



Berne, le 4 juillet 2018

Avis du Département fédéral de l'intérieur (DFI) concernant l'évaluation du nouveau régime de financement des soins

1 Objet de l'évaluation : le nouveau régime de financement des soins

1.1 Objectifs visés et mesures prises dans le cadre du nouveau régime de financement des soins

Le nouveau régime de financement des soins (NRFS) a été adopté par le Parlement le 13 juin 2008 et est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011. L'objectif du législateur était double :

1. *Éviter de charger encore plus l'assurance obligatoire des soins (AOS), cette dernière prenant en effet en charge de plus en plus de coûts de soins liés à l'âge. Pour évaluer si cet objectif est atteint, ce n'est pas l'augmentation, en valeur absolue, des dépenses de l'AOS consacrées aux prestations de soins prévues à l'art. 7 OPAS¹ (ci-après « prestations de soins » ou « coûts des soins couverts par la LAMal ») qui est déterminante. Il s'agit plutôt d'évaluer si la part de financement de l'AOS aux coûts des soins n'a pas augmentée. Pour atteindre cet objectif, les mesures suivantes ont été prises :*
 - a. La contribution de l'AOS aux coûts des soins dispensés par des infirmières et des infirmiers, les organisations d'aide et de soins à domicile et les établissements médico-sociaux a été limitée.²
 - b. La participation des patients ne peut dépasser 20 % de la contribution maximale de l'AOS pour les soins. Les autres coûts, correspondants à l'hôtellerie, aux prestations d'accompagnement, etc., doivent être supportés par les personnes nécessitant des soins.³
 - c. Les cantons ont été tenus de régler le financement résiduel. Les cantons et/ou leurs communes prennent en charge les coûts de soins non couverts par la contribution de l'AOS et la participation de l'assuré.⁴
2. *Améliorer la situation sociale difficile de certains groupes de personnes nécessitant des soins. Plusieurs mesures d'accompagnement d'ordre social doivent contribuer à limiter la charge financière qui pèse sur les ménages privés et le risque pour les personnes nécessitant des soins de dépendre de l'aide sociale :*
 - a. Le montant de la fortune librement disponible pour prétendre à l'octroi de prestations complémentaires a été augmenté.⁵

¹ Ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS ; RS 832.112.31).

² Art. 25a, al. 4, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10).

³ Art. 25a, al. 5, LAMal. En plus de leur participation aux coûts, les personnes nécessitant des soins payent une franchise et une quote-part (voir art. 64 LAMal).

⁴ Art. 25a, al. 5, LAMal.

⁵ Le montant de la fortune librement disponible est passé de 25 000 à 37 500 francs pour les personnes vivant seules, et de 40 000 à 60 000 francs pour les couples. Le montant non imputable supplémentaire pour les propriétaires d'un immeuble qui leur sert d'habitation est passé à 112 500 francs. Si un couple possède un immeuble qui sert d'habitation à l'un des conjoints tandis que l'autre vit dans un home, ou si le bénéficiaire d'une allocation



- b. Un droit à l'allocation pour impotent de degré faible a été introduit dans l'AVS pour les bénéficiaires nécessitant des soins à domicile.⁶
- c. Les cantons peuvent plafonner les taxes dans un home imputables aux prestations complémentaires ; ils doivent toutefois veiller à ce que les prestations complémentaires allouées pour un séjour dans un établissement médico-social reconnu ne mènent pas, en règle générale, à une dépendance de l'aide sociale.⁷

Avant l'introduction des forfaits par cas liés aux prestations dans le cadre de la réforme du financement hospitalier, on craignait que les hôpitaux de soins somatiques aigus ne renvoient trop tôt leurs patients. Le Parlement a donc créé *les prestations de soins aigus et de transition* afin d'accompagner les personnes sorties prématurément de l'hôpital. Les prestations de soins au sens de l'art. 7 OPAS qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrites par un médecin de l'hôpital sont rémunérées durant deux semaines au plus, conformément aux nouvelles règles du financement hospitalier.⁸ Les prestations de soins aigus et de transition doivent permettre au patient de recouvrer les capacités et l'autonomie dont il disposait avant son hospitalisation et de réintégrer son environnement habituel.

1.2 Évaluation du nouveau régime de financement des soins

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a fait évaluer le NRFS par des experts externes entre 2016 et 2017. L'évaluation se fonde sur l'art. 32 OAMal.⁹ Elle doit fournir les bases sur lesquelles s'appuyer pour déterminer si les objectifs visés par le NRFS ont été atteints.

Le groupe de travail INFRAS, Careum Forschung et Landolt Rechtsanwälte a procédé à l'évaluation de 2016 à 2017. Il a rendu un rapport détaillé donnant une très bonne vue d'ensemble et actuelle des divers aspects de la mise en œuvre du NRFS. Il montre si les objectifs fixés ont été atteints et quels sont les autres effets de ce nouveau régime. Les problèmes liés au financement des soins y sont également identifiés, de sorte que l'on puisse définir dans quelle mesure des adaptations ou des mesures s'imposent.

Les résultats de l'évaluation ont été examinés par un groupe d'accompagnement au sein duquel les principales parties concernées étaient représentées. Celles-ci considèrent à l'unanimité que le rapport d'évaluation confirme leurs connaissances tirées de la pratique. Toutefois, les méthodes employées ont montré leurs limites. Ainsi, on note en particulier que les données secondaires sont parfois lacunaires, révélant des ruptures dans la méthodologie. Le faible pourcentage de retour lors d'enquêtes menées auprès des EMS, des organisations d'aide et

pour impotent vit dans un immeuble lui appartenant ou appartenant à son conjoint, seule la valeur de l'immeuble supérieure à 300 000 francs entre désormais en considération au titre de la fortune ; voir art. 11, al. 1, let. c et art. 11, al. 1^{bis}, de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (loi sur les prestations complémentaires, LPC ; RS 831.30).

Le Conseil fédéral a adopté un message concernant la réforme des prestations complémentaires le 25 novembre 2015, notamment afin que les ressources propres soient davantage utilisées pour la prévoyance retraite ou que la fortune personnelle soit davantage prise en compte dans le calcul des prestations complémentaires. Les plafonds de la fortune librement disponible qui avaient augmenté avec le NRFS doivent en partie être revus à la baisse (30 000 francs pour les personnes vivant seules et 50 000 francs pour les couples). Le texte de la réforme est actuellement devant le Parlement.

⁶ Art. 43^{bis}, al. 1, loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS ; RS 831.10).

⁷ Art. 10, al. 2, let. a, LPC.

⁸ Art. 25a, al. 2, LAMal.

⁹ Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102). L'art. 32 OAMal confie à l'OFSP la tâche de procéder à des études scientifiques sur l'application et les effets de la loi.



de soins à domicile, ainsi que des entretiens qualitatifs, ne permettent pas de généraliser la validité des résultats obtenus.

2 Actions requises au vu des résultats de l'évaluation

Les auteurs de l'évaluation ont repéré au total quatre domaines dans lesquels des problèmes se posent : le financement résiduel par les cantons (et/ou les communes) est insuffisant dans certains cas, la demande de soins aigus et de transition est encore faible, les soins à domicile ne sont pas toujours suffisamment couverts et le NRFS fait peser d'importantes charges financières supplémentaires sur les cantons et les communes. Cela avait été sciemment pris en compte par les Chambres fédérales dans leurs décisions.

2.1 Charges financières pour l'AOS, les cantons et les communes

L'objectif du NRFS d'éviter de charger financièrement encore davantage l'AOS a été atteint. La contribution de l'AOS aux coûts des soins couverts par la LAMal est en léger recul depuis 2011, notamment en ce qui concerne les soins en EMS.¹⁰ En valeurs absolues, la hausse des coûts à la charge de l'AOS a été modérée : en 2010, le montant des prestations brutes prises en charge par l'AOS pour des soins dispensés en EMS ou par des fournisseurs de prestations ambulatoires s'élevait à 2,46 milliards de francs pour atteindre 2,72 milliards en 2016. Les dépenses pour les soins fournis dans les EMS ont très faiblement diminué (passant de 1,89 milliard de francs en 2010 à 1,85 milliard en 2016) ; en revanche, les dépenses de soins dispensés par les fournisseurs de prestations ambulatoires ont connu une progression relativement forte (563 millions en 2010 contre 868 millions en 2016).¹¹

La contribution des cantons et des communes s'est accrue dans la même proportion. Les dépenses qu'ils ont consacrées aux soins couverts par la LAMal ont augmenté, notamment dans le domaine des soins en EMS. Les communes sont les premières concernées, une partie des charges financières ayant en effet été transférée des cantons aux communes. Globalement, le NRFS a entraîné une plus grande prise en charge financière des soins par les collectivités publiques. Le législateur a ici sciemment pris en compte l'un des objectifs du NRFS qui est d'éviter de charger financièrement encore davantage l'AOS.

L'évaluation fait apparaître une hausse moins forte de l'ensemble des coûts de soins depuis la mise en œuvre du NRFS. Toutefois, la proportion des plus de 65 ans et celle des plus de 80 ans dans la population augmentant désormais davantage, il faut s'attendre au cours des prochaines années à une forte augmentation du nombre de personnes nécessitant des soins. La dynamique des dépenses pour les soins de longue durée va contribuer une hausse sensible des dépenses publiques totales en matière de santé, dans lesquels sont inclus les dépenses de l'AOS.

¹⁰ La contribution des assureurs (AOS et autres assurances sociales) aux coûts des soins couverts par la LAMal a baissé de 4 points de pourcentage pour les soins en EMS (passant de 55 % en 2011 à 51 % en 2015) et de 2 points de pourcentage pour les soins à domicile (passant de 72 % en 2011 à 70 % en 2015).

¹¹ Voir la statistique de l'assurance-maladie obligatoire sur le site de l'OFSP, tableau 216, <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/zahlen-fakten/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html>



Selon les projections de dépenses à long terme de l'Administration fédérale des finances (AFF), les dépenses publiques réelles consacrées aux soins de longue durée devraient tripler entre 2011 et 2045 (de 6.2 milliards à 19.5 milliards de francs).¹² L'ampleur de la dynamique des dépenses est aussi révélée dans le fait que la part de dépenses publiques consacrées aux soins de longue durée au PIB augmente plus du double, à savoir de 1.1 % en 2011 à approximativement 2.4 % en 2045. La dynamique des dépenses publiques est cependant pour les soins de longue durée est plus forte, que celle des dépenses publiques consacrées à la santé (sans les soins de longue durée). La comparaison des projections des dépenses publiques pour les soins de longue durée avec celles pour la santé (sans les soins de longue durée) relativise l'importance de la multiplication par trois des dépenses dans le domaine des soins de longue durée. Les dépenses publiques pour la santé (sans les soins de longue durée) augmentent selon les projections précitées de 35.6 milliards de francs en 2011 (6.4% du PIB) à 63.2 milliards de francs en 2045 (7.8% du PIB). Selon les projections l'AOS continuera de financer également en 2045 la majeure partie des dépenses totales de santé, avec une part de presque 50 %.

Du point de vue du DFI, il n'est donc en principe pas nécessaire de changer la répartition actuelle du financement des soins. Le DFI est cependant prêt à examiner, dans le cadre du rapport répondant au postulat 16.3352 CSSS-N « Financement à parts égales de l'augmentation des coûts des prestations de soins par tous les agents payeurs » si et comment l'évolution des coûts peut être pris en compte dans les contributions de l'AOS aux prestations de soins. Un examen approfondi est indiqué, notamment parce que les contributions de l'AOS devraient actuellement être baissées, si on considère le renchérissement dans les dernières années.¹³ Partant, la part de financement de l'AOS aurait encore plus fortement baissée.

La question du financement des soins de longue durée à l'avenir n'entre pas dans le champ de l'évaluation. Le Conseil fédéral s'est déjà prononcé à ce sujet et a présenté diverses options dans son rapport du 25 mai 2016 intitulé « État des lieux et perspectives dans le secteur des soins de longue durée ». Il a adopté le rapport à l'intention du Parlement. À l'avenir, il est primordial de freiner l'évolution des coûts dans le domaine des soins de longue durée. Dans cette perspective, le Conseil fédéral a proposé un paquet de mesures dans le rapport précité sur les soins de longue durée qui devrait être réalisé par la Confédération et les cantons. Parmi elles figurent des mesures de prévention visant à éviter la nécessité des soins ou au moins à la retarder.

¹² Voir les projections concernant les dépenses publiques pour les soins de longue durée et pour la santé (sans les soins de longue durée) dans le rapport du Conseil fédéral du 25 mai 2016 intitulé « État des lieux et perspectives dans le secteur des soins de longue durée ». Les projections reposent sur les projections de dépenses de l'AFF de 2012, qui se basent sur les scénarios démographiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS) de 2010. Le rapport est disponible en ligne sur le site : <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/cc/bundesratsberichte/2016/bestandesaufnahme-perspektiven-langzeitpflege.pdf.download.pdf/etat-des-lieux-perspectives-soins-longue-duree.pdf>

En 2017, l'AFF a mis en disposition une actualisation des projections concernant l'évolution des dépenses de santé, qui confirme ces résultats (Brändle, Th. et Colombier, C. (2017). Projections concernant l'évolution des dépenses de santé jusqu'en 2045, Working Paper Nr. 21).

¹³ L'Indice suisse des prix à la consommation pour la santé a baissé de 3.4 % depuis l'introduction du système des contributions en 2011 (voir OFS 2018. Evolution des prix à la consommation, selon le type et la provenance des biens, sous <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/tableaux.asset-detail.4422220.html>).



2.2 Mise en œuvre des dispositions révisées de la LAMal

Le DFI estime qu'il n'y a pas lieu de réviser la législation fédérale en vigueur, les termes de la loi étant suffisamment clairs. Les cantons ont mis en œuvre le NRFS en grande partie, mais pas entièrement. Il existe donc des lacunes au niveau de la mise en œuvre dans certains domaines. Avant d'examiner de manière plus approfondie s'il est nécessaire de prévoir une réglementation supplémentaire au niveau fédéral, il paraît judicieux que le DFI cherche, en premier lieu, le dialogue avec les acteurs concernés pour faire en sorte de combler les déficits au niveau de la mise en œuvre.

a) Financement résiduel

Tous les cantons ont pris des dispositions matérielles déterminant qui est responsable du financement résiduel, comment fixer son montant et quelle est la participation des patients. Environ un tiers des cantons assurent la totalité du financement résiduel, les autres prennent en charge ce financement conjointement avec les communes ou ont délégué ce financement entièrement aux communes.¹⁴

Les cantons (ou les communes) utilisent différentes *méthodes pour déterminer le montant du financement résiduel*. Celles-ci vont des coûts standards ou des plafonds fixés préalablement en fonction du niveau de soins requis (pour les soins en EMS) ou de la catégorie des prestations (pour les soins à domicile) jusqu'au remboursement du coût résiduel effectif. La majorité des cantons a fixé des coûts standards ou des plafonds. Plusieurs cantons ne prévoient pas de financement résiduel pour les prestations de soins fournies par certaines catégories de fournisseurs de prestations (notamment par les services d'aide et de soins à domicile travaillant sans mandat de prestations). La LAMal ne contient aucune disposition qui exige l'égalité de traitement des fournisseurs de prestations. Une telle disposition pourrait en particulier compliquer la tâche des cantons sous l'angle de leurs obligations constitutionnelles en matière de garantie de l'approvisionnement en soins. Un financement résiduel différent ne doit cependant pas conduire à une inégalité de traitement des assurés.

Le caractère économique des prestations inscrit dans la LAMal permet aux cantons de limiter le montant du financement résiduel aux dépenses nécessaires pour une prestation de soins efficace et économique. Les coûts standards et les plafonds incitent à recourir à une fourniture de prestation économique et sont donc susceptibles d'avoir un effet sur la maîtrise des coûts. Toutefois, ils doivent en principe être fixés sur une base de coûts transparente et un référentiel (*benchmark*) prenant en compte le coût d'une fourniture de prestations économique et efficace. Les cantons doivent veiller à ce que le financement résiduel soit fixé sur la base des coûts d'une fourniture de prestations efficiente. Si les coûts standards et les plafonds ne couvrent pas les coûts de telles prestations, cela signifie qu'ils sont trop bas, et des déficits de financement qui ne devraient pas exister peuvent alors apparaître. Cela peut se produire également par analogie dans le cas où un canton ne prévoit pas de financement résiduel et fixe donc implicitement des coûts standards en fonction de la somme des contributions de l'AOS et de la participation du patient, en estimant que les coûts standards vont couvrir les coûts.

¹⁴ Des difficultés surviennent parfois lorsque c'est le canton qui fixe le montant du financement résiduel et les communes qui doivent le prendre en charge, en particulier si ces dernières n'ont pas été suffisamment associées à la prise de décision.



Si les cantons et les communes prévoient un financement résiduel insuffisant, les coûts des fournisseurs de prestations peuvent ne pas être entièrement couverts. Le plus souvent, les organismes qui répondent des fournisseurs de prestations prennent en charge ces coûts non couverts.¹⁵ Certains fournisseurs de prestations ont répercuté les coûts des soins non couverts par la LAMal sur les personnes nécessitant des soins en leur facturant ceux-ci sous un autre libellé (notamment « accompagnement »). La participation des patients a donc parfois dépassé la limite maximum prévue par la loi (20 % de la contribution maximale AOS), ce qui n'est pas conforme à la loi.

Les cantons qui ont édicté des réglementations entraînant un financement lacunaire et les fournisseurs de prestations qui facturent les coûts de soins non couverts sous un autre libellé aux personnes nécessitant des soins doivent corriger leurs pratiques.

Les cantons ont réglé *le financement résiduel des prestations de soins extra-cantonaux* de différentes manières, au risque de laisser apparaître des lacunes de financement. Le Parlement a adopté une modification de la LAMal le 29 septembre 2017 réglant de façon exhaustive la responsabilité du financement résiduel des prestations de soins extra-cantonaux.¹⁶ Il se peut que la modification prévue continue de limiter la liberté de choix de l'assuré : Si une personne souhaite séjourner dans un EMS situé en dehors de son canton de provenance, alors que ce dernier est en mesure de lui proposer une place sur son territoire, il est possible qu'elle doive en supporter seule les surcoûts éventuels. Le législateur était conscient de cette problématique lors de l'adoption de la modification de la LAMal.

b) Les soins aigus et de transition

À l'exception de Vaud et du Valais, tous les cantons ont édicté des dispositions d'exécution afin de clarifier les questions de responsabilité et/ou de financement des soins aigus et de transition. Les cantons ont adopté des réglementations différentes en la matière, parfois non conformes au droit fédéral.¹⁷ L'offre est dans l'ensemble relativement peu développée : Les cantons de Fribourg, du Jura, de Neuchâtel, de Vaud et du Valais, indiquent que ce type de soins n'est pas proposé sur leur territoire.¹⁸ En dehors des services d'aide et de soins à domicile, seule une minorité des fournisseurs de prestations sondés dispensent des soins aigus et de transition. Jusqu'à présent, le recours à ce type de soins était plutôt rare. La raison en est notamment que les médecins exerçant dans les hôpitaux connaissent mal ce type de soins et que ces derniers ne sont pas attrayants financièrement pour les fournisseurs de prestations ni pour les patients. Les prestations de ce type de soins ne sont par ailleurs pas toujours facturées en tant que telles.

L'évaluation n'a pas permis de définir précisément les besoins effectifs en soins aigus et de transition. Si la plupart des parties prenantes qui ont été sondées ne remettent pas en question

¹⁵ Environ la moitié des EMS et des services d'aide et de soins à domicile ayant répondu ont indiqué lors de l'enquête réalisée dans le cadre de cette évaluation avoir comptabilisé des coûts résiduels non couverts parfois, voire chaque année, entre 2011 et 2015. Concernant les services d'aide et de soins à domicile ayant répondu à l'enquête, 80 % des coûts résiduels non couverts ont été pris en charge par les organismes responsables (notamment privés et à but non lucratifs) ; ce chiffre atteint les deux tiers pour les EMS ayant répondu (notamment les EMS publiques).

¹⁶ Voir FF 2017 5889. La modification entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

¹⁷ Par exemple, les cantons de Schaffhouse et du Tessin ont prolongé la durée des soins aigus et de transition respectivement à 60 et 28 jours. Toujours dans le canton du Tessin, ces soins peuvent également être prescrits par le médecin de famille. La contribution des cantons de 55 % est entièrement supportée par les communes dans les cantons de Bâle-Ville, Lucerne, Saint-Gall, Zoug et Zurich ; dans les cantons de Fribourg, des Grisons et de Schaffhouse, les communes contribuent au financement de la part des cantons.

¹⁸ Certains hôpitaux vaudois disent cependant dispenser des soins aigus et de transition.



le principe de base ni les buts visés par ces soins, elles sont nombreuses à critiquer la conception même des prestations. Les critiques portent notamment sur la durée trop courte, le financement, les démarches administratives et un manque de clarté concernant la délimitation de certaines prestations : soins réguliers, soins en gérontologie et réadaptation. Les auteurs de l'évaluation se demandent si le cadre législatif est tel qu'il permet de mettre en place ce type de soins et d'y avoir recours.

Le législateur a introduit cette réglementation en premier lieu parce qu'il craignait que la rémunération des prestations hospitalières de soins somatiques aigus via des forfaits par cas liés aux prestations (SwissDRG) n'incite les hôpitaux à renvoyer trop tôt leurs patients. L'évaluation ne livrant aucun résultat ni conclusion claire concernant ces soins, il est impossible de donner ici une appréciation définitive. Les résultats montrent toutefois qu'il existe un besoin d'agir au plan conceptuel, comme le confirment la plupart des parties prenantes. Le DFI est globalement conscient de ce problème.

Pour le DFI, il est cependant essentiel de savoir s'il existe une demande en soins aigus et de transition. L'évaluation ne permet pas de répondre à cette question. L'évaluation de la révision de la LAMal relative au financement hospitalier, en cours jusqu'en 2019, n'a pas fourni jusqu'à présent d'éléments essentiels indiquant que la révision aurait eu des répercussions négatives sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires et fondant le soupçon que les fournisseurs de prestations intervenant en aval n'auraient pas pu prendre en charge les patients sortis éventuellement trop tôt de l'hôpital. Les séjours dans les services de soins somatiques aigus sont désormais plus courts. On observe une nette tendance aux suivis non cliniques assurés dans les EMS et par les fournisseurs de prestations ambulatoires. Dans le même temps, les taux de réhospitalisation ont légèrement augmenté. Une constatation va à l'encontre d'une dégradation de la qualité des soins (et du soupçon de sorties prématurées) : la durée moyenne de séjour des patients réhospitalisés est plus longue que celle des autres patients.¹⁹ Le DFI souhaite encore attendre les résultats définitifs de l'évaluation afin d'obtenir ainsi les bases nécessaires pour éclaircir la question de l'avenir des soins aigus et de transition.

c) Calcul des coûts, saisie et délimitation des prestations

Les résultats de l'évaluation indiquent une certaine professionnalisation des processus de la comptabilité analytique chez les fournisseurs de prestations, notamment grâce à l'insistance des cantons et des assureurs pour plus de transparence dans leur comptabilité. Cependant, tous les EMS ne calculent pas leurs coûts conformément aux dispositions de l'OCP²⁰. Les EMS sont pourtant tenus de calculer les coûts des soins soumis à la LAMal selon les dispositions prévues par l'OCP. Cela signifie notamment que les coûts doivent être répartis entre les différentes unités d'imputation en fonction d'une analyse du temps de travail (soins, prestations d'accompagnement et hôtellerie). Une comptabilité analytique transparente est indispensable au bon fonctionnement des finances : ces chiffres constituent la base sur laquelle s'appuyer pour fixer les coûts des soins soumis à la LAMal et donc le montant du financement résiduel pris en charge par les cantons. Les fournisseurs de prestations tenant une comptabilité analytique qui n'est pas conforme aux dispositions de l'OCP et/ou pour lesquels

¹⁹ Voir Hedinger, Damian ; Tuch, Alexandre ; Widmer, Marcel (2017). Qualité des prestations stationnaires suite au nouveau financement hospitalier. Monitoring des indicateurs de qualité de 2009 à 2015 (Obsan Bulletin 2/2017). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé. Réalisé sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

²⁰ Ordonnance fédérale du 3 juillet 2002 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 (OCP ; RS 832.104)



les coûts des soins soumis à la LAMal ne peuvent être clairement identifiés doivent donc corriger ces points. Les cantons et les assureurs devraient insister davantage sur ce point et demander, voir exiger, des fournisseurs de prestations qu'ils emploient des méthodes de délimitation les plus précises possible.

Selon les fournisseurs de prestations, il est difficile de délimiter correctement certaines prestations, en particuliers en cas de démence, dans le domaine des soins psychogériatriques et des soins palliatifs, car l'art. 7 OPAS ne serait pas suffisamment précis et ne prendrait pas en compte la complexité de certains cas.²¹ Pour le DFI, il n'est indiqué d'adapter l'OPAS ou de détailler le catalogue des prestations au sens de l'art. 7 OPAS uniquement si cela contribue dans une large mesure à résoudre les problèmes actuels. À cet égard, il convient de respecter le cadre fixé par l'OPAS, notamment son domaine d'application.

2.3 Mesures d'accompagnement d'ordre social

L'objectif consistant à améliorer la situation sociale difficile de certains groupes de personnes nécessitant des soins n'a été que partiellement atteint. Les deux mesures d'ordre social que sont « l'allocation AVS pour impotence faible versée aux patients bénéficiant de soins à domicile » et « l'augmentation du montant de la fortune librement disponible pour les bénéficiaires de prestations complémentaires » ont été intégralement mises en œuvre. Le NRFS a permis de décharger financièrement plutôt les personnes nécessitant plus de soins et vivant dans un EMS. Cela a sans doute eu un effet positif pour les personnes en difficulté financière. Les prestations complémentaires couvrent principalement les soins et les frais quotidiens de subsistance des personnes nécessitant des soins qui vivent dans un EMS. Des difficultés surviennent parfois pour les personnes atteintes de démence, notamment si l'EMS facture un supplément qui n'est pas couvert par les prestations complémentaires.

En revanche, l'introduction de la participation des patients a accru la charge financière supportée par les personnes bénéficiant de soins à domicile. L'évaluation indique que les lacunes de couverture concernent surtout ce type de soins ; en d'autres termes certaines personnes ne sont plus en mesure de payer les soins dont elles ont besoin ni les frais quotidiens de leur subsistance. Les bénéficiaires de prestations complémentaires rencontrent souvent moins de difficultés à financer les soins prodigués dans un EMS que ceux dispensés à domicile ou dans des structures intermédiaires (logements protégés). La création de l'allocation pour impotent de degré faible a certes partiellement réduit ces inégalités et amélioré la situation financière de ce groupe de patients. Toutefois, les auteurs de l'évaluation présumant qu'il subsiste une inégalité généralement en faveur des séjours dans les EMS, plus chers. En raison des critères et/ou du manque d'informations, le groupe des personnes ayant bénéficié de l'allocation pour impotent de degré faible est plutôt restreint. Mais les personnes vivant à leur domicile, ne disposant d'aucune fortune et qui perçoivent une retraite à peine supérieure au plafond à ne pas dépasser pour bénéficier des prestations complémentaires se trouvent souvent, elles aussi, dans une situation financière difficile ; il en va de même

²¹ Si les personnes et les organisations intéressées estiment qu'une prestation spécifique ou que des composantes de prestation devraient figurer dans le catalogue des prestations, elles peuvent adresser une demande de prise en charge pour cette prestation à la Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP). Cette possibilité existe également pour les prestations de soins. En juin 2017, plusieurs associations de fournisseurs de prestations, avec le soutien de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), ont demandé que l'art. 7 OPAS intègre les prestations spécifiques en cas de démence. Cette demande est actuellement examinée par l'OFSP.



pour les personnes atteintes de démence qui vivent chez elles et pour celles qui nécessitent des soins et n'ont pas de proches.

La disposition légale selon laquelle, en règle générale, le séjour dans un EMS reconnu ne doit pas mener les bénéficiaires des prestations complémentaires à une *dépendance de l'aide sociale* est en grande partie respectée. La majorité des cantons ont pris explicitement des mesures dans ce sens.²² Un bon tiers des cantons ne l'ont pas fait, mais ils indiquent cependant qu'à leur connaissance il n'y a pas, sur leur territoire, de cas de dépendance de l'aide sociale induit par un séjour dans un EMS. Cependant, selon eux, le besoin de soins peut encore conduire certaines personnes à devenir dépendantes de l'aide sociale. Pour déterminer le droit aux prestations complémentaires, les actifs auxquels on avait renoncé sont pris en compte comme s'ils étaient encore disponibles. Cela peut constituer une cause de dépendance de l'aide sociale. C'est pourquoi l'art. 10, al. 2, let. a, LPC prévoit qu'en « règle générale » il faut veiller à ne pas créer de dépendance de l'aide sociale. Le nombre de personnes dépendantes de l'aide sociale dans les EMS a légèrement augmenté depuis l'introduction du NRFS. En 2015, près de 1 % des résidents en EMS se trouvaient dans cette situation.

L'évaluation porte sur la situation actuelle et montre que les mesures d'accompagnement d'ordre social prévues dans le NRFS sont globalement satisfaisantes mais que les objectifs du même ordre n'ont été que partiellement atteints. Une réforme complète des prestations complémentaires pouvant avoir des répercussions d'ordre social dans le domaine des soins est actuellement devant le Parlement. Mais il est encore trop tôt pour estimer ces effets.

3 Conclusions du DFI et prochaines étapes

L'OFSP a fait procéder à une évaluation externe du NRFS durant les années 2016 et 2017. Le DFI tire ici ses conclusions sur les résultats de l'évaluation. Cela ne signifie cependant pas la fin des discussions, mais le début d'un processus.

Le rapport d'évaluation montre que la mise en œuvre du NRFS a globalement permis d'atteindre les objectifs poursuivis par le législateur. Les dépenses de l'AOS pour les soins ont été stabilisées. Comme voulu par le législateur, les payeurs de primes n'ont subi que peu de charges supplémentaires. Dans le domaine de l'assurance-maladie, le DFI estime qu'il n'y a aucun besoin d'agir. Le DFI va cependant examiner, dans le cadre du rapport répondant au postulat 16.3352 CSSS-N « Financement à parts égales de l'augmentation des coûts des prestations de soins par tous les agents payeurs » si et comment l'évolution des coûts peut être pris en compte dans les contributions de l'AOS aux prestations de soins.

Les mesures d'accompagnement du NRFS en matière de politique sociale ont globalement aussi fait leurs preuves. Selon le DFI, il n'y a pas lieu d'agir dans le domaine des prestations complémentaires pour l'instant, notamment compte tenu du fait qu'une réforme en profondeur de ce domaine est actuellement devant le Parlement. Cette réforme peut en effet avoir des répercussions d'ordre social dans le domaine des soins que l'on ne peut évaluer pour l'instant.

²² Les cantons de Bâle-Campagne, Genève et Vaud renoncent à appliquer une taxe journalière maximale dans les EMS. Dans les cantons des Grisons, Nidwald, Saint-Gall et Schaffhouse, la taxe journalière maximale est fixée en fonction du tarif pratiqué ou en accord avec les fournisseurs de prestations. Les cantons d'Argovie, de Fribourg, de Neuchâtel, du Tessin et de Zurich sont en mesure verser une aide venant s'ajouter aux prestations complémentaires. Les cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures, de Berne, du Jura et de Thurgovie ont mis en œuvre d'autres mesures pour veiller à ce que les plafonds en vigueur restent abordables.



L'évaluation montre toutefois aussi que la mise en œuvre du NRFS n'est pas totalement terminée. Dans les domaines du financement résiduel et de la comptabilité analytique, des efforts restent à fournir de la part des cantons, ainsi que des fournisseurs de prestations et des assureurs, afin de combler des lacunes injustifiées au niveau du financement, respectivement de tenir une comptabilité analytique qui soit aussi précise que possible dans ses délimitations. Le DFI va poursuivre la discussion avec les parties concernées, afin de combler les lacunes actuelles concernant la mise en œuvre, et va informer le Conseil fédéral des résultats jusqu'à fin juin 2019 au plus tard.

Le DFI informera le Conseil fédéral sur l'état des discussions dans le domaine du financement des soins jusqu'à fin 2023.