

Questions relatives à l'intégration des soins dans un financement uniforme
Rapport de l'Office fédéral de la santé publique du 7 mars 2023

Inhaltsverzeichnis

1	Mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers	2
2	Financement résiduel pendant la période de transition	2
3	Garantie de tarifs, d'une qualité et d'un accès appropriés et économiques	3
4	Délimitation entre soins et assistance	4
5	Contribution des patients aux soins	5

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

Le 16 décembre 2022, les Chambres fédérales ont approuvé la première étape de la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers (loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers, 22.040). Étant donné que le Conseil des États avait déjà pris sa décision sur le financement uniforme le 3 décembre 2022, une intégration dans ce projet n'était alors pas encore possible. En même temps que le présent rapport, l'OFSP soumet à la CSSS-N une proposition de formulation qui permet au projet d'acte législatif relatif au financement uniforme de reprendre intégralement les adaptations qui ont été apportées lors de la première étape de la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers.

La mise en œuvre de la deuxième étape prendra plus de temps. Le 25 janvier 2023, le Conseil fédéral a décidé des prochaines étapes et a adopté les premières propositions concernant le contenu de cette deuxième étape. Les mesures proposées doivent notamment améliorer les conditions de travail et les possibilités de développement professionnel dans le domaine des soins. Elles doivent également garantir des soins de qualité suffisants et accessibles à tous, ainsi qu'une rémunération appropriée des soins. À cette fin, une nouvelle loi fédérale sur les conditions de travail adaptées aux exigences professionnelles dans le domaine des soins infirmiers doit être élaborée et la loi sur les professions de la santé (RS 811.21) doit être révisée. La consultation sur ces deux projets de loi sera ouverte d'ici la fin du mois d'avril 2024. Il est par ailleurs prévu d'approfondir avec les acteurs concernés – dans le cadre de tables rondes – la question de la rémunération appropriée des soins et d'examiner les possibilités offertes aux fournisseurs de prestations dans ce domaine.

Les travaux concernant cette deuxième étape de la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers ne sont pas encore suffisamment avancés pour pouvoir être réalisés dans le contexte du financement uniforme, qui se trouve déjà au stade de la procédure d'élimination des divergences. En revanche, le financement uniforme apportera des améliorations sur le plan de la rémunération des soins, indépendamment de la mise en œuvre de cette initiative.

2 Financement résiduel pendant la période de transition

Le taux de la contribution cantonale a été fixé sur la base des années de référence 2016 à 2019. La transparence des coûts et du financement étant en partie insuffisante dans le domaine des soins, une petite incertitude subsiste en ce qui concerne l'ampleur du financement résiduel fourni par les cantons et les communes. Rapportée à la part de financement sur l'ensemble des prestations, l'incertitude calculée par Infras (2021)¹ n'est toutefois que de 0,2 point de pourcentage. Le Conseil des États a opté pour la moyenne des estimations inférieure et supérieure (26,8-27,0 % → 26,9 %), en se basant sur le financement résiduel effectivement fourni par les cantons et les communes, et non sur un financement résiduel théoriquement nécessaire ou requis par la loi, lequel serait en pratique quasiment impossible à déterminer.

Jusqu'au passage au nouveau système de financement, les cantons restent libres d'adapter le financement résiduel dans le cadre défini par les dispositions légales. Cela n'a toutefois, avec la décision du Conseil des États, aucune incidence sur le taux de la contribution cantonale qui

¹ Infras (2021). Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung – Grundlagen zur Schätzung der Anteile der Finanzierungsträger der Pflegeleistungen nach KVG. Étude réalisée sur mandat de l'OFSP (en allemand avec résumé en français).

sera appliqué par la suite. Cette situation est notamment nécessaire parce que ce taux doit être fixé à l'avance par le législateur.

De plus, cette situation est également avantageuse du point de vue du financement par les primes. Si, dans les années qui suivent et jusqu'au changement de financement, les cantons augmentent le financement résiduel, et ainsi la part financée par les impôts, cette progression sera plus que compensée par la poursuite, pour un montant plus important, du transfert des prestations stationnaires vers l'ambulatoire. Si l'on considère l'ensemble des prestations, la part financée par les impôts diminue d'année en année. Du point de vue des payeurs de primes, il n'est donc pas avantageux de choisir une période de référence plus tardive, même en tenant compte des adaptations intervenues dans le financement résiduel. Les changements temporaires dus à la pandémie plaident également contre l'utilisation des années postérieures à 2019 comme années de référence.

Le fait que les modifications apportées au financement résiduel par les cantons et les communes pendant la période transitoire ne soient pas prises en compte dans la définition du futur taux de la contribution cantonale est également sans conséquence pour les personnes nécessitant des soins, pour les fournisseurs de prestations dans le domaine des soins et pour le personnel soignant. Le taux de la contribution cantonale doit être séparé de la question de la rémunération des prestations. Avec la décision du Conseil des États, l'amélioration du financement résiduel ne concerne plus que la période transitoire. Par la suite, des tarifs seront appliqués pour la rémunération. Ces derniers ne seront pas définis sur la base du financement résiduel appliqué juste avant le passage au financement uniforme mais devront satisfaire aux exigences de la LAMal et reposer sur les données et les coûts, c'est-à-dire être appropriés et économiquement fondés. Pour formuler les choses avec prudence, une rémunération par le biais de tarifs ne devrait donc, au moins, pas être pire pour la situation des fournisseurs de prestations et du personnel soignant que la réglementation actuelle avec le financement résiduel par les cantons. L'intégration des soins dans un financement uniforme est de ce fait également soutenue par les associations de fournisseurs de prestations dans le domaine des soins (Curaviva, senesuisse, Aide et soins à domicile Suisse, ASPS). Les principes de la LAMal s'appliquent indépendamment du fait que le financement résiduel appliqué jusqu'alors est calculé de manière un peu juste, correcte ou, le cas échéant, trop généreuse. C'est pourquoi les éventuelles adaptations apportées par les cantons et les communes au financement résiduel pendant la période transitoire n'ont plus d'importance.

3 Garantie de tarifs appropriés et économiques, d'une qualité et d'un accès

La LAMal prévoit que les coûts des prestations assurées dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) et fournies dans la qualité requise sont remboursés aux assurés. Les partenaires tarifaires et, le cas échéant, les autorités chargées d'approuver et de fixer les tarifs ont la responsabilité de convenir ou de fixer des tarifs qui soient à même de couvrir les coûts justifiés des prestations fournies de manière efficiente et dans la qualité requise.

C'est d'abord aux partenaires tarifaires, puis aux autorités d'approbation et de fixation que la tarification incombe. Pour ce faire, ils doivent veiller à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible (art. 43, al. 6, LAMal). Ce principe s'applique à l'ensemble de la LAMal. Avec la décision du Conseil des États, les règles concernant la tarification s'appliquent désormais également à la rémunération des soins. Si la rémunération des soins est plus appropriée, par rapport au système actuel avec la réglementation du financement résiduel (voir point 2), grâce aux nouveaux tarifs à concevoir pour les soins,

cela peut également avoir des effets positifs sur l'attractivité de la profession dans de telles institutions.

Les partenaires tarifaires, ainsi que les organisations tarifaires responsables de la tarification pour les prestations médicales ambulatoires et, avec la décision du Conseil des États, désormais également pour les soins, sont d'ores et déjà tenus de respecter les principes de la LAMal mentionnés et d'en tenir compte lors de la tarification. Les autorités d'approbation vérifient, elles aussi, le respect de ces principes. À ce titre, il n'est pas nécessaire d'imposer des exigences supplémentaires aux organisations tarifaires.

À l'inverse, les prestations d'assistance ne sont pas des prestations LAMal, et la décision du Conseil des États ne change rien sur ce point. Il n'est par conséquent pas possible de définir les exigences applicables à la rémunération de ces prestations dans la LAMal.

Par ailleurs, les gains d'efficacité attendus d'un financement uniforme peuvent également atténuer la pénurie de personnel qualifié : si, grâce à un transfert des prestations dans le domaine ambulatoire et à une meilleure coordination, des traitements stationnaires sont évités ou des admissions en établissements médico-sociaux (EMS) sont retardés, cela pourrait libérer du personnel soignant du secteur des soins aigus stationnaires au profit des soins de longue durée.

Indépendamment de la question du financement uniforme, des efforts sont d'ores et déjà déployés, par exemple dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers (et dans le cas de l'offensive de la formation déjà décidée par le Parlement), pour renforcer l'attractivité des professions des soins et réduire la pénurie de personnel (voir ch. 1). Ces travaux peuvent et doivent se poursuivre indépendamment d'un financement uniforme.

4 Délimitation entre soins et assistance

Une condition importante pour assurer la transparence des coûts et du financement est la possibilité de délimiter clairement les soins des prestations d'assistance. Le rapport de Polynomics et de la Haute école de Lucerne (2019, p. 12)² consacré à la faisabilité d'une intégration des soins dans un financement uniforme arrive à la conclusion « que le manque actuel de transparence en matière de coûts n'est pas dû à un manque de clarté dans la définition des prestations de soins et d'assistance. Tant les bases légales que les listes d'activités établies pour les soins [...] contribuent à fixer une délimitation claire entre soins et assistance. Le problème qui se pose concerne plutôt la comptabilité analytique et la qualité des données : il n'existe à l'échelle suisse aucune prescription uniforme en matière de calcul des coûts et de saisie des prestations. »

Les auteurs de ce rapport considèrent donc que la délimitation entre les soins et l'assistance est possible tant dans la loi qu'en pratique et que le problème vient du fait que, faute de directives contraignantes, l'attribution des coûts à des soins ou à de l'assistance ne s'effectue pas de manière uniforme sur le plan comptable.

C'est pourquoi Polynomics et la Haute école de Lucerne (2019) soulignent l'importance de créer dans la loi une base permettant au Conseil fédéral de fixer les principes d'une comptabilité analytique uniforme pour les soins fournis en ambulatoire, comme cela existe déjà pour les hôpitaux et les EMS. Le Conseil fédéral peut s'appuyer pour cela sur les travaux déjà réalisés par les associations professionnelles, mais qui, aujourd'hui, faute de possibilité légale, ne

² Polynomics et Hochschule Luzern (2019). Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung. Étude réalisée sur mandat de l'OFSP (en allemand avec résumé en français).

peuvent pas être imposés de manière contraignante à l'ensemble des fournisseurs de prestations. Le Conseil des États a décidé à cette fin d'adapter l'art. 50 P-LAMal.

5 Contribution des patients aux soins

Le système actuel de financement des soins prévoit, en plus de la participation normale aux coûts pour toutes les prestations, une contribution des assurés aux coûts des soins de 20 % au plus de la contribution maximale de l'AOS fixée par le Conseil fédéral. Le montant de la contribution maximale des patients est déjà fixé de manière indirecte par le Conseil fédéral. Les cantons peuvent prendre en charge la totalité ou une partie de cette contribution.

La décision du Conseil des États prévoit toujours, même en cas de financement uniforme, une contribution des assurés aux coûts des soins. Pour les soins, le Conseil fédéral n'a ainsi plus besoin de fixer une contribution de l'AOS, de laquelle dépend de manière indirecte également la contribution maximale des patients. C'est pourquoi le Conseil des États prévoit que le Conseil fédéral fixe directement cette contribution maximale en francs (art. 64, al. 5^{bis}, P-LAMal). C'est donc, comme aujourd'hui, le Conseil fédéral qui fixe le montant de la contribution des patients pour les soins.

En outre, le Conseil des États a prescrit dans les dispositions transitoires (III, al. 8) que le Conseil fédéral fixe, la première fois et au minimum pour les quatre premières années qui suivent l'intégration des soins, les contributions maximales des assurés aux soins qui sont fournis sous forme ambulatoire ou dans un EMS de manière à ce qu'elles ne soient pas plus élevées que les contributions avant le changement de financement.

L'évolution de la contribution des patients pour les soins est aujourd'hui directement liée à l'évolution de la contribution de l'AOS. Depuis le nouveau régime de financement des soins en 2011, cette contribution n'a pas été augmentée et, par conséquent, la charge des personnes nécessitant des soins non plus. Si le financement uniforme échoue, la pression pour adapter les contributions de l'AOS aux soins devrait augmenter. Cela entraînerait également automatiquement une augmentation des contributions des patients. Ce phénomène serait probablement encore plus marqué si un financement uniforme sans intégration des soins était décidé. Si les cantons devaient participer aux coûts supplémentaires dans le domaine ambulatoire, ils insisteraient d'autant plus pour que l'AOS supporte davantage qu'aujourd'hui l'augmentation des coûts des soins. Cela entraînerait automatiquement une augmentation de la charge des personnes nécessitant des soins.

La décision du Conseil des États maintient la réglementation actuelle, qui laisse au Conseil fédéral le soin de fixer la contribution des patients. Dans les dispositions transitoires, le Conseil des États a en outre fixé que la contribution ne pourra pas être augmentée par le Conseil fédéral par rapport au niveau actuel pendant au moins quatre ans après le changement de financement. Même après ce délai, la contribution des patients pour les soins devrait être plus faible que si le système actuel était maintenu, car elle n'est plus directement liée à la contribution de l'AOS. Il est fort probable que les personnes nécessitant des soins soient moins mises à contribution avec un financement uniforme incluant les soins qu'avec le maintien du système actuel ou avec un financement uniforme sans les soins.