

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

# Évaluation du nouveau régime de financement des soins

## Synthèse

Zurich/Glaris, le 5 janvier 2018

Judith Trageser, Eva Gschwend, Thomas von Stokar (INFRAS)

Prof. Dr. iur. Hardy Landolt, (Landolt Rechtsanwälte)

Prof. Dr. Ulrich Otto, Anna Hegedüs (Careum Forschung, institut de recherche de la  
haute école spécialisée Kalaidos Santé)

## Condensé

La présente évaluation fait le bilan du nouveau régime de financement des soins (NRFS) entré en vigueur en 2011 et de ses effets. Le premier objectif principal du NRFS, à savoir limiter les charges supplémentaires qui pèsent sur l'assurance obligatoire des soins (AOS), a été atteint par cette révision. Toutefois, la charge financière qui pèse sur les collectivités publiques, notamment sur les communes, a augmenté. Le deuxième objectif principal du NRFS, à savoir l'amélioration de la situation sociale difficile de personnes nécessitant des soins, n'a été que partiellement rempli. Les cantons ont certes rempli leurs obligations qui découlent du NRFS, à quelques exceptions près ; toutefois, les solutions choisies par près de la moitié des cantons pour le financement résiduel conduisent à des déficits de financement et à une pression financière sur les fournisseurs de prestations. L'évaluation révèle par ailleurs encore des insuffisances du côté des fournisseurs de prestations en lien avec la difficulté à délimiter leurs coûts par rapport à ceux qui sont pris en charge par la LAMal. Enfin, les soins aigus et de transition introduits par le NRFS ne sont pas encore généralisés, essentiellement en raison du cadre légal.

Mots-clés : nouveau régime de financement des soins, évaluation, coûts des soins.

## Synthèse

### 1. Introduction

#### La situation de référence

En 2011 est entré en vigueur le nouveau régime de financement des soins (NRFS). L'objectif du législateur était double :

- Premièrement éviter de charger encore plus l'assurance obligatoire des soins (AOS), qui avaient auparavant pris en charge toujours plus de coûts pour les prestations de soins liés à l'âge.
- Deuxièmement améliorer la situation sociale difficile de certains groupes de personnes nécessitant des soins.

Le NRFS a procédé à une refonte des modalités de financement des soins entre assureurs (AOS), personnes assurées et cantons. Désormais, l'AOS verse **une contribution fixe** (en francs)

pour les soins ; par ailleurs, la **participation des patients** ne peut pas dépasser 20 % de la contribution AOS maximale. La réglementation du **financement résiduel** relève désormais de la compétence des cantons.

Le législateur a pris trois mesures supplémentaires pour limiter la charge financière des ménages privés et pour minimiser leur risque de dépendance de l'aide sociale des personnes nécessitant des soins :

- Premièrement la **création d'une allocation pour impotents de degré faible** dans le cas de patients bénéficiant de soins à domicile,
- Deuxièmement l'**augmentation du montant de la fortune librement disponible** pour les bénéficiaires de prestations complémentaires (PC)<sup>1</sup>,
- Troisièmement le séjour dans un établissement médico-social (EMS) n'entraîne **pas de dépendance de l'aide sociale** en règle générale et chez les bénéficiaires des prestations complémentaires.

Enfin, le Parlement a créé la possibilité de rembourser les **prestations de soins aigus et de transition** pendant deux semaines au maximum selon les modalités de financement hospitalier. Il s'agit de prestations considérées comme nécessaires après un séjour hospitalier et qui ont été prescrites par un médecin de l'hôpital. Cette réglementation a été introduite par le législateur en prévision de la révision de la LAMal relative au financement hospitalier (2012) : on craignait que la rémunération par forfaits liés aux prestations (SwissDRG) n'incite les hôpitaux à renvoyer trop tôt les patients. Les soins aigus et de transition devaient prévenir ces potentiels effets indésirables.

L'article 32 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) charge l'OFSP d'étudier l'exécution et les effets de la loi (respectivement de ses révisions). L'OFSP a mandaté le groupe de travail INFRAS, Careum Forschung et Landolt Rechtsanwälte de procéder à l'évaluation du NRFS. L'évaluation a été faite entre avril 2016 et décembre 2017. Elle doit analyser et évaluer l'état de la mise en œuvre, la réalisation des objectifs et les effets secondaires. Elle porte sur les trois questions principales suivantes :

1. Quel est l'état global de la mise en œuvre de la révision ?
2. Dans quelle mesure les deux objectifs principaux de la révision ont-ils été atteints ?
3. Quels sont, le cas échéant, les effets secondaires, notamment financiers, de la révision ?

---

<sup>1</sup> La révision en cours de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LPC) prévoit d'abaisser le montant de la fortune librement disponible dans certains cas.

L'évaluation se base en outre sur des questions détaillées, élaborées en collaboration avec toutes les parties concernées dans le cadre d'une étude préliminaire. Les résultats de l'évaluation sont destinés au Département fédéral de l'intérieur (DFI) et au Conseil fédéral, qui les utiliseront comme base de décision pour la suite de la procédure.

## 2. Méthodologie et déroulement de l'étude

L'évaluation combine plusieurs méthodes d'analyse : une analyse documentaire, des entretiens exploratoires avec les acteurs clés, une enquête téléphonique auprès des cantons, une enquête en ligne auprès des fournisseurs de prestations, des études de cas dans les communes ainsi qu'une analyse de données secondaires. Dans le cadre des études de cas, les interlocuteurs choisis étaient les points de contact et les organismes d'aide aux personnes nécessitant des soins ainsi que leurs proches. La réalisation de l'étude empirique a eu lieu entre mai 2016 et mai 2017. Le tableau ci-après présente les méthodes utilisées pour les différents objets d'étude.

Tableau no 1: vue d'ensemble des méthodes utilisées

Objet de l'évaluation	Analyse documentaire / entretiens exploratoires	Enquête auprès des cantons	Enquête auprès des fournisseurs de soins	Études de cas dans les communes	Analyse de données secondaires
Concept : mesures du nouveau régime de financement des soins	■				
Output : Mesures mises en œuvre par les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs	■	■	■		
Outcome : Effets sur l'offre, l'approvisionnement, la demande/les effets secondaires	□		■	■	■
Impact : Effets sur les coûts des soins, la charge et la situation financière des personnes nécessitant des soins	□	□	□	■	■

Case bleue : Contribution plus forte de la méthode pour analyser l'objet de l'évaluation

Case blanche : Contribution moins forte de la méthode pour analyser l'objet de l'évaluation

Tableau : INFRAS.

### **Les limites de l'évaluation**

La méthodologie a été choisie pour baser l'analyse des effets du NRFS sur les données les plus pertinentes et pour tenir compte des perspectives diverses, notamment de celle des acteurs concernés. Cette méthode connaît des limites. Ainsi, les données secondaires révèlent des ruptures dans la méthodologie et dans certains cas, les données spécifiques qui concernent les personnes nécessitant des soins font défaut dans les statistiques publiques. Ces ruptures diminuent la pertinence des résultats à propos des répercussions financières du NRFS. Par ailleurs, les enquêtes menées auprès des EMS et des organisations d'aide et de soins à domicile n'ont connu qu'un faible taux de retour (15 respectivement 17 %) ; par conséquent, les résultats peuvent présenter une certaine distorsion. Quant à la validité des entretiens qualitatifs menés avec les organisations de patients, avec les personnes nécessitant des soins et avec leurs proches, elle n'est que relative, puisqu'elle se base sur des études de cas. En revanche, au niveau qualitatif, les résultats présentent un tableau aussi complet que possible de la condition des personnes nécessitant des soins.

## **3. Les résultats**

Ci-après les résultats de l'évaluation relatifs aux trois questions principales sont résumés et commentés du point de vue des auteurs de l'évaluation.

### **3.1. État de la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins**

La responsabilité de la mise en œuvre du NRFS incombe avant tout aux cantons et aux fournisseurs de prestations. Les cantons doivent régler le financement résiduel ainsi que veiller à ce qu'un séjour dans un EMS n'entraîne pas la dépendance de l'aide sociale. Il leur appartient aussi de créer le cadre pour la mise en place de l'offre pour les soins aigus et de transition. Quant aux fournisseurs de prestations, ils doivent présenter de manière plus transparente les coûts des soins et les délimiter des coûts non couverts par la LAMal. De plus, les fournisseurs de prestations doivent mettre à disposition l'offre pour les soins aigus et de transition.

L'état de la mise en œuvre dans les domaines du financement résiduel, des mesures d'accompagnement sociales et des soins aigus et de transition fait l'objet du résumé ci-après.

### **Mise en œuvre du financement résiduel**

Les cantons ont la tâche de régler la question du financement résiduel. Il existe encore des lacunes dans six cantons (AI, FR, GE, GL, SO, TI), lesquels n'ont pas encore mis en place les mécanismes de financement résiduel pour l'ensemble des fournisseurs de prestations. En outre, il faut relever que les cantons ont introduit des modalités de mise en œuvre différentes et qu'elles ne sont pas toutes appropriées pour remplir les objectifs du NRFS.

Ainsi, certaines modalités de financement apparaissent problématiques dans la mesure où elles ne couvrent pas la totalité des coûts résiduels, également chez des fournisseurs de prestations efficaces. Ces coûts résiduels non couverts sont à la charge des organismes qui répondent des fournisseurs de prestations et le risque existe qu'ils soient mis à la charge des personnes nécessitant des soins sous la forme de coûts non obligatoirement à la charge de la LAMal au titre, par exemple, de l'hôtellerie ou des prestations d'assistance. L'enquête auprès des fournisseurs de prestations a fourni des indications selon lesquelles de tels coûts ont été répercutés sur les personnes nécessitant des soins.

Il faut en outre relever une inégalité de traitement entre les fournisseurs de prestations qui ont un contrat de prestation/d'approvisionnement et ceux qui n'en ont pas, notamment en lien avec le montant fixé pour la participation des patients aux coûts.

Des lacunes de financement sont en outre apparues en cas de soins extra-cantonaux, faute de réglementation définitive concernant les compétences en la matière. Le 29 septembre 2017, les Chambres fédérales, ont adopté une modification de l'art. 25a, al. 5, LAMal, afin de clarifier cette question.

### **Mesures d'accompagnement d'ordre social**

Les cantons sont tenus de faire en sorte qu'un séjour dans un EMS n'induisse pas une dépendance de l'aide sociale ; une majorité d'entre eux remplit cette exigence. Ainsi, seize cantons ont instauré des dispositifs efficaces pour éviter un tel corollaire, par exemple en renonçant à fixer un plafond pour les taxes des EMS imputables aux prestations complémentaires ou en adaptant le plafond des taxes en vigueur dans les EMS du canton. La plupart des cantons appliquaient déjà ce type de réglementation avant l'introduction du NRFS. Dans les dix autres cantons (AI, BS, GE, GL, LU, OW, SO, UR, VS, ZG), une réglementation spécifique fait défaut. Selon les données analysées, les personnes dépendantes de l'aide sociale sont relativement rares dans les EMS et selon les informations recueillies auprès des cantons et des communes, et pour les cas qui existent, il y a souvent une explication. Toutefois, il existe des indications selon lesquelles certaines situations ponctuelles sont en contradiction avec le NRFS et illustrent une mise en œuvre lacunaire dans quelques cantons.

### Soins aigus et de transition

Les cantons ont défini les responsabilités en matière de mise en œuvre et de financement des soins aigus et de transition, à l'exception de deux d'entre eux (VD et VS). Toutefois, l'offre actuelle pour les soins aigus et de transition est plutôt faible. Ainsi, parmi les fournisseurs de prestations qui ont répondu au questionnaire en ligne, seuls la moitié des organisations d'aide et de soins à domicile, un quart des EMS et des hôpitaux de soins aigus et un cinquième des cliniques de réadaptation proposent une offre pour des soins aigus et de transition.<sup>2</sup> Les résultats de l'évaluation ne permettent pas d'évaluer de manière définitive si l'offre actuelle de prestations de soins aigus et de transition est suffisante. Ces résultats montrent que la demande de prestations de ce type est encore faible pour le moment. La conception même des prestations de soins aigus et de transition paraît être l'une des principales raisons de l'offre lacunaire et de la faible demande (courte durée, pas de financement de l'hôtellerie et des prestations d'assistance, incertitudes concernant les conditions et les délimitations des soins aigus et de transition).

## 3.2. Réalisation des objectifs

### Objectif no 1 : éviter de charger financièrement encore davantage l'assurance obligatoire des soins (AOS)

Les contributions fixes aux prestations de soins arrêtées dans le cadre du NRFS ont permis d'atteindre entièrement l'objectif qui consistait à éviter de charger l'AOS avec des coûts supplémentaires. En valeur absolue, le coût des soins à la charge de l'AOS a légèrement augmenté. La part de financement de l'AOS aux coûts des soins couverts par la LAMal n'a cessé de baisser depuis 2011 : ce recul est de 5 % (de 56 % à 51 %) pour les soins en EMS et de 2 % (de 72 % à 70 %) pour les soins à domicile. Les données dont nous disposons laissent à penser que l'introduction des contributions fixes, en 2011, n'aurait pas été totalement neutre du point de vue de la neutralité des coûts, à savoir avec des contributions de l'AOS tendanciellement plus basses pour les EMS et plus élevées pour les organisations d'aide et de soins à domicile.

### Objectif no 2 : Améliorer la situation sociale difficile de personnes nécessitant des soins

La situation financière des personnes nécessitant des soins n'apparaît pas dans les statistiques publiques. Par conséquent, la réalisation de cet objectif se base sur les entretiens menés avec les personnes nécessitant des soins/leurs proches et avec les associations de patients. Il en découle que l'objectif qui visait à améliorer la situation sociale difficile des personnes nécessitant

<sup>2</sup> Il faut se rappeler que dans les EMS et les organisations d'aide et de soins à domicile, l'offre est effectivement faible. Compte tenu du faible taux de participation à l'enquête en ligne, on peut admettre que les chiffres sont biaisés.

des soins n'a été que partiellement atteint. Les mesures d'accompagnement d'ordre social ont permis de décharger financièrement certains groupes de personnes nécessitant des soins et les cas de personnes nécessitant des soins en EMS et qui sont dépendantes de l'aide sociale sont rares. Pour ce qui est du financement des soins à domicile, en particulier aux personnes nécessitant des soins et qui n'ont qu'une rente à peine supérieure au niveau donnant droit aux prestations complémentaires, l'efficacité des mesures était insuffisante et n'a fait ses preuves que pour les personnes légèrement impotentes. L'évaluation montre que notamment chez ces personnes la couverture est lacunaire et que les contributions financières ne permettent pas de couvrir les coûts liés aux soins.

Les situations sociales difficiles subsistent finalement en cas de prestations de soins extracantonales. Parfois, une personne nécessitant des soins ne peut pas entrer dans un EMS situé dans un canton tiers, par exemple pour se rapprocher d'un membre de sa famille. Cela est encore le cas lorsque le canton de provenance de la personne nécessitant des soins est en mesure de proposer sur son territoire une place dans un EMS moins coûteuse, même après l'adoption de la modification de la loi par le Parlement.

### 3.3. Autres effets du nouveau régime de financement des soins

Les effets du NRFS ne se limitent pas aux objectifs escomptés. Voici les autres effets secondaires recensés dans le cadre de l'évaluation :

- Le NRFS a entraîné une charge financière supplémentaire importante sur les cantons et les communes ; cette charge est moins élevée dans le cas des soins à domicile que dans celui des soins en EMS. Dans l'ensemble, les communes ont connu proportionnellement l'augmentation la plus forte de la charge financière.
- Les effets du NRFS sur les autres assurances sociales et sur l'aide sociale sont négligeables selon les données disponibles.
- En fixant la participation maximale des patients, on note que le NRFS a, dans l'ensemble, permis de décharger financièrement les personnes nécessitant des soins et résidants dans un EMS. Dans le cas des personnes bénéficiant de soins à domicile, l'introduction de la participation des patients a conduit à une charge financière supplémentaire, à l'exception des personnes qui ont droit à une allocation pour impotence faible. Celle-ci incite à choisir les soins à domicile si les soins nécessaires sont légers, ce qui est un effet souhaité du point de vue économique.
- Pour ce qui est des soins fournis aux personnes en nécessitant, l'évaluation montre que le recours à l'aide professionnelle intervient parfois tard, voire trop tard ou dans une mesure insuffisante, en raison des coûts. Les analyses empiriques montrent que ce phénomène s'est amplifié depuis l'introduction de la participation des patients.



- Chez les fournisseurs de prestations, l'introduction du financement résiduel a, dans l'ensemble, provoqué une pression supplémentaire sur les coûts. L'effet positif du NRFS est une professionnalisation des processus opérationnels et de la comptabilité analytique chez certains fournisseurs. À l'inverse, plusieurs personnes nécessitant des soins déplorent, dans les entretiens menés, le manque de disponibilité temporelle du personnel de soins et des personnes responsables de leur prise en charge. Ce phénomène pourrait notamment s'expliquer par la surcharge administrative des fournisseurs de prestations, qui a augmenté depuis l'introduction du NRFS.
- Il n'est pas exclu, enfin, que le NRFS contribue à freiner la hausse des coûts des soins LAMal et des soins en général du fait de la pression qu'il exerce sur les coûts.

### 3.4. Problèmes à résoudre

En nous basant sur les résultats, nous avons dressé une liste des principaux problèmes qui existent de notre point de vue. Comme le DFI va se prononcer sur les besoins d'agir sur la base des résultats de l'évaluation et que le Conseil fédéral tirera ses conclusions, aucune recommandation ne sera formulée dans le présent rapport.

#### **Financement résiduel insuffisant des cantons et des communes**

Le financement résiduel insuffisant des cantons et des communes constitue, à notre avis, un premier aspect problématique. L'évaluation montre que ces coûts résiduels non couverts entraînent des difficultés à plusieurs niveaux :

- Les frais résiduels non couverts constituent une charge pour les fournisseurs de prestations. Ils sont imputés soit aux organismes responsables, soit, le plus fréquemment, les communes, ou alors aux personnes nécessitant des soins, à titre de coûts des soins non couverts par la LAMal. Or, un tel report des coûts est incompatible avec l'art. 25a, LAMal relatif à la participation maximale des patients et il est en contradiction avec l'objectif du NRFS qui vise à atténuer la charge financière qui pèse sur les personnes nécessitant des soins qui sont dans une situation financière difficile.
- Les fournisseurs de prestations ont fait des efforts pour tenir une comptabilité analytique, mais insuffisants pour empêcher de répercuter des coûts sur les personnes nécessitant des soins. Les fournisseurs de prestations, pour leur part, se voient confrontés non seulement à des démarches administratives supplémentaires, mais encore à des difficultés à délimiter certaines prestations (p. ex. dans le domaine des soins palliatifs, de la réadaptation gériatrique, en cas de démence). Les fournisseurs de prestations estiment que l'OPAS n'est pas suffisamment précise quant aux agents payeurs de telles prestations (soins LAMal ou autres agents payeurs).

- Par ailleurs, l'évaluation indique que les fournisseurs des prestations consacrent moins de temps aux personnes nécessitant des soins en raison des pressions financières qu'ils subissent.
- Enfin, en cas de financements résiduels insuffisants d'un canton par rapport à un autre canton en cas de soins extra-cantonaux, on assiste à l'apparition de lacunes de financement; dans certains cas, la différence de coûts doit être supportée par les personnes nécessitant des soins. Les auteurs de la présente évaluation estiment que cette situation limite la liberté de choix des personnes nécessitant des soins ou qu'elle peut conduire à une dépendance de l'aide sociale.

Les auteurs de la présente évaluation sont d'avis que la cause des aspects problématiques évoqués est notamment à chercher au niveau de la législation. Ainsi, le NRFS indique bel et bien que les cantons doivent régler le financement résiduel, mais il ne spécifie pas de quelle manière. Si la modification récemment adoptée règle la question des compétences pour le financement de prestations de soins extra-cantonaux, elle ne supprime toutefois pas le risque de voir apparaître dans des cas particuliers une situation sociale difficile.

#### **Lacunes de couverture restantes en rapport avec le financement de prestations de soins**

L'évaluation montre que le NRFS ne parvient pas à combler la totalité des lacunes de couverture et qu'il ne décharge que ponctuellement les personnes en situation financière difficile. Nous estimons donc qu'il convient de se demander si les mesures d'ordre social sont suffisamment efficaces en termes quantitatifs et qualitatifs. On pourrait notamment imaginer des mesures pour les soins délivrés à domicile, qui seraient plus étroitement liées au cas des personnes en situation financière difficile.

#### **Charge supplémentaire pour les cantons et les communes**

L'introduction du financement résiduel a conduit à une redistribution des charges financières : de la prime par tête, on est passé à un report sur les cantons et les communes et, par conséquent, à un régime de financement des coûts des soins qui dépend davantage du revenu. De notre point de vue, cette évolution correspond à la volonté du législateur. Si les coûts par tête augmentent, les coûts supplémentaires doivent être assumés par les cantons et les communes sur la base des contributions AOS. Nous estimons qu'on peut se demander si la charge supplémentaire qui résulte de ce mécanisme correspond elle aussi à la volonté du législateur.

**Faible demande de soins aigus et de transition**

L'évaluation montre que la demande de soins aigus et de transition est encore faible et que l'offre est lacunaire. Les auteurs de l'évaluation estiment que la demande effective de soins aigus et de transition n'est pas clairement définie. Ils estiment aussi qu'il faut se demander si les conditions cadres sont telles que tous les cantons puissent mettre en place une offre pour les soins aigus et de transition appropriée, qui répond aux besoins et qui peut être comptabilisée comme telle. Il s'agit notamment de rediscuter de la durée de la rémunération, mais aussi de l'imputabilité des frais de séjour (hôtellerie, prestations d'assistance) dans le financement.

**Adresse de correspondance**

INFRAS : Judith Trageser, [judith.trageser@infras.ch](mailto:judith.trageser@infras.ch), 044 205 95 26