la base des prestations de soins définies à l'art. 7, al. 2 OPAS, les conditions sont réunies pour distinguer les coûts des prestations de soins de ceux des prestations d'assistance (au même titre que les prestations d'hôtellerie ou d'aide au ménage). Les EMS ainsi que les organisations de soins et d'aide à domicile ont créé des listes qui indiquent, pour les prestations selon l'OPAS ainsi que pour les prestations en dehors du domaine de l'AOS, quels sont les actes ou les activités concrets qui tombent sous

¹⁸ RO 2023 807 (chiffre III Disposition transitoire relative à la modification du 29 novembre 2023)

¹⁹ Dans le régime de financement actuel, l'introduction d'un instrument unique peut entraîner des coûts supplémentaires, soit pour les cantons, soit pour l'AOS. Dans les cantons où les évaluations sont actuellement effectuées à l'aide d'instruments qui tendent à déterminer un besoin en soins comparativement plus élevé, il faudrait s'attendre à ce que les contributions de l'AOS diminuent avec le nouvel instrument unique en raison des évaluations plus basses. Si l'état de santé et les coûts de la fourniture efficiente des prestations restent inchangés, le besoin de financement résiduel par le canton augmenterait en conséquence.

ces prestations.²⁰ Les EMS les appellent « listes d'activités »²¹ et les organisations d'aide et de soins à domicile « catalogue des prestations d'aide et soins à domicile »²². Cela aide à délimiter les prestations de soins et d'assistance, car des analyses d'activités ou des classements de prestations sont nécessaires pour délimiter les coûts le plus précisément possible. Toutefois, une étude réalisée sur mandat de l'OFSP (Polynomics / HSLU 2020) a montré que la répartition des frais généraux se fait souvent avec des clés de répartition trop forfaitaires et non uniformes. Il en résulte une répartition des coûts entre les différentes unités d'imputation qui n'est pas conforme au principe de causalité.

Dans les situations de soins complexes, la délimitation est plus exigeante, car les prestations de soins et d'assistance sont étroitement liées. L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) se penche actuellement sur le thème de l'assistance, et a notamment publié un rapport de recherche à ce sujet (Stettler et al. 2023).

Evolution depuis l'évaluation

De l'avis des fournisseurs de prestations, les analyses du temps de travail et les analyses des activités sont devenues plus complètes. Par conséquent, la précision de la délimitation des prestations de soins définies dans l'OPAS s'est également améliorée. En revanche, les coûts de l'assistance ne peuvent pas être déterminés avec précision en raison des différences de compréhension entre les acteurs sur ce qu'il faut entendre par assistance.

La liste d'activités actuellement utilisée pour les soins en EMS a été convenue par les associations de fournisseurs de prestations et d'assureurs en 2015 et précisée en 2019. Cette version de la liste d'activités fait partie intégrante de la solution de branche pour la tenue de la comptabilité analytique et est principalement utilisée pour délimiter les prestations LAMal des prestations non-LAMal. En vue des études temporelles prévues dans l'OPAS, les acteurs ont entamé en 2021 des travaux pour une révision de la liste des activités, avec une attention particulière apportée aux situations de soins complexes. Cependant, aucun consensus n'a pu être trouvé entre tous les acteurs, raison pour laquelle la version de 2019 est toujours utilisée.

État actuel de la mise en œuvre

Du point de vue de la plupart des cantons, la précision de la délimitation est généralement considérée comme suffisante pour pouvoir fixer le financement. Les fournisseurs de prestations considèrent toutefois que la précision de la délimitation n'est toujours pas optimale pour les prestations de soins dans les situations de soins complexes. Un classement plus précis est conditionné par la réglementation du financement de ces prestations de soins complexes.

La solution de branche pour la comptabilité analytique des EMS n'est toujours pas ou pas complètement reconnue par tous les cantons (cf. aussi ch. 2.1.3). Le « catalogue des prestations d'aide et soins à domicile » existe depuis environ 20 ans. Les temps de référence qu'il contient n'ont pas été adaptés depuis un certain temps déjà.

Conclusion de l'OFSP

L'étude de Polynomics / HSLU (2020) déjà mentionnée a montré que tant les bases légales que les listes d'activités élaborées par les acteurs contribuent à une délimitation claire des prestations de soins

²⁰ Les listes complètent ou précisent donc les prestations de soins selon l'article 7 OPAS.

²¹ « Liste d'activités » du groupe de coordination Soins de longue durée Suisse (*Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz*), version 1.0_2015, avec précisions en 2019.

²² « Catalogue des prestations d'aide et soins à domicile 2023 », Aide et soins à domicile Suisse, disponible sous <https://www.instruments-aide-soins-domicile.ch/evaluation-des-besoins/translate-to-francais-zusatzformulare>

et d'assistance dans le domaine des soins ambulatoires et stationnaires. L'OFSP ne voit pas de nécessité fondamentale d'agir au niveau du droit fédéral, car les prestations sont clairement définies dans l'OPAS et les instruments nécessaires à leur délimitation sont disponibles.

L'OFSP estime qu'il existe encore un certain potentiel de développement dans la mise en œuvre et l'utilisation systématique des listes d'activités, notamment en ce qui concerne la représentation adéquate des prestations de soins dans des situations complexes (surtout pour la prise en charge de personnes atteintes de démence ou nécessitant des soins palliatifs) et leur délimitation par rapport à d'autres prestations non-LAMal (en particulier l'assistance) financées par d'autres agents payeurs que l'AOS. Dans l'ensemble, la transparence doit encore être améliorée dans ce domaine. Le thème de la délimitation devrait être traité indépendamment d'un financement uniforme. La délimitation entre les prestations de soins financées par la LAMal et les prestations d'assistance est également essentielle en ce qui concerne la rémunération des prestations de soins au moyen de tarifs, prévue dans le cadre d'une introduction du financement uniforme. Seule une délimitation précise des prestations permet également de délimiter les coûts de revient et de les attribuer aux différents agents payeurs, de sorte que seuls les coûts des prestations LAMal soient pris en compte dans le calcul des tarifs.

Des travaux de fond sont actuellement en cours concernant les prestations de soins dans des situations complexes dans les domaines de la démence et des soins palliatifs.²³ La problématique de la délimitation des soins et de l'assistance devra être réévaluée en fonction des résultats de ces travaux, une fois ceux-ci terminés. L'objectif est de définir, à l'aide des bases résultant de ces travaux, les délimitations nécessaires afin d'établir une base de données aussi exacte que possible.

2.1.3 Comptabilité analytique

Lacunes de mise en œuvre

L'évaluation a certes montré que la comptabilité analytique s'est en principe professionnalisée depuis l'introduction du nouveau régime de financement des soins. En même temps, l'évaluation a montré que tous les EMS ne déterminent pas leurs coûts conformément aux dispositions de l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les établissements médico-sociaux et les maisons de naissance dans l'assurance-maladie (OCP)²⁴ et ne les présentent pas de manière transparente. L'attention a été attirée en particulier sur les analyses du temps de travail qui seraient nécessaires pour pouvoir attribuer les coûts de manière appropriée et précise aux différents agents payeurs. Lorsque celles-ci sont lacunaires, la comptabilité analytique n'est pas conforme à l'OCP et il n'est pas possible de déterminer clairement les coûts pertinents des prestations de soins selon la LAMal. En ce qui concerne la comptabilité analytique dans le secteur ambulatoire, l'évaluation a tiré des conclusions fondamentalement similaires à celles concernant les EMS. Bien qu'il n'existe pas de directives fédérales concernant le calcul des coûts et le classement des prestations dans le secteur ambulatoire, l'évaluation a montré que les comptabilités analytiques des fournisseurs de prestations sont devenues plus détaillées et plus transparentes. Au moment de l'évaluation, près des trois quarts des organisations de soins et d'aide à domicile utilisaient le manuel financier de l'Aide et soins à domicile Suisse pour la comptabilité analytique, celle-ci étant souvent adaptée aux conditions cantonales.

²³ voir chiffre 2.2.1

²⁴ RS 832.104

Evolution depuis l'évaluation

En plus des analyses du temps de travail et des analyses d'activités plus étendues décrites au point 2.1.2, l'utilisation des solutions de branche pour la comptabilité analytique s'est également développée. Les licences octroyées permettent de conclure que la proportion de fournisseurs de prestations utilisant les modèles de comptabilité analytique des associations de la branche a continué d'augmenter, tant dans les EMS que dans les organisations de soins et d'aide à domicile. Les associations ont en outre développé divers instruments d'aide et offres de formation qu'elles mettent à la disposition de leurs membres.

État actuel de la mise en œuvre

Les EMS disposent d'instruments de comptabilité analytique établis et les utilisent systématiquement. Dans le secteur ambulatoire, les instruments de comptabilité analytique ont été développés, mais ils ne sont pas encore appliqués systématiquement par tous les fournisseurs de prestations actifs dans le secteur ambulatoire, notamment par les petites organisations. Cela s'explique notamment par le fait qu'il manque un savoir-faire professionnel pour la mise en œuvre des modèles de comptabilité analytique relativement complexes et que les frais de licence pèsent plus lourd par rapport au chiffre d'affaires.

Les cantons prescrivent aux fournisseurs de prestations des directives différentes pour la présentation des données de coûts, même si de nombreux cantons s'appuient en principe sur les modèles de comptabilité analytique des associations nationales. Lorsque les cantons émettent des directives qui vont au-delà des solutions de branche ou qui s'en écartent, cela pose des défis aux fournisseurs de prestations. Des écarts peuvent toutefois s'avérer nécessaires si l'évaluation des coûts d'utilisation des installations dans les directives de la solution de branche ne correspond pas aux directives de l'OCP. Les différentes directives cantonales rendent les comparaisons difficiles au niveau national.

Les cantons et les communes, en tant que principaux utilisateurs des données sur les coûts, attestent en principe que la qualité des données sur les coûts des fournisseurs de prestations s'est améliorée et qu'elle est désormais bonne, ce qui permet de déterminer le financement. Malgré cela, il existe de grandes différences dans la qualité des données de coûts, ce qui pose des défis aux cantons pour une détermination uniforme du financement résiduel.

Conclusion de l'OFSP

La modification de la LAMal relative au financement uniforme des prestations prévoit qu'à l'avenir, les prestations de soins seront également remboursées au moyen de tarifs. A cet effet, il convient de créer une base fiable pour des tarifs appropriés. Pour ce faire, des directives au niveau fédéral concernant la comptabilité analytique sont également nécessaires pour les prestations de soins fournies sous forme ambulatoire, à l'instar de celles qui existent déjà pour les EMS dans le cadre de l'OCP. Jusqu'à l'introduction éventuelle de telles directives, l'OFSP ne voit qu'un besoin limité d'agir, car dans le système actuel, les responsables du financement résiduel peuvent contourner les solutions de branche avec leurs propres directives, afin que les comptabilités analytiques remplissent leurs exigences en rapport avec le calcul et le paiement du financement résiduel.

Les directives nécessaires à une comptabilité analytique et à un classement des prestations appropriés et uniformes dans l'ensemble de la Suisse pour les prestations de soins fournies sous forme ambulatoire devraient être fixées rapidement dans la perspective de prestations de soins financées de manière uniforme. Etant donné que les instruments de comptabilité analytique des associations sectorielles sont de plus en plus utilisés depuis le nouveau régime de financement des soins et que les responsables du financement résiduel considèrent que la qualité des données est largement suffisante, les directives à fixer pourraient en principe s'orienter sur les solutions sectorielles existantes. Ainsi, la charge supplémentaire pour les fournisseurs de prestations serait maintenue à un niveau aussi bas que possible.

A cet effet, il convient toutefois de vérifier au préalable si les solutions de branche existantes sont conformes aux dispositions pertinentes de la LAMal et si elles permettent d'atteindre l'objectif des directives à édicter, à savoir la détermination correcte et uniforme des coûts des prestations LAMal.

2.1.4 Financement résiduel et transparence du financement

Lacunes de mise en œuvre

Au moment de l'évaluation, six cantons n'avaient pas encore introduit le financement résiduel pour tous les types de fournisseurs de prestations. L'évaluation a montré que les cantons géraient le financement résiduel de manière différente. Les solutions adoptées par certains cantons ont entraîné des coûts résiduels non couverts, même pour les fournisseurs de prestations qui fournissent leurs prestations de manière économique. Pour ces derniers, il a fallu chercher des sources de financement alternatives. Soit les propriétaires de l'organisation – souvent la commune dans laquelle se trouve l'EMS – prenaient en charge les coûts non couverts, soit ils étaient répercutés sur les personnes nécessitant des soins au titre de prestations non soumises à la LAMal, comme l'hôtellerie ou l'assistance. Ce dernier cas de figure enfreint les dispositions de la LAMal (notamment en ce qui concerne la délimitation entre les prestations de soins et les prestations ne relevant pas du domaine de prestations de l'AOS) et va à l'encontre de l'objectif du nouveau régime de financement des soins, qui est de soulager les personnes nécessitant des soins dans des situations financières difficiles.

Les cantons avaient également réglé différemment le financement résiduel des prestations de soins extracantonales, ce qui pouvait conduire à des lacunes de financement. Dans certains cas, les personnes nécessitant des soins devaient supporter elles-mêmes une éventuelle différence de coûts.

Le nouveau régime de financement des soins a entraîné une charge financière supplémentaire pour les cantons et les communes qui assurent le financement résiduel, principalement en raison des soins stationnaires dans les EMS. Dans l'ensemble, les communes ont été surchargées de manière disproportionnée.

Evolution depuis l'évaluation

Entre-temps, tous les cantons ont réglé matériellement qui est responsable du financement résiduel, comment son montant est déterminé et quel est le montant de la participation des patients. Les différences cantonales des solutions de financement résiduel ne se sont toutefois guère réduites.

La compétence pour le financement résiduel en cas de séjour en EMS hors canton a été précisée par une modification de la LAMal entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2019.²⁵ Le canton compétent est celui dans lequel l'assuré avait son domicile avant son entrée en EMS. Il prend en charge le financement résiduel selon ses propres dispositions, sauf s'il n'a pas pu mettre à disposition de l'assuré une place dans un EMS qui soit situé à proximité. Dans ce cas, il doit fournir le financement résiduel selon les règles du canton où se trouve le fournisseur de prestations. Les personnes nécessitant des soins ne doivent donc supporter elles-mêmes une éventuelle différence de coûts que si elles ne souhaitent pas recourir à la place en EMS située à proximité et mise à disposition par le canton de résidence.

État actuel de la mise en œuvre

Selon les déclarations des associations de fournisseurs de prestations, les coûts de revient ne sont toujours couverts que dans une partie des cantons, même en cas de fourniture efficiente des prestations. Tous les cantons ne peuvent pas indiquer de manière transparente le montant exact des dépenses pour le financement résiduel des prestations de soins. C'est la raison pour laquelle il n'existe

²⁵ RO 2018 2989 (complément à l'art. 25a, al. 5, LAMal)

toujours pas de vue d'ensemble exacte, à l'échelle nationale, du financement des prestations de soins par les cantons (et/ou leurs communes). Un calcul approximatif est toutefois possible (cf. *Infras* 2021).

Conclusion de l'OFSP

Du point de vue de l'OFSP, c'est au niveau du financement résiduel que les lacunes de mise en œuvre restent les plus importantes. Si les fournisseurs de prestations répercutent les coûts non couverts sur les personnes nécessitant des soins, par exemple en facturant les prestations de soins à un autre titre, il peut en résulter une inégalité de traitement indésirable entre les assurés. Les cantons sont appelés à remédier à cette lacune de mise en œuvre. Le problème d'un financement résiduel insuffisant devrait s'atténuer en cas de soins financés de manière uniforme, car les partenaires tarifaires devront à l'avenir convenir de tarifs appropriés pour les prestations de soins sur la base de coûts attestés de manière transparente, dont les cantons prendront en charge une part fixe (26,9%).

Dans le régime de financement actuel, la transparence du financement peut en outre encore être améliorée, notamment dans les cantons qui ont délégué le financement résiduel aux communes (dans 10 cantons, les communes sont entièrement responsables du financement résiduel). Une base de données transparente et pertinente sur le financement par les cantons et les communes permettrait de calculer plus précisément les dépenses de l'ensemble des agents payeurs (AOS, pouvoirs publics et personnes nécessitant des soins) pour les prestations de soins selon la LAMal (comme expliqué ci-dessus, cela n'est aujourd'hui possible que de manière approximative). C'est en premier lieu aux cantons qu'il incombe de créer la transparence, car ils sont les seuls à avoir accès aux données nécessaires à cet effet.

2.1.5 Conséquences sociopolitiques du nouveau régime de financement des soins

Résultats de l'évaluation et objectifs du nouveau régime

L'amélioration des situations sociopolitiques difficiles des personnes nécessitant des soins était, outre la stabilisation de la croissance des dépenses à charge de l'AOS, l'un des principaux objectifs du nouveau régime de financement des soins. En 2018, l'évaluation est arrivée à la conclusion que la majorité des cantons avaient pris des mesures efficaces pour éviter la dépendance à l'aide sociale dans les EMS. Dans les autres cantons, qui ne connaissaient pas de réglementation concrète, les cas d'aide sociale dans les EMS étaient rares. Ce n'est que dans des cas isolés que des personnes nécessitant des soins dépendaient de l'aide sociale. Dans l'ensemble, l'objectif de politique sociale pour les résidents des EMS a été jugé majoritairement atteint.

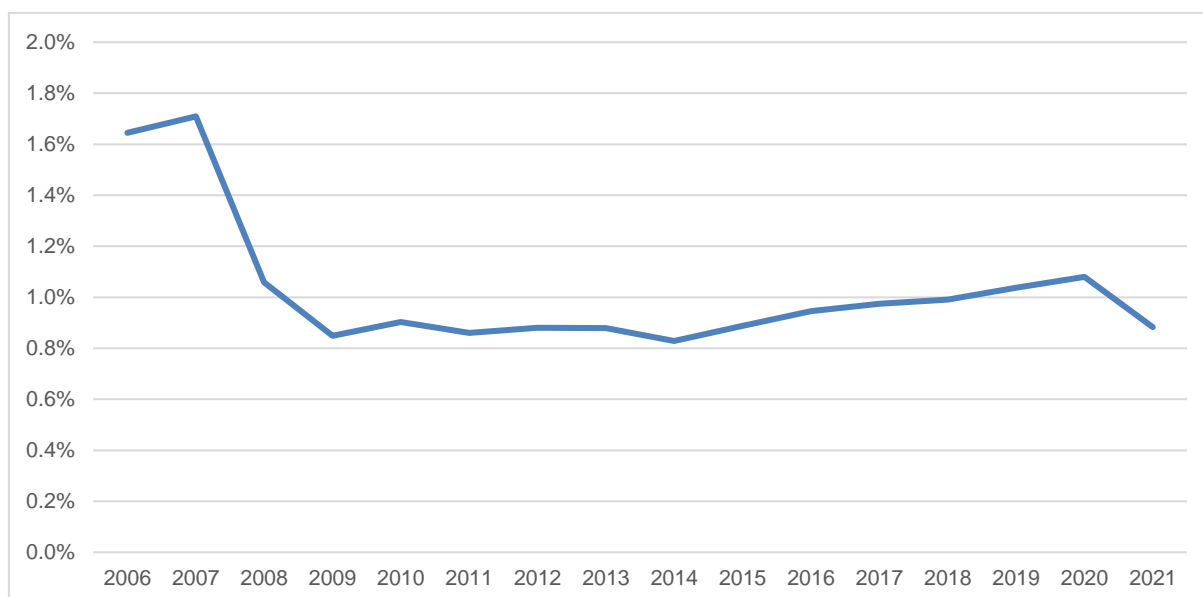
En ce qui concerne les soins à domicile, l'évaluation contient toutefois des indications selon lesquelles les mesures n'ont pas été totalement efficaces. L'introduction de l'allocation pour impotent de faible degré a certes réduit le déséquilibre entre les séjours en EMS et les soins à domicile et a amélioré la situation financière des personnes nécessitant des soins à domicile. Toutefois, pour les personnes nécessitant des soins dont le revenu sous forme de rente se situe juste au-dessus du seuil donnant droit à des prestations complémentaires, des lacunes de couverture ont été constatées, selon lesquelles les aides financières ne suffisent pas à couvrir tous les coûts des soins. C'est pourquoi, en ce qui concerne les soins à domicile, la question de savoir si les mesures de politique sociale étaient suffisantes et bien ciblées s'est posée.

Part des bénéficiaires de l'aide sociale dans les EMS

L'illustration ci-dessous montre, pour les années 2006 à 2021, l'évolution de la part des dossiers d'aide sociale des personnes de plus de 65 ans vivant dans une institution (maison pour personnes âgées ou EMS) par rapport au total des résidents en maison pour personnes âgées ou en EMS. Depuis l'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins en 2011, cette proportion se situe autour de

1%. Entre 2011 et 2020, elle a légèrement augmenté,²⁶ en 2021, elle est retombée à son niveau initial (0,88%). Dans la réalité, ce pourcentage devrait être légèrement inférieur.²⁷ Les données relatives à l'aide sociale n'indiquent donc pas, dans l'ensemble, que la proportion de personnes nécessitant des soins, bénéficiant de l'aide sociale et vivant dans un EMS, ait augmenté de manière significative depuis le nouveau régime. En règle générale, la nécessité de soins n'entraîne pas de dépendance à l'égard de l'aide sociale, du moins pas en institution.

Illustration 1 : Part des dossiers d'aide sociale des personnes de plus de 65 ans en institution par rapport à l'ensemble des résidents d'EMS



Propre représentation. Sources : Statistique des institutions médico-sociales, Statistique de l'aide sociale économique (OFS 2023a, 2023b)

Réforme des prestations complémentaires

Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur une réforme de la LPC qui était encore en discussion au Parlement au moment de l'évaluation.²⁸ Cette réforme a notamment adapté et régionalisé les montants maximaux des loyers, introduit un seuil lié à la fortune pour le droit aux prestations complémentaires et abaissé les franchises sur la fortune.

La réforme ne contient pas de mesures relatives aux soins ou à leur financement et n'a donc en principe pas d'impact sur les personnes nécessitant des soins. Dans cette mesure, il n'y a pas lieu de supposer que la situation des personnes nécessitant des soins a changé de manière significative depuis l'évaluation. Parallèlement, dans l'enquête menée par l'OFSP, aucun des acteurs interrogés n'a indiqué que la situation des personnes nécessitant des soins, en particulier celles vivant à domicile, avait changé. L'OFAS va probablement procéder à une évaluation de la réforme de la LPC.

²⁶ de 0,86% en 2011 à 1,08% en 2020

²⁷ La statistique de l'aide sociale économique recense tous les dossiers d'aide sociale concernant des personnes vivant dans des institutions. En règle générale, un dossier ne comprend qu'une seule personne et on peut supposer que les dossiers regroupant deux personnes (les deux conjoints vivent en institution) sont relativement rares. Cela augmenterait légèrement la proportion. Parallèlement, les institutions comprennent entre autres des institutions pour personnes dépendantes et pour personnes ayant des problèmes psychosociaux, dont seule une part très probablement négligeable nécessite des soins, mais qui présentent peut-être un taux d'aide sociale nettement plus élevé. Dans l'ensemble, la part des personnes nécessitant des soins qui vivent dans une institution et bénéficient de l'aide sociale devrait donc être légèrement inférieure dans la réalité.

²⁸ Objet du Parlement 16.065, texte soumis au vote final dans FF 2019 2569

Le Conseil fédéral veut encourager l'autonomie des personnes âgées et le maintien à domicile. Il propose, pour les bénéficiaires de prestations complémentaires à la rente de vieillesse, le remboursement des prestations d'assistance dans le cadre des frais de maladie et d'invalidité. Le 21 juin 2023, le Conseil fédéral a ouvert la procédure de consultation relative à la modification de la LPC. Elle a duré jusqu'au 23 octobre 2023. Les résultats de la procédure de consultation sont en cours d'évaluation et le Conseil fédéral devrait transmettre son message d'ici cet automne. La modification vise à mieux prendre en compte dans les prestations complémentaires les logements protégés et à apporter davantage de prestations pour l'assistance à domicile afin que les personnes âgées puissent rester plus longtemps à domicile. Cette révision doit permettre d'éviter, ou du moins de retarder, d'éventuelles entrées dans des EMS.

2.2 Etat de la mise en œuvre d'autres dossiers et thèmes du financement des soins

2.2.1 Financement des prestations de soins dans les situations complexes (démence, soins palliatifs)

Comme indiqué ci-dessus, l'OFSP estime qu'il est nécessaire d'agir en ce qui concerne la représentation des prestations de soins dans les situations complexes. Une conséquence du potentiel d'amélioration existant en matière de transparence des coûts et des prestations est que les questions de financement des soins, notamment des soins palliatifs et de la démence, qui concernent en particulier aussi des prestations qui ne relèvent pas du domaine de l'AOS, ne sont pas encore définitivement réglées. En 2017, les associations de fournisseurs de prestations de soins, soutenues par la CDS, ont déposé une demande d'ajout à l'OPAS des prestations de soins spécifiques à la démence. La demande est depuis longtemps chez les dépositaires de la demande pour être complétée, notamment pour valider les conséquences financières d'un tel ajout à l'OPAS. L'OFSP soutient les dépositaires de la demande dans la poursuite de leurs travaux. Parallèlement, les travaux relatifs au rapport sur le postulat 22.3867 C/SSS-CN « Prise en charge des personnes atteintes de démence. Améliorer le financement » sont en cours.

En ce qui concerne le financement des soins palliatifs, le Parlement a transmis la motion 20.4264 C/SSS-CE « Pour un financement adéquat des soins palliatifs ». Sur mandat de l'OFSP, une étude est en cours jusqu'à mi-2024, qui doit notamment clarifier quelles prestations sont fournies dans le cadre des soins palliatifs et comment elles sont financées aujourd'hui. Sur cette base, il s'agira de montrer si, dans le cadre de la prise en charge des soins palliatifs, les prestations prévues par la LAMal sont aujourd'hui rémunérées de manière appropriée et quelles prestations de soins palliatifs ne font pas partie du domaine de l'AOS. Pour ces prestations devant en principe être financées par le secteur privé, il est examiné si d'autres solutions de financement sont également envisageables ; il convient ici de tenir compte du fait que selon la Constitution fédérale, ce sont les cantons qui sont en première ligne responsables de l'approvisionnement en soins et de l'aide et des soins aux personnes âgées.

2.2.2 Mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers

L'initiative sur les soins infirmiers sera mise en œuvre en deux étapes. La première étape comprend une offensive de formation visant à augmenter le nombre d'infirmiers diplômés. La loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers entrera probablement en vigueur à la mi-2024. La première étape s'accompagne en outre d'une modification de la LAMal afin que les infirmières et infirmiers puissent facturer directement (sans ordonnance médicale) les mesures d'évaluation, de conseil et de coordination ainsi que les mesures de soins de base à la charge des assurances sociales. La Confédération continue de soutenir des projets visant à promouvoir l'efficacité des soins médicaux de base. La deuxième étape comprend notamment les champs d'action Conditions

de travail et Développement professionnel. Il s'agit ainsi de contribuer à l'augmentation de la durée d'exercice des infirmiers. Le Conseil fédéral ouvrira la procédure de consultation sur les bases légales correspondantes au cours du premier semestre 2024.

2.2.3 Soins aigus et de transition

Les soins aigus et de transition (SAT) existent depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier en 2012. Ils visent à couvrir un besoin en soins limité dans le temps après une hospitalisation et prévoient une prise en charge intégrale des coûts des prestations de soins pendant deux semaines. Ils ne sont toutefois proposés que de manière lacunaire et sont peu utilisés. Une étude réalisée sur mandat de l'OFSP sur les besoins de suivi après un séjour hospitalier, l'offre de soins existante et les options de développement des soins aigus et de transition (Ecoplan / Serdaly & Ankers 2022) montre que notamment les patients qui ont temporairement un besoin accru de suivi, c'est-à-dire qui ne peuvent pas encore réintégrer leur environnement de vie habituel après leur sortie de l'hôpital ou qui ne peuvent pas encore entrer en rééducation, ne sont souvent pas pris en charge de manière adéquate.

L'étude d'Ecoplan / Serdaly & Ankers (2022 : 28) conclut qu'il ne suffit pas d'adapter ou d'étendre les SAT uniquement en tant qu'instrument de financement (p. ex. remboursement des prestations de soins pour plus de 2 semaines ou intégration des frais d'hôtellerie). Il s'agit plutôt d'établir dans la chaîne de soins une offre de transition interprofessionnelle avec des prestations clairement définies et certaines exigences (minimales). L'étude esquisse ce à quoi pourrait ressembler une telle offre de transition et montre certes que de telles offres existent déjà au niveau communal et cantonal, mais que dans l'ensemble, des structures de soins appropriées font aujourd'hui défaut en de nombreux endroits.

Du point de vue de l'OFSP, le cadre légal existant permet déjà de créer des offres de transition correspondantes. Les cantons, en particulier, pourraient – dans le cadre de leurs compétences en matière d'approvisionnement en soins pour leur population – utiliser les bases élaborées dans l'étude pour prendre des mesures permettant de garantir à tous les assurés un suivi adéquat après un séjour à l'hôpital.

2.2.4 Matériel de soins

Le matériel de soins est rémunéré de manière uniforme depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} octobre 2021, de la modification de la LAMal du 18 décembre 2020 relative à la rémunération du matériel de soins.²⁹ L'AOS rembourse le matériel de soins, indépendamment du fait qu'il soit utilisé directement par les assurés, par un intervenant non professionnel ou par un infirmier. Le délai transitoire pour la mise en œuvre de la modification courait jusqu'à fin 2022. Selon les acteurs, la mise en œuvre de la modification de la LAMal se déroule bien. Du point de vue de l'OFSP, aucune autre mesure n'est nécessaire.

2.2.5 Proches aidants

Dans ses prises de position relatives à plusieurs interventions parlementaires déposées en 2023 concernant les proches soignants employés par une organisation de soins et d'aide à domicile, le Conseil fédéral a d'une part indiqué qu'il ne voyait pour l'instant aucune nécessité fondamentale d'agir, car les bases légales existent, notamment pour garantir une rémunération appropriée et la qualité nécessaire des prestations de soins fournies par les proches employés. Parallèlement, il a annoncé la publication d'un rapport dans lequel une attention particulière sera accordée aux conséquences financières de l'embauche accrue de proches aidants. Le rapport doit également discuter, analyser et évaluer les divers aspects liés à l'engagement de proches aidants qui ont été soulevés dans les interventions, mais aussi dans les médias ou par différents acteurs.

²⁹ RO 2021 345

2.2.6 Egalité juridique entre les organisations d'aide et de soins à domicile publiques et privées

Le Parlement a pris connaissance du rapport « Egalité juridique entre les organisations d'aide à domicile publiques et privées » du Conseil fédéral en réponse au postulat 16.3909 CSSS-CE (Conseil fédéral 2021). Le postulat a été classé. Lors de la session d'été 2023, le Parlement a en outre décidé de modifier l'art. 21, al. 2, ch. 8, de la loi fédérale régissant la taxe sur la valeur ajoutée (LTVA),³⁰ afin d'exonérer de la TVA non seulement les prestations d'assistance et d'aide au ménage fournies par les organisations d'aide et de soins à domicile d'utilité publique, mais aussi celles fournies par les organisations d'aide et de soins à domicile à but lucratif.³¹

2.3 Options de financement

Le Conseil fédéral a examiné les options de financement en matière de soins dans son rapport « Etat des lieux et perspectives dans le secteur des soins de longue durée » (Conseil fédéral 2016) et, plus récemment, dans son rapport « Financement des soins : intégration dans un financement uniforme ou adaptation des contributions de l'AOS à l'évolution des coûts » (Conseil fédéral 2020). Pour le Conseil fédéral, la priorité était un financement uniforme des prestations de soins, ce que le Parlement a également décidé par la suite fin 2023. Avant la décision en faveur d'un financement uniforme, plusieurs acteurs ont demandé à plusieurs reprises que, dans le régime de financement actuel, les contributions de l'AOS pour les prestations de soins soient adaptées à l'évolution des coûts.

2.3.1 Financement uniforme, prestations de soins y compris

Comme mentionné au début, le Parlement a adopté le 22 décembre 2023 une modification de la LAMal relative au financement uniforme des prestations selon la LAMal (y compris les prestations de soins). Comme condition préalable à des prestations de soins financées de manière uniforme, le législateur a stipulé qu'au moment de l'introduction (probablement début 2032), il devait exister des tarifs pour les prestations de soins reposant sur une base de coûts et de données uniforme et transparente et remplissant les conditions légales, à savoir notamment des tarifs couvrant les coûts nécessaires à une fourniture efficiente des prestations.³²

Le délai référendaire a expiré le 18 avril 2024. Si la modification de la LAMal relative au financement uniforme peut entrer en vigueur, toutes les prestations selon la LAMal seront à l'avenir financées de manière uniforme. Les conditions-cadres du financement des prestations de soins s'en trouveront fondamentalement modifiées, ce qui devrait également avoir des répercussions sur les lacunes de mise en œuvre du financement des soins.³³ En outre, le rôle des acteurs du domaine des soins serait fortement modifié. Ils devraient mettre en place une organisation tarifaire pour les prestations de soins, dans laquelle les fournisseurs de prestations, les assureurs et les cantons seraient représentés.³⁴ Celle-ci devrait notamment développer un nouveau système tarifaire pour les prestations de soins, ce qui, comme l'expérience l'a montré, demande beaucoup de ressources et prend plusieurs années. C'est pourquoi une période de transition relativement longue est également prévue.³⁵

³⁰ RS 641.20

³¹ voir texte du vote final dans la FF 2023 1524. Le délai référendaire a expiré le 5 octobre 2023 sans avoir été utilisé. Le Conseil fédéral détermine l'entrée en vigueur.

³² voir dispositions transitoires, ch. IV, al. 2 et 3, texte soumis au vote final dans la FF 2024 31.

³³ voir notamment les explications au point 2.1

³⁴ voir article 47a. texte du vote final dans la FF 2024 31.

³⁵ voir également la conclusion de l'OFSP sur le thème de la « comptabilité analytique », ch. 2.1.3

2.3.2 Adaptation à l'évolution des coûts des contributions aux soins de l'AOS

Les associations de fournisseurs de prestations et les cantons ont demandé à plusieurs reprises une augmentation des contributions aux soins de l'AOS, afin que celles-ci soient adaptées à l'évolution des coûts des soins, notamment en raison du renchérissement et de l'augmentation des frais de personnel. Ces demandes ont été rejetées par le Conseil fédéral, car elles contredisent notamment l'objectif du nouveau régime de financement des soins, qui est de stabiliser la croissance des coûts à la charge de l'AOS pour les prestations de soins. L'AOS supporte déjà la croissance des coûts, étant donné que la quantité de prestations de soins ou leur intensité augmentent. Certes, les cantons subissent actuellement une charge supplémentaire plus importante que l'AOS dans le cadre du financement des soins, mais à l'inverse, les cantons sont déchargés dans une mesure encore plus importante en raison du transfert du stationnaire vers l'ambulatoire. En outre, il n'est pas garanti que les responsables du financement résiduel augmentent également leur financement en cas d'augmentation des contributions de l'AOS.

3 Conclusions de l'OFSP

3.1 Lacunes de mise en œuvre du financement des soins

En résumé, on peut tirer les conclusions suivantes sur l'état de la mise en œuvre du financement des soins :

- Il existe encore un potentiel d'amélioration en ce qui concerne la délimitation des prestations de soins et des autres prestations (notamment l'assistance), en particulier pour les soins dans des situations complexes. De même, le potentiel d'une comptabilité analytique uniforme et comparable dans toute la Suisse n'est pas encore entièrement exploité. Si la modification de la LAMal relative au financement uniforme peut entrer en vigueur, des dispositions relatives au calcul uniforme des coûts et au classement des prestations pour les fournisseurs de prestations de soins ambulatoires devront être édictées. Ces dispositions devraient contribuer à améliorer la transparence des coûts.
- Dans l'ensemble, les bases d'une meilleure transparence des coûts existent. Elle doit en même temps être encore améliorée, indépendamment de l'entrée en vigueur du financement uniforme. Dans ce contexte, le programme DigiSanté visant à promouvoir la transformation numérique dans le domaine de la santé pourra également apporter une contribution. De l'avis de l'OFSP, les travaux des acteurs visant à améliorer la transparence des coûts vont en principe dans la bonne direction et peuvent contribuer à renforcer l'égalité de traitement des assurés.
- Dans le régime de financement actuel, le financement résiduel en partie insuffisant peut encore entraîner une inégalité de traitement entre les assurés. Les cantons sont tenus de remédier à cette lacune de mise en œuvre, même si ce problème s'atténue dans le cas de soins financés de manière uniforme, si des tarifs doivent être convenus sur la base de coûts justifiés de manière transparente.

Du point de vue de l'OFSP, aucune autre mesure n'est donc indiquée au niveau fédéral en ce qui concerne la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins, hormis les travaux de mise en œuvre éventuellement nécessaires pour le financement uniforme des prestations. Le dialogue institutionnalisé avec les acteurs sur le financement des soins a fait ses preuves et doit être poursuivi.

3.2 Développement du financement des soins

La décision du Parlement de financer à l'avenir de manière uniforme toutes les prestations selon la LAMal modifie des aspects essentiels du financement des soins. Si un financement uniforme ne devait pas pouvoir entrer en vigueur, l'OFSP estime qu'il n'est pas fondamentalement nécessaire d'adapter le régime de financement actuel des prestations de soins. Dans ce cas, il faudrait en premier lieu s'attaquer aux lacunes de mise en œuvre constatées au niveau du financement résiduel.

Indépendamment du financement uniforme, il convient de clarifier dans quelle mesure la rémunération des prestations de soins selon la LAMal est appropriée dans des situations complexes (notamment démence, soins palliatifs) et de déterminer quelles prestations sont fournies dans le cadre de telles situations de soins complexes, qui peuvent certes être importantes pour la prise en charge des personnes nécessitant des soins, mais qui se situent en dehors du domaine de l'AOS. Ces prestations doivent être identifiées et pouvoir être délimitées en prenant en compte la répartition constitutionnelle des compétences selon laquelle les cantons sont en principe responsables de l'approvisionnement en soins et de l'aide et des soins aux personnes âgées. Ensuite, il sera possible d'examiner comment de telles prestations, qui doivent aujourd'hui être payées en premier lieu par les assurés eux-mêmes, pourraient être financées.

4 Bibliographie

- CI Financement des soins (2015). Les revendications de la CI Financement des soins, management summary. Berne : Communauté d'intérêts Financement des soins.
- CI Financement des soins (2018). Argumentaire relatif aux revendications de la CI Financement des soins. Berne : Communauté d'intérêts Financement des soins.
- Conseil fédéral (2016). Etat des lieux et perspectives dans le secteur des soins de longue durée. Rapport du Conseil fédéral du 25 mai 2016 donnant réponse aux postulats 12.3604, 14.3912 et 14.4165. Berne.
- Conseil fédéral (2020). Financement des soins : intégration dans un financement uniforme ou adaptation des contributions de l'AOS à l'évolution des coûts. Rapport du 25 novembre 2020 en réponse aux postulats 16.3352 CSSS-CN du 13 mai 2016 et 19.3002 CSSS-CN du 24 janvier 2019. Berne.
- Conseil fédéral (2021). Egalité juridique entre les organisations d'aide à domicile publiques et privées. Rapport du Conseil fédéral du 12 mai 2021 en réponse au postulat 16.3909 de la CSSS-CN du 3 novembre 2016. Berne.
- DFI (2018). Avis du Département fédéral de l'intérieur (DFI) concernant l'évaluation du nouveau régime de financement des soins. Berne : Département fédéral de l'intérieur.
- Ecoplan / Serdaly & Ankers (2022). Akut- und Übergangspflege. Rapport final sur mandat de l'OFSP. Berne : Ecoplan. [seulement en allemand, résumé en français intégré]
- Infras / IPW-FHS (2017). Mindestanforderungen für Pflegebedarfserfassungssysteme. Infras / Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPW-FHS.
- Infras / Landolt Rechtsanwälte / Careum Forschung (2018). Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Rapport final sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Zurich. [seulement en allemand, résumé en français disponible]
- Infras (2021). Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung – Grundlagen zur Schätzung der Anteile der Finanzierungsträger der Pflegeleistungen nach KVG. Rapport final sur mandat de l'OFSP. Zurich : Infras. [seulement en allemand, résumé en français intégré]
- OFS (2023a). Institutions médico-sociales : nombre de clients. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique.
- OFS (2023b). ASE : Dossiers de l'aide sociale économique selon le canton, la structure de l'unité d'assistance, le sexe, la classe d'âge et la nationalité (catégorie) du titulaire. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique.
- OFAS (2022). Statistique des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI 2021. Berne : Office fédéral des assurances sociales.
- OFSP (2023). Conséquences financières d'une suppression de la contribution du patient pour les prestations de soins et d'une prolongation des soins aigus et de transition avec prise en charge des frais de séjour ; intégration flexible dans le temps des prestations de soins. Rapport du 19 juin 2023 à l'attention de la CSSS-N. Berne : Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2024). Chiffres-clés des établissements médico-sociaux suisses par canton 2022. Berne : Office fédéral de la santé publique.

Polynomics / HSLU (2020) : Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung. Rapport final sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Olten, Lucerne : Polynomics, Haute école de Lucerne. [seulement en allemand, résumé en français intégré]

Stettler, Peter et al. (2023) : Betreuung im Alter – Bedarf, Angebote und integrative Betreuungsmodelle. Rapport de recherche 07/2023. Berne : Office fédéral des assurances sociales. [seulement en allemand, résumé en français intégré]

Annexe : Appréciation de la mise en œuvre par les acteurs

Annexe I : Évaluation des besoins en soins

Appréciation des acteurs selon l'enquête d'août 2023³⁶

<p>Fournisseurs de prestations stationnaires</p>	<p>Les cantons prescrivent différents instruments d'évaluation des besoins en soins (parfois dans des versions différentes) ou laissent le choix aux EMS. Ce manque d'uniformité entraîne une inégalité de traitement des personnes nécessitant des soins. Une harmonisation a eu lieu entre RAI et BESA.</p> <p>Les instruments d'évaluation des besoins en soins existants ne reflètent pas tous autant bien les prestations d'assistance dues à une maladie ou les soins complexes. Une meilleure représentation dépend ici de la clarification / de la garantie du financement de la démence et des soins palliatifs.</p> <p>Les efforts des acteurs vont dans le sens d'un instrument unique pour toute la Suisse afin d'évaluer les besoins en soins. Un projet dans ce sens est en cours sous la direction d'Artiset. Sa mise en œuvre est actuellement encore retardée en raison des réticences de certains acteurs.</p>
<p>Fournisseurs de prestations ambulatoires</p>	<p>Dans le domaine des soins ambulatoires, l'évaluation des besoins n'a pas d'incidence directe sur le financement. Elle sert en premier lieu à la planification. Aide et soins à domicile Suisse s'est mis d'accord sur RAI au sein de l'association. D'après les licences attribuées, environ 90% des membres travaillent avec la dernière version interRAI HC. Les organisations privées d'aide et de soins à domicile l'utilisent également. Pour les infirmiers indépendants, l'utilisation est liée à des coûts élevés (licence, mise en place, formation). Pour les soins psychiatriques, interRAI CMH est utilisé.</p> <p>En ce qui concerne les situations de soins complexes, l'évaluation faite par les outils est jugée insatisfaisante. Une documentation supplémentaire est nécessaire pour mettre en évidence les besoins, ce qui implique un travail supplémentaire.</p>
<p>Responsables du financement résiduel</p>	<p>Dans les cantons, différents instruments dans différentes versions sont utilisés pour les EMS. Certains cantons exigent que les EMS utilisent la version la plus récente et un canton a introduit RAI sur l'ensemble de son territoire. Les organisations d'aide et de soins à domicile utilisent en grande majorité interRAI HC. L'idée d'un instrument unique à l'échelle nationale pour l'évaluation des besoins en soins est en principe soutenue, à condition que les soins complexes y soient correctement représentés. Les paramètres qui définissent le niveau de soins doivent être vérifiés et l'instrument doit être calibré en permanence afin de refléter la réalité des soins.</p>
<p>Assureurs-maladie</p>	<p>Les différents instruments d'évaluation des besoins en soins aboutissent à des résultats de classification différents, ce qui entraîne des coûts AOS plus élevés dans certains cantons et, par conséquent, une inégalité de traitement des assurés. Les assureurs ont participé aux travaux visant à satisfaire aux exigences minimales. Les associations d'assureurs soutiennent désormais en principe l'idée d'un instrument unique en tant que solution pragmatique.</p>

³⁶ Les organisations de patients ne se sont pas exprimées sur ce sujet lors de l'enquête.

Annexe II : Délimitation entre soins et assistance

Appréciation des acteurs selon l'enquête d'août 2023

<p>Fournisseurs de prestations stationnaires</p>	<p>Les analyses du temps de travail et les analyses des activités sont devenues plus complètes et permettent une meilleure délimitation des prestations. Pour les prestations de soins définies dans l'OPAS, une délimitation claire est possible. En revanche, l'assistance n'est pas définie et il n'existe pas non plus de directives cantonales à ce sujet.</p> <p>Pour les prestations de soins dans des situations de soins complexes comme la démence, les soins palliatifs ou la gérontopsychiatrie, une saisie plus précise dépend d'une réglementation du financement. Comme les cantons financent ces prestations de manière très différente, l'incitation à une saisie précise n'existe pas partout. Dans les situations de soins complexes, l'assistance due à une maladie est, du point de vue des fournisseurs de prestations, un élément important et devrait être reconnue comme des soins (avec une adaptation correspondante de l'OPAS et des systèmes d'évaluation des besoins).</p>
<p>Fournisseurs de prestations ambulatoires</p>	<p>Le catalogue des prestations d'aide et de soins à domicile, élaboré en collaboration avec les associations d'assureurs, permet en principe de délimiter les prestations de soins, d'assistance et d'aide au ménage. Les infirmières et infirmiers sont également formés en conséquence.</p> <p>La mise en œuvre est toutefois difficile, car certains actes (surtout dans les situations de soins complexes comme la démence, les soins palliatifs ou les soins psychiatriques) ne se déroulent pas séparément dans la pratique. Le financement détermine la structure des prestations saisies, c'est pourquoi il n'est pas possible aujourd'hui de faire une analyse détaillée des situations de soins complexes à partir des données disponibles. Il serait plus simple d'analyser les situations sous l'angle du setting au lieu de celui des prestations individuelles.</p>
<p>Responsables du financement résiduel</p>	<p>Des relevés du temps de travail et des prestations ont été effectués, mais seulement de manière ponctuelle, car ils monopolisent beaucoup de ressources dans les entreprises. Pour la détermination du financement, la délimitation est généralement considérée comme suffisante. L'un des cantons considère que les clés de répartition du manuel Curaviva sont trop forfaitaires.</p>
<p>Assureurs-maladie</p>	<p>Des problèmes de mise en œuvre sont encore constatés. Beaucoup de travail a été investi dans la création d'une liste d'activités afin de préciser encore davantage la délimitation. Elle n'a cependant pas été mise en œuvre étant donné que les cantons impliqués dans les travaux n'ont pas donné leur accord. Du point de vue des assureurs, cette liste devrait être utilisée dans tous les cantons, car le catalogue de prestations selon la LAMa/l'OPAS n'est pas assez précis. De plus, un catalogue de prestations séparé serait nécessaire pour les prestations d'assistance.</p> <p>L'une des associations propose de prévoir une délimitation claire comme condition d'admission et d'introduire des mesures de sanction en cas de non-respect.</p>
<p>Organisations de patients</p>	<p>Le problème fondamental de la délimitation réside dans le financement des différentes prestations. Les prestations devraient être financées de manière forfaitaire afin de favoriser les soins intégrés.</p> <p>De gros problèmes ont été identifiés spécifiquement dans le domaine de l'hôtellerie pour les soins palliatifs dans les hospices.</p>

Annexe III : Comptabilité analytique et classement des prestations

Appréciation des acteurs selon l'enquête d'août 2023

Fournisseurs de prestations stationnaires	<p>La solution de branche pour la comptabilité financière et la comptabilité analytique est utilisée (selon les attributions de licences) par 850 institutions. Plusieurs cantons fondent leurs directives en matière de comptabilité analytique sur les instruments de gestion d'entreprise de Curaviva. Les EMS intégrés à des hôpitaux appliquent Rekole, à moins que le canton ne prescrive le manuel Curaviva.</p> <p>Il manque une coordination intercantonale en ce qui concerne la surveillance et le financement résiduel. Les directives des cantons sont différentes (p. ex. répartition des coûts entre soins / assistance / hôtellerie) et ils exigent parfois des données qui vont au-delà des normes de la branche. Mais les données fournies au niveau national diffèrent également de celles des cantons. Les fournisseurs de prestations seraient très favorables à une harmonisation des directives cantonales. De plus, les directives de certains cantons ne correspondent pas aux dispositions du droit fédéral. Il en résulte une comparabilité limitée entre les cantons.</p> <p>Il n'existe aucune autorité qui contrôle que les directives nationales sont respectées au niveau cantonal.</p> <p>Les associations consultent les comptes annuels et il est offert aux EMS de pouvoir comparer leur comptabilité analytique avec d'autres EMS.</p> <p>Les SAT ne sont pas représentés avec suffisamment de précision dans les modèles de comptabilité analytique, ce qui entraîne une présentation de coûts trop bas.</p>
Fournisseurs de prestations ambulatoires	<p>Le manuel financier de l'Aide et soins à domicile Suisse uniformise la comptabilité financière et la comptabilité analytique, ainsi que le classement des prestations nécessaire à cet effet. Un outil est en outre développé pour mettre à disposition des organisations une comptabilité analytique conforme aux directives du manuel financier. Une plateforme de benchmarking est proposée en parallèle.</p> <p>En raison de l'hétérogénéité des organisations, une application généralisée du manuel financier est un défi.</p> <p>L'utilisation du manuel financier est estimée, sur la base des licences accordées, à environ 90% des membres de l'Aide et soins à domicile Suisse. A cela s'ajoutent plus de 120 organisations non-membres.</p> <p>De nombreux cantons prescrivent l'utilisation du manuel financier. Toutefois, certains d'entre eux vont au-delà de ces exigences ou y dérogent.</p> <p>Les organisations privées d'aide et de soins à domicile estiment que leurs intérêts ne sont pas suffisamment représentés dans les instruments de comptabilité analytique.</p>
Responsables du financement résiduel	<p>La plupart des cantons, mais pas tous, basent leurs directives pour les EMS sur les standards de Curaviva. Cependant, certains demandent des indications supplémentaires ou plus précises. Tous les cantons ne considèrent pas le manuel de Curaviva comme conforme à l'OCP.</p>

État de la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins

	<p>La qualité des données semble s'être généralement améliorée et permet de fixer le financement résiduel ou les tarifs des soins.</p> <p>Pour les organisations d'aide et de soins à domicile, le manuel financier est en principe considéré comme approprié, mais sa mise en œuvre est problématique, surtout pour les petites organisations d'aide et de soins à domicile. La qualité des données varie donc fortement d'un fournisseur de prestations à l'autre et la collecte des données demande beaucoup de ressources aux cantons, car de nombreuses petites organisations ont leur propre système de comptabilité analytique.</p>
Assureurs-maladie	<p>Des lacunes sont encore identifiées en ce qui concerne la transparence des coûts. Il est souligné que les assureurs n'ont pas la possibilité d'exercer une influence. L'une des associations d'assureurs demande un contrôle externe des comptabilités analytiques et des mécanismes de sanction en cas de qualité insuffisante des données.</p>
Organisations de patients	<p>Les directives des cantons en matière de comptabilité analytique sont différentes. La délimitation entre le financement des prestations de soins et celles d'assistance est arbitraire.</p>

Annexe IV : Financement résiduel

Appréciation des acteurs selon l'enquête d'août 2023

<p>Fournisseurs de prestations stationnaires</p>	<p>Du point de vue des fournisseurs de prestations, le financement résiduel ne couvre pas les coûts effectifs, et souvent même en cas de fourniture efficiente des prestations ; il est appliqué différemment d'un canton ou d'une commune à l'autre. On estime que le déficit de financement annuel est d'environ 300 millions de francs.</p> <p>Dans de nombreux cantons, les coûts normatifs des soins sont trop bas et ne sont pas adaptés à l'augmentation des coûts de revient ou le financement résiduel est fixé à un niveau inférieur aux coûts justifiés. Il manque une autorité chargée de vérifier si les cantons financent réellement les coûts des soins. On ne constate pas d'harmonisation des différentes méthodes cantonales.</p> <p>Certains cantons publient le financement résiduel versé, mais pas tous, loin s'en faut. Les différences cantonales, associées à l'augmentation générale de la part du financement résiduel, accentuent les inégalités en matière d'accès aux soins pour les assurés.</p> <p>Des négociations ont lieu avec les cantons où les lacunes de couverture sont mises en évidence, mais le financement est rarement adapté en conséquence. Les EMS doivent financer les lacunes de couverture par leurs fonds propres, par des financements croisés provenant des recettes d'autres prestations ou sont tributaires de dons.</p>
<p>Fournisseurs de prestations ambulatoires</p>	<p>Le financement résiduel est mis en œuvre différemment d'un canton à l'autre. Les associations négocient avec les cantons avec plus ou moins de succès. Elles mènent parfois aussi des procédures judiciaires. L'ensemble des coûts des soins ne sont pas couverts dans tous les cantons. Les coûts non couverts doivent - dans la mesure du possible – faire l'objet d'un financement croisé ou être couverts par les réserves ou les fonds propres.</p> <p>La logique de financement des cantons est axée sur les organisations d'aide et de soins à domicile, qui emploient également du personnel moins bien formé, et ne tient donc pas compte de manière adéquate des infirmières et infirmiers indépendants, qui sont tous diplômés.</p>
<p>Responsables du financement résiduel</p>	<p>L'augmentation des coûts due au renchérissement ou à l'évolution des salaires est à la charge des responsables du financement résiduel. Du point de vue des cantons, les contributions AOS devraient être adaptées à l'évolution des coûts. De plus, les coûts augmentent constamment en raison de l'augmentation du volume des prestations de soins.</p> <p>Les cantons connaissent des modèles de financement différents. Il n'y a pas eu d'harmonisation entre les cantons. Dix cantons ont entièrement délégué le financement résiduel aux communes.</p> <p>Si les coûts normatifs sont rémunérés, les établissements dont les coûts effectifs sont plus élevés se plaignent que leurs prestations ne sont pas suffisamment rémunérées. Si les coûts effectifs sont rémunérés, le risque existe que des prestations fournies de manière inefficente soient également rémunérées. Cette dernière méthode est jugée plus gourmande en ressources pour le canton.</p>

État de la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins

	<p>Une publication transparente du financement résiduel est particulièrement difficile, voire impossible, dans les cantons où le financement résiduel est assuré par les communes.</p> <p>L'amélioration de la comptabilité analytique conduit à une certaine harmonisation des coûts justifiés, ce qui est utile pour déterminer le financement résiduel.</p>
Assureurs-maladie	<p>Le financement résiduel ne peut pas être évalué de manière fondée en raison du manque de transparence. On part toutefois du principe qu'il est insuffisant. Cela incite à répercuter les coûts non couverts sur l'AOS ou sur les personnes nécessitant des soins.</p> <p>Les assureurs n'ont aucun moyen d'action pour améliorer la transparence.</p>
Organisations de patients	<p>La couverture des coûts est insuffisante. Les coûts non couverts continuent d'augmenter en raison de l'inflation et sont répercutés sur les personnes nécessitant des soins en tant que prestations d'assistance.</p>