

Rapport de l'Office fédéral de la santé publique du 11 avril 2023 à l'attention de la CSSS-N

« Réseaux de soins coordonnés »

Bilan des tables rondes sur les réseaux de soins coordonnés

Dans l'ensemble, les participants aux tables rondes sont convenus qu'il y a lieu de dépasser la fragmentation actuelle de la fourniture de prestations en fonction de la catégorie professionnelle et de promouvoir la coordination des soins, en particulier dans le domaine ambulatoire. Il existe également un consensus sur le fait que les personnes âgées, atteintes de maladies chroniques ou de comorbidités sont les premières à bénéficier de soins interprofessionnels coordonnés. Mais concernant les mesures requises dans ce domaine, les opinions divergent.

Pour la majorité des acteurs représentés aux tables rondes, les « réseaux de soins coordonnés » proposés par le Conseil fédéral ne sont pas une solution valable.

curafutura, le Forum suisse des soins intégrés (FMC), la FMH, H+, medswiss.net, MFE Médecins de famille Suisse, santésuisse, la Fédération suisse des associations professionnelles du domaine de la santé (FSAS) et le Forum suisse des consommateurs estiment qu'il n'y a pas besoin d'un nouveau type de fournisseur de prestations appelé « réseau de soins coordonnés ». Ils plaident pour un développement des modèles d'assurances alternatifs (MAA) actuels (cf. « Approche relative aux modèles d'assurances alternatifs (MAA) », ch. 3) et ont formulé un certain nombre de propositions en ce sens (cf. aussi ch. 3.4 à ce sujet). Pour ces acteurs, la proposition du Conseil fédéral constitue une atteinte grave et inutile à la liberté d'organisation des assureurs et des fournisseurs de prestations.

Ils jugent que les réformes déjà mises en œuvre, comme l'affinement de la compensation des risques, ainsi que les réformes à venir, comme le financement uniforme des prestations ou la révision de la structure du tarif médical TARDOC, amélioreront sensiblement la coordination entre les fournisseurs de prestations. Ils estiment que la responsabilité d'améliorer la coordination de la fourniture de prestations relève exclusivement des fournisseurs de prestations et des assureurs et ne requiert pas de fournisseur de prestations supplémentaire. Certains refusent aussi la proposition en raison de l'obligation, pour les assureurs, de contracter avec les réseaux de soins coordonnés. En outre, santésuisse et le Forum suisse des consommateurs, notamment, craignent que les réseaux de soins coordonnés entraînent une augmentation du volume des prestations, entravant la maîtrise des coûts. H+ demande également un renforcement du rôle des hôpitaux dans le cadre de la coordination des soins dans le domaine ambulatoire. La FMH et la FSAS exigent quant à elles une compensation financière des prestations de coordination pour les fournisseurs de prestations non médicaux.

Les autres acteurs (la CDS, pro-salute.ch, Aide et soins à domicile Suisse, ARTISET et phar-masuisse) estiment nécessaire, en complément des révisions en cours, la mise en place de mesures relatives à l'organisation des soins de santé, en particulier dans le domaine ambulatoire (cf. ch. 4 « Approche relative au modèle de soins » à ce sujet). D'autant plus que la majorité des assurés privilégient actuellement des modèles fondés sur un filtrage via le médecin de premier recours (« gatekeeping ») ou des produits d'assurance essentiellement fondés sur un tri médical plutôt que sur une coordination systématique et contraignante des soins. Comme mentionné au ch. 4, le développement des MAA se heurte à une autre difficulté : la réglementation

actuelle ne permet pas de proposer des soins interprofessionnels coordonnés « d'un seul tenant », compte tenu de l'obligation de respect des conditions requises pour la prise en charge des coûts conformément à la LAMal.

Cependant, les opinions concernant la meilleure approche à adopter dans ce domaine divergent : la CDS, pro-salut.ch, Aide et soins à domicile Suisse et ARTISET sont dans l'ensemble favorables à la proposition du Conseil fédéral de renforcer l'obligation de coordination entre différentes professions de la santé dans le domaine des soins de santé ambulatoires via le réseau de soins coordonnés comme nouveau fournisseur de prestations. Selon ces acteurs, les adaptations du texte législatif proposées au ch. 5 comblent les lacunes de la proposition du Conseil fédéral concernant le rôle des fournisseurs de prestations non médicaux et des cantons. pharmasuisse voit d'un œil critique la proposition actuelle d'aménagement du nouveau modèle de soins et plaide pour davantage de souplesse ou pour des mesures volontaires, autrement dit non réglementées légalement, comme des conventions de collaboration simples, mais contraignantes.

1 Mandat et contexte

Les 10 et 11 novembre 2022, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a entamé l'examen du 2^e volet de mesures visant à maîtriser les coûts (22.062). Cet examen faisait suite à une audition, le 20 octobre 2022, de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), de l'ensemble des principales fédérations de fournisseurs de prestations, des assureurs et de l'industrie pharmaceutique, ainsi que des organisations de patients. Dans ce cadre, il s'est avéré que l'approche de promotion des réseaux de soins coordonnés proposée par le Conseil fédéral est rejetée par de nombreux acteurs. Le 11 novembre 2022, la CSSS-N a donc confié à l'administration le mandat d'élaborer une solution pérenne à l'occasion de tables rondes avec les acteurs concernés et les cantons, de la transmettre à la Commission dans un rapport complémentaire et de proposer les dispositions légales requises.

Les tables rondes ont eu lieu le 20 janvier 2023, le 17 février 2023 et le 17 mars 2023.

2 Objectif : promouvoir les soins coordonnés

Dans son message du 7 septembre 2022 ([FF 2022 2427](#)) le Conseil fédéral a justifié comme suit la nécessité de promouvoir les soins coordonnés, ainsi que sa proposition : « La promotion ciblée des soins coordonnés devrait contribuer à garantir des soins économiques et répondant aux besoins, et à éliminer du système de santé suisse les inadéquations existantes en la matière (manque, excès, insuffisance ou erreurs). »

L'importance des soins coordonnés est grande compte tenu, notamment, de l'évolution démographique en Suisse : il est en effet prévu une augmentation du nombre de personnes âgées et atteintes de maladies chroniques multiples, qui ont recours à davantage de prestations du système de santé que la population moyenne. Il est important, notamment pour les patients atteints de maladies chroniques et, souvent, de comorbidités, que les soins soient correctement coordonnés, car ils impliquent généralement le recours à plusieurs médecins ainsi qu'à d'autres professionnels de la santé, hôpitaux et institutions. Pour pouvoir garantir la qualité des soins en dépit de cette pluralité de parties prenantes, il est essentiel de mieux organiser les interfaces et les transitions, d'identifier les redondances et de prévenir le recours à des prestations inutiles.

La coordination des soins joue aussi un rôle clé dans la qualité du traitement et la lutte contre la maladie pour des patients jeunes atteints de maladies graves et/ou complexes, comme des cancers ou des maladies rares.

Une bonne coordination des prestations et des fournisseurs de prestations permet d'améliorer la qualité et l'économicité de l'examen et du traitement sur l'ensemble de la chaîne de soins, ou du moins sur une grande partie de celle-ci. Cela implique une alliance ou une collaboration contraignantes de professionnels de la santé exerçant différentes professions afin de proposer, sur l'ensemble de la chaîne de soins, des soins médicaux et infirmiers qui soient interprofessionnels, coordonnés et adaptés aux besoins des patients.

Par « soins coordonnés », on entend des modèles de soins caractérisés par une collaboration structurée et obligatoire de différents fournisseurs de prestations et professionnels couvrant de bout en bout le parcours thérapeutique. Une personne désignée sert de coordinatrice et de première interlocutrice aux patients. Un dossier médical électronique auquel tous les professionnels concernés ont accès, ainsi que des protocoles et des chemins cliniques standardisés représentent un autre élément cardinal permettant d'aboutir à des décisions structurées (cf. à ce sujet CDS 2019 « Nouvel élan pour les soins intégrés dans les cantons : un guide »).

L'étude de 2017 de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) montre que si, au cours des dernières années, une multitude d'initiatives et de projets concrets ont été lancés en vue d'améliorer la coordination des soins (Soins intégrés en Suisse, Obsan Dossier 57, 2017), ceux-ci sont la plupart du temps plutôt ponctuels ou limités à l'échelon régional. La question se pose donc des mesures à prendre pour mieux coordonner les soins à l'échelon national. Il convient dès lors de s'interroger sur la manière d'améliorer la collaboration non seulement à l'interface entre les soins stationnaires et ambulatoires, mais aussi au sein des soins ambulatoires eux-mêmes.

3 Approche relative aux modèles d'assurances alternatifs (MAA)

Lors de la table ronde du 20 janvier 2023, les débats se sont concentrés sur la relation et la délimitation, conformément au mandat de la CSSS-N, entre les réseaux de soins coordonnés et les formes particulières d'assurance actuelles impliquant un choix limité du fournisseur de prestations, ou « modèles d'assurance alternatifs » (MAA) selon le vocabulaire usuel.

3.1 Peu d'encadrement par la loi des formes particulières d'assurance

Dans l'art. 62 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10), trois types de formes particulières d'assurance sont définies : l'assurance impliquant un choix limité du fournisseur de prestations (ci-après MAA) aux al. 1 et 3, l'assurance avec franchise à option (al. 2, let. a) et l'assurance avec bonus (al. 2, let. b). Les franchises à option sont définies à l'art. 93, al. 1, de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal, RS 832.102).

La LAMal et l'OAMal contiennent délibérément peu de dispositions relatives à l'aménagement des MAA. L'objectif est de laisser aux assureurs et aux fournisseurs de prestations la plus grande liberté possible et de promouvoir les innovations. Il en résulte une diversité considérable dans les plus de 160 MAA actuellement présents sur le marché. Ceux-ci vont de la définition d'un ou de plusieurs interlocuteurs de référence à des formules très restrictives (p. ex. médecins ou réseaux de médecins prédéfinis avec ou sans convention, parcours de soins contraignant, etc.), en passant par des modèles par téléphone qui prédéterminent le parcours de soins mais laissent le choix du médecin. Il est aussi possible de combiner ces assurances entre elles. Par ailleurs, d'autres composants des MAA peuvent répondre à des règles très diverses, comme le recours obligatoire aux génériques, l'achat de médicaments dans certaines pharmacies, la res-

triction dans le choix des spécialistes, la gestion de l'assurance via des applications ou des portails clients ou encore un régime de sanctions en cas de non-respect des conditions d'assurance. Conformément à l'art. 99, al. 2, OAMal, il est aussi possible de renoncer en tout ou en partie au prélèvement de la quote-part et de la franchise.

Avant de commercialiser un nouveau MAA, un assureur doit d'abord soumettre les conditions d'assurance à l'autorité de surveillance pour approbation. Cependant, les conventions entre assureurs et fournisseurs de prestations n'entrent pas dans le cadre du plan d'exploitation soumis à autorisation. Elles sont conclues librement entre les parties dans le cadre de l'autonomie contractuelle et réglementent, en sus de l'accès aux prestations susmentionné, le développement de la qualité et la coresponsabilité financière. À cet égard, le cadre juridique (principe de l'égalité de traitement, catalogue des prestations ou éléments des conventions tarifaires, p. ex.) doit être obligatoirement respecté.

Les produits d'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations (tout comme les autres formes particulières d'assurance) ne constituent pas des communautés de risques particulières pour un même assureur. Lors de la fixation des primes, l'assureur doit tenir compte des frais administratifs et des éventuelles primes de réassurance et veiller à ce que les assurés qui ont un choix limité des fournisseurs de prestations contribuent, dans la mesure nécessaire selon les principes actuariels, aux réserves et à la compensation des risques (art. 101, al. 1, OAMal). Cet élément est vérifié par l'autorité de surveillance dans le cadre de l'approbation des primes.

Les assurés bénéficient d'une réduction de prime en cas de choix d'un MAA. Le montant maximal de cette réduction est défini à l'art. 101, al. 2, OAMal. Les réductions pour un MAA donné dépendent des économies effectives réalisées du fait des restrictions. Pour les calculer, on procède d'abord à un ajustement en fonction des risques au sein de l'effectif d'assurés de l'assurance de base (assurance avec libre choix du médecin et franchise ordinaire), les MAA étant plus souvent choisis par des personnes en bonne santé. On compare cet effectif ajusté à l'ensemble des assurés du MAA pour calculer la réduction maximale autorisée. Afin d'exclure au maximum les fluctuations aléatoires et renforcer la pertinence des calculs, cinq exercices comparables au minimum sont pris en compte¹. Cela permet de garantir que tous les assurés contribuent aux réserves et à la compensation des risques et d'éviter que certains groupes d'assurés soient favorisés ou défavorisés.

Les assureurs disposent d'une importante marge de manœuvre en matière de calcul des primes pour les différents MAA. Ils peuvent ainsi différencier la réduction en fonction de caractéristiques telles que les groupes d'âge (enfants, jeunes adultes entre 19 et 25 ans, adultes), le canton, la région de prime, la franchise, etc., dans la mesure où la réduction maximale est respectée en moyenne.

3.2 Les MAA connaissent un succès croissant

Les MAA sont un modèle de réussite. Largement utilisés, ils se sont imposés ces dernières années. Leur part ne cesse de croître.

¹ Pour plus d'explications, cf. : « Économies et sélection des risques dans les modèles d'assurance-maladie » dans « Sécurité sociale CHSS 3/2013 », p. 154 ss ; <https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/fr/dokumente/the-menuebergreifend/publikationen/CHSS/chss-03-2013.pdf.download.pdf/fr-03-2013.pdf>

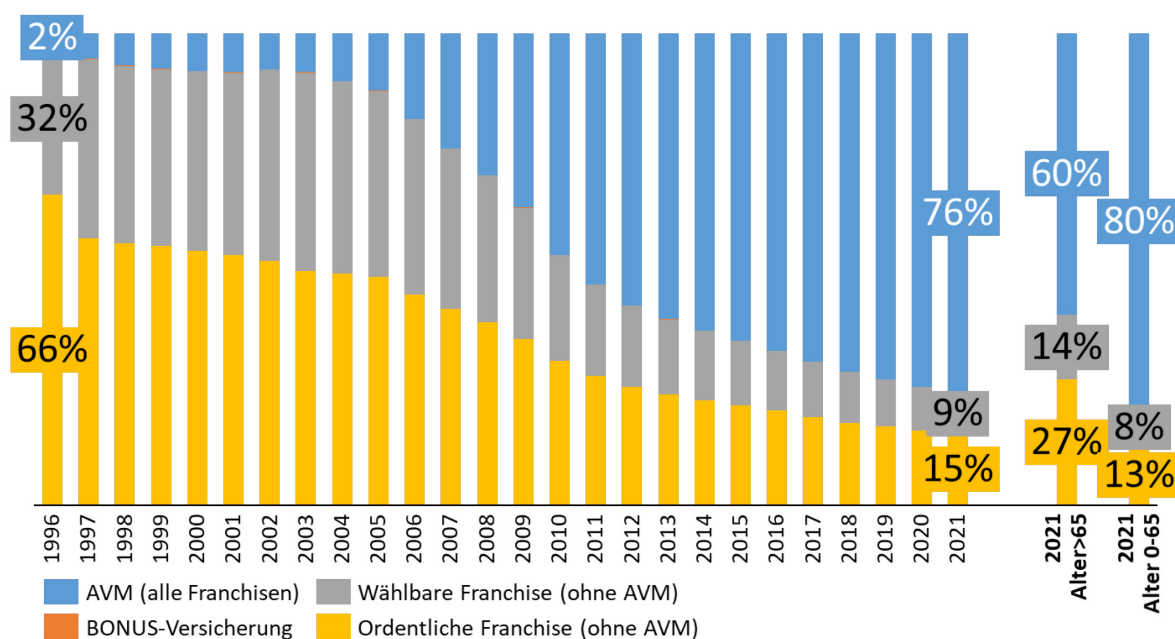


Illustration 1 : part des différentes formes d'assurance entre 1996 et 2021 (source : statistique LAMal 2021, tableau 7.07, EFIND)

En 2021, 76 % de l'ensemble des assurés (soit 6,6 millions) ont opté pour un MAA, 9 % (soit 0,75 million) ont recours à des franchises à option et 15 % (soit 1,3 million) sont encore assurés dans le modèle de base. L'assurance avec bonus est peu choisie par les assurés et peu proposée par les assurances.

Cependant, une analyse nuancée fait apparaître certaines différences dans l'utilisation des MAA au sein des différents groupes de population : ainsi, les assurés de plus de 65 ans sont environ deux fois plus nombreux à choisir l'assurance de base que les moins de 65 ans. Dans l'ensemble, les données et analyses de l'OFSP permettent d'aboutir aux constats suivants :

- Ces dernières années, une part croissante d'assurés âgés a fait le choix des MAA. Il n'en demeure pas moins que plus une personne est âgée, moins elle est encline à conclure un MAA.
- Les assurés avec franchise élevée sont plus enclins à choisir un MAA que ceux avec franchise basse.
- Les assurés qui génèrent des coûts élevés sont moins nombreux à opter pour un MAA.
- Les assurés qui achètent certains médicaments (avec un indicateur PCG dans la compensation des risques²) sont environ deux fois moins nombreux à opter pour un MAA (indépendamment des coûts).
- Les assurés ayant effectué un séjour à l'hôpital au cours de l'année précédente sont environ deux fois moins nombreux à choisir un MAA que le groupe témoin.

C'est justement chez les personnes dont l'état de santé peut générer des coûts élevés et un grand besoin de coordination entre les fournisseurs de prestations que les MAA sont les moins répandus ou tendent à se heurter à certaines limites en matière d'acceptation, les raisons précises de ces réticences n'ayant jusqu'ici jamais été étudiées. Selon MFE Médecins de famille Suisse, cela peut s'expliquer par le fait que jusqu'à présent, les MAA – notamment du fait d'une compensation des risques insuffisante par le passé – sont surtout commercialisés en tant que modèles à bas coût et que les aspects qualitatifs tels qu'une meilleure coordination et une meilleure qualité de traitement sont trop peu mis en avant. Pour H+, différentes explications sont envisageables. Par exemple, les malades chroniques sont généralement mieux informés sur leur(s) maladie(s) et disposent déjà d'un spécialiste de confiance. Pour le Forum suisse des consommateurs, la réticence des fournisseurs de prestations à informer les patients au sujet des modèles d'assurance adéquats est une explication possible.

Pour curafutura, la FMH, medswiss.net et la FSAS, la faible part des MAA ne permet pas de conclure à une moins bonne coordination du traitement de ces personnes. Selon eux, il n'existe pas de relation de cause à effet directe entre le choix du MAA et le traitement coordonné puisque ces personnes peuvent bénéficier d'un traitement coordonné et d'aussi bonne qualité via l'accès à un médecin de confiance.

3.3 Économies réalisées via les MAA : 14 % en moyenne

En moyenne, les MAA permettent d'économiser environ 14 % sur l'ensemble des assurés³, avec d'importantes différences d'un modèle à l'autre. Certains permettent ainsi d'obtenir des réductions supérieures à 20 %. Cependant, les données ne permettent généralement pas de conclure qu'une catégorie de MAA (p. ex. modèles par téléphone, modèles du médecin de famille ou modèles HMO) est associée à des économies plus ou moins importantes.

Les assureurs tirent parti de la marge de manœuvre dont ils disposent en matière de calcul des primes, mais généralement sans exploiter pleinement le potentiel disponible. À l'échelle de la Suisse, la réduction maximale autorisée a été utilisée entièrement ou presque entièrement dans moins de 20 % des MAA. Cela peut s'expliquer par le besoin de garantir une évolution stable des primes. En effet, la réduction maximale peut varier d'une année sur l'autre. Si l'assureur applique la réduction maximale, il doit tenir compte d'une nouvelle baisse de celle-ci l'année

² Dans la compensation des risques, les achats de médicaments sont classés par groupes de coûts pharmaceutiques (PCG). Cet indicateur permet notamment de prendre en compte les malades chroniques dans la compensation des risques.

³ Base : preuve des différences de coûts au sens de la [circulaire n° 5.3](#) pour l'année 2021.

suivante, ce qui entraîne une hausse des primes. Il faut aussi veiller à ce que les assurés disposant d'un choix limité de fournisseurs de prestations contribuent aux réserves et à la compensation des risques dans la mesure nécessaire selon les principes actuariels.

Dans le cas des nouveaux MAA également, seules les économies effectives découlant des restrictions peuvent être répercutées sous la forme de réduction. En l'absence de preuves ou de comparaisons plus précises (p. ex. avec un MAA existant servant de référence), une réduction maximale de 14 %, soit la moyenne pour l'ensemble des MAA sur le marché, est définie. Cependant, la quasi-totalité des assurés MAA (97 %) disposent d'un MAA qui existe depuis au moins cinq ans. Entre 2014 et 2022, six MAA ont vu le jour par an en moyenne, dont la grande majorité est toujours proposée actuellement.

3.4 Propositions des acteurs concernant le développement des MAA

Lors de la première table ronde, les participants se sont accordés sur le fait que les MAA sont un modèle de réussite. Ils ont également reconnu que les MAA, grâce aux différentes révisions passées et à venir, continuent à se développer et à se répandre. Ont notamment été soulignés les effets positifs de l'affinement de la compensation des risques mis en œuvre ces dernières années et les retombées positives attendues de la révision du financement en cours (financement uniforme de toutes les prestations) sur la promotion des MAA.

Parallèlement, de nouvelles possibilités d'évolutions réglementaires concernant les MAA ont aussi été esquissées, qui devraient toutefois être examinées sur le long terme et indépendamment du 2^e volet de mesures visant à maîtriser les coûts.

Certains acteurs ont souligné la nécessité d'évaluer, à long terme, de nouvelles approches de calcul des réductions compte tenu du recul du nombre d'assurés dans l'assurance de base. En 2021, plus d'1,3 million d'assurés ont encore opté pour l'assurance de base ; 0,75 million ont choisi une franchise à option. D'un point de vue statistique, l'ensemble comparatif est donc suffisamment important, y compris en cas de poursuite du recul des assurés de l'assurance de base, d'autant plus que cinq exercices comptables sont pris en compte. L'assurance de base faisant souvent office de point d'ancrage dans la loi et l'ordonnance (p. ex. pour la réduction de prime régionale ou le rabais en cas d'exclusion de la couverture-accidents), un changement impliquerait des modifications d'envergure dans les deux textes.

Une autre voie d'évolution serait que les assurés qui optent pour un MAA soient liés sur le long terme par la restriction du choix du fournisseur de prestations. Contrairement à un contrat pluriannuel classique, dans le cadre duquel les assurés – y compris en cas de forte hausse des primes – seraient liés à l'assureur-maladie, les assurés MAA ne resteraient liés à la forme particulière d'assurance que sur une période définie. Ils pourraient donc (en cas d'augmentation des primes, par exemple) changer d'assureur selon les règles légales actuelles, tout en continuant de disposer d'un choix limité de fournisseurs de prestations – quoique selon les règles du nouvel assureur. Cela nécessiterait une modification de la LAMal et de l'OAMal, réalisable indépendamment du projet actuel.

Enfin, plusieurs organisations ont mis en avant des possibilités de développement dans le domaine de l'utilisation et du traitement de données en rapport avec les MAA. Concrètement, diverses options sont à l'étude concernant la manière d'aménager les conditions préalables légales dans l'art. 84 LAMal et d'autres articles afin que des groupes de personnes définis puissent être informés de manière ciblée de mesures de réduction des coûts à l'appui de données relatives aux prestations (p. ex. informations individuelles sur les MAA adaptés à la personne assurée, sur des génériques ou sur des biosimilaires).

4 Approche relative au modèle de soins

4.1 Rôles des différents fournisseurs de prestations

Lors de la deuxième table ronde du 17 février 2023, certains des principes généraux de la LAMal ont été rappelés et le rôle charnière du médecin a été expliqué.

Parmi les fournisseurs de prestations admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS), on peut établir une distinction entre ceux qui peuvent exercer directement à la charge de l'AOS (p. ex. médecins, chiropracteurs, sages-femmes, hôpitaux, et à l'avenir, infirmiers dans certains cas) et ceux qui ne peuvent fournir de prestations que sur prescription médicale ou mandat médical (p. ex. physiothérapeutes, ergothérapeutes et les organisations qui les emploient).

Dans le système actuel de la LAMal, les médecins jouent un rôle clé. Ils posent le diagnostic de la maladie et permettent ensuite, par leurs prescriptions médicales, l'accès du patient aux prestations de soins et de santé qui sont proposées par les autres fournisseurs de prestations autorisés.

Dans le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre qualifiée, en particulier dans les soins médicaux de base, la collaboration interprofessionnelle ne cesse de gagner en importance. Elle doit cependant pouvoir tourner autour d'un point central permettant la coordination de l'ensemble du processus thérapeutique.

Dans le domaine ambulatoire, chaque catégorie de professionnels de la santé ou leur organisation dispose de conditions d'admission spécifiques. Il en résulte aussi une séparation organisationnelle claire entre les professions de la santé. Par conséquent, il ne peut pas y avoir de relations employeur-employés entre les différentes professions pouvant servir à la facturation à la charge de l'AOS. Par exemple, un médecin ne peut pas embaucher de physiothérapeute, ni un physiothérapeute embaucher de personnel soignant et facturer les prestations associées. Ainsi, les personnes qui appartiennent à une catégorie professionnelle indiquée à l'art. 35, al. 2, let. e, LAMal et qui sont autorisées à fournir des prestations à la charge de l'AOS sur prescription médicale, ne relèvent pas des catégories professionnelles regroupées par le tribunal fédéral sous le terme de « personnel paramédical [que le médecin] emploie »⁴. Par conséquent, leurs prestations ne peuvent pas être imputées à un médecin en tant que prestations médicales et facturées à l'AOS au nom de ce dernier. Dans le domaine ambulatoire, il n'existe donc actuellement aucune possibilité de collaborer au sein d'une équipe soignante interprofessionnelle aux responsabilités clairement définies et de se constituer comme unique fournisseur de prestations vis-à-vis de l'AOS.

Les MAA doivent eux aussi respecter le cadre fixé par la LAMal. Les différentes organisations relevant de ces modèles ne peuvent prévoir qu'une collaboration à caractère volontaire ou contractuel, dans le cadre de laquelle chaque fournisseur de prestations procède à la facturation pour lui-même.

Par ailleurs, les fournisseurs de prestations ne peuvent pas embaucher d'autres personnes qui ne fournissent pas de prestations prévues par la LAMal et ne sont pas reconnues comme des fournisseurs de prestations admis, telles que les travailleurs sociaux ou les thérapeutes sportifs, et facturer leurs prestations.

Avec le réseau de soins coordonnés comme nouveau fournisseur de prestations, l'objectif est de créer, pour le domaine ambulatoire, une forme d'organisation permettant une collaboration contraignante, efficiente et structurée entre les différents professionnels de la santé dans un

⁴ [Arrêt du tribunal administratif fédéral C-7498/2008 du 31 août 2012, consid. 7.7.1.](#)

environnement qui favorise le développement de processus clairs en tenant compte au mieux des compétences de chacun.

Le projet de loi ne fournit que très peu d'indications concernant les modalités d'organisation d'un réseau de soins coordonnés. Par conséquent, des professionnels non médicaux de la santé peuvent, dans un tel réseau, jouer un rôle clé, en particulier en matière de coordination – ce qui rend possible la « collaboration sur un pied d'égalité » souvent citée par les participants aux tables rondes. L'établissement du diagnostic tout comme la prescription d'autres mesures thérapeutiques ou de soins restent toutefois du ressort du médecin.

Le projet de loi permet une ouverture de la LAMal pour le domaine ambulatoire en prévoyant une forme d'organisation qui dispose d'un cadre légal clair et garantit ainsi une certaine uniformité à l'échelon national. Les conditions préalables à la prise en charge des coûts, à l'étendue des prestations et aux catégories professionnelles reconnues comme fournisseurs de prestations dans la LAMal restent inchangées. Le remboursement des prestations se déroule selon la procédure connue, en fonction soit des tarifs déjà en vigueur, soit des dernières conventions tarifaires. Les différentes formes de tarifs (tarif individuel, tarif horaire, tarif forfaitaire ou formes mixtes) sont disponibles à cet effet.

4.2 Tarification des prestations de coordination

Les prestations de coordination ne représentant pas une activité directe avec les patients, elles ne sont pas expressément mentionnées dans la LAMal. Par conséquent, peuvent être considérées comme prestations de coordination toutes les activités fournies par les fournisseurs de prestations pour définir ensemble et coordonner le processus thérapeutique d'un patient.

Les prestations de coordination font partie des tâches de routine des fournisseurs de prestations et sont déjà rémunérées sur la base des tarifs existants. Un médecin peut donc décompter certaines prestations de coordination au moyen des positions prévues dans le TARMED pour les « prestations en l'absence du patient ». Le domaine des soins constitue une exception à la règle puisqu'en l'occurrence, la coordination dans des situations complexes est expressément prévue comme prestation par l'art. 7, al. 2, let. a, de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS, RS 832.112.31).

La nature et le montant de la rémunération des prestations de coordination dépendent des coûts générés par celles-ci. Pour qu'une bonne coordination soit garantie dans tous les cas, la quantité de travail supplémentaire consacrée à la coordination des situations complexes doit pouvoir être prise en compte et indemnisée en conséquence.

Dans des cas très complexes, cette rémunération peut difficilement se fonder sur le détail des prestations, car d'un cas à l'autre, les fluctuations peuvent être considérables. L'art. 48a P-LAMal prévoit donc que les réseaux de soins coordonnés puissent conclure avec les assureurs ou leurs fédérations des conventions qui règlent le financement des coûts supplémentaires découlant de la coordination des cas complexes. La rémunération de ces surcoûts est justifiée si le travail de coordination va au-delà des attentes ordinaires à l'égard des fournisseurs de prestations. La forme de la rémunération est laissée au libre choix des parties contractantes. Les conventions au sens de l'art. 48a P-LAMal ne sont pas des conventions tarifaires au sens propre.

4.3 Modèle de soins sans nouveaux fournisseurs de prestations : possibilités et limites

Tous les fournisseurs de prestations pourraient prévoir entre eux des conventions de collaboration afin de garantir une bonne coordination. La LAMal ne s'y oppose pas dans la mesure où il n'existe pas de relation de subordination entre les fournisseurs de prestations des différentes professions de la santé (cf. ch. 4.1). Dans tous les cas, chaque fournisseur de prestations facture

lui-même les prestations qu'il fournit et doit, le cas échéant, apporter la preuve des coûts supplémentaires découlant de situations complexes.

Concernant le travail de coordination, les partenaires tarifaires peuvent ainsi décider, dans le cadre juridique existant, de la manière dont ils souhaitent refléter les coûts de coordination dans les tarifs – cela vaut également pour les tarifs des fournisseurs de prestations non médicaux (à propos de la réglementation des prestations de coordination dans le domaine des soins, cf. ch. 4.2). Cela peut être sous la forme d'un élément de prestation ou d'une position tarifaire explicite. Dans le second cas, il faudrait garantir que la coordination ne soit pas facturée deux fois, voire plus, pour le même patient par les différents fournisseurs de prestations impliqués dans le traitement. Il peut également être difficile de définir le montant de rémunération à affecter à quelles tâches, les cas pouvant varier fortement suivant les particularités de chaque patient.

Bien que, comme déjà évoqué, une coordination entre les fournisseurs de prestations puisse et doive être mise en place dès aujourd'hui, elle ne l'est pas, ou de manière insatisfaisante. Sans la création d'un nouveau modèle de soins pour le domaine ambulatoire aux fins de développement de la coordination, l'interprofessionnalité, en particulier la prise en compte adéquate des compétences de chacun, et avec elle, la coordination, sont entravées.

De même, sans une forme d'organisation appropriée, qui regroupe les différents fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire, la collaboration avec les structures de soins stationnaires est sensiblement plus compliquée. Le risque est que chaque fournisseur de prestations doive, s'il le juge nécessaire, entrer en contact avec le fournisseur de prestations stationnaire.

Si la LAMal, dans sa version actuelle, n'empêche pas le développement de la coordination et de l'interprofessionnalité, elle ne l'encourage pas non plus. En effet, les règles d'admission actuellement en vigueur pour le domaine ambulatoire ne permettent pas aux différentes catégories professionnelles de se regrouper au sein d'une équipe interprofessionnelle afin de développer ensemble des processus thérapeutiques efficaces, appropriés et économiques et de les proposer « d'un seul tenant ».

Les MAA ne permettent pas non plus de dépasser ces limites prescrites par la LAMal.

4.4 Rôle des cantons

Conformément au droit en vigueur, les cantons sont responsables de l'admission de tous les fournisseurs de prestations, dans le domaine tant ambulatoire que stationnaire, donc aussi de celle des réseaux de soins coordonnés. Cependant, comme dans une institution stationnaire, les professionnels de la santé rattachés au réseau de soins coordonnés n'ont pas d'obligation de disposer d'une autorisation d'exercer propre.

Dans le domaine stationnaire (hôpitaux, maisons de naissance et établissements médico-sociaux) – ainsi que pour les organisations de soins et d'aide à domicile dès l'entrée en vigueur de la loi fédérale du 16 décembre 2022 relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins ([FF 2022 3205](#)) – un mandat de prestations est également requis.

Par conséquent, le Conseil fédéral avait également proposé un mandat de prestations cantonal pour l'admission des réseaux de soins coordonnés. L'objectif était d'une part, d'éviter l'émergence de réseaux ne fournissant pas d'efforts de coordination suffisants et d'autre part, de réduire le risque d'une augmentation du volume des prestations ou d'un surtraitement par le réseau de soins coordonnés.

Compte tenu des critiques formulées, y compris chez les partisans de la création d'un nouveau fournisseur de prestations appelé « réseau de soins coordonnés », l'OFSP propose, comme décrit au ch. 5, la suppression de cette condition d'admission. Une formulation potestative n'est pas envisageable car elle conduirait à des divergences de conditions entre les cantons.

4.5 Mesures de renforcement de l'attractivité

Contrairement aux institutions existantes de soins ambulatoires dispensés par des médecins, mentionnées à l'art. 35, al. 2, let. n, LAMal, le réseau de soins coordonnés fournit des prestations non seulement médicales, mais aussi thérapeutiques et de soins. Il se compose donc d'une équipe soignante interprofessionnelle et interdisciplinaire. Diverses enquêtes montrent que ce sont notamment les jeunes professionnels de la santé, qui ont déjà travaillé de manière interprofessionnelle et interdisciplinaire durant leur formation, qui apprécient cette forme de collaboration et l'approche holistique du patient.

Le réseau de soins coordonnés peut ainsi être considéré comme un prolongement interprofessionnel des réseaux de médecins existants. À cet égard, il peut être organisé sous la forme d'une institution « sous un seul toit » ou d'un réseau régional. Il permet une meilleure répartition du travail entre les différents professionnels de la santé puisque ceux-ci peuvent s'y organiser de manière flexible en fonction des spécialités et des compétences existantes. Les réseaux de soins coordonnés peuvent aussi contribuer à pallier la pénurie de main-d'œuvre qualifiée. Les équipes soignantes interprofessionnelles sont en effet susceptibles de combler le manque de médecins de famille des prochaines années.

5 Adaptation du texte de loi

Sur la base des discussions menées lors des tables rondes et des retours formulés par les participants, l'OFSP a élaboré une proposition de version fortement simplifiée de l'art. 37a P-LAMal et échangé avec les participants lors de la troisième table ronde du 17 mars 2023. En effet, même les personnes entrevoyant un besoin de légiférer s'étaient prononcées en faveur d'une version adaptée et simplifiée. Cependant, cette proposition n'incarne pas la solution consensuelle requise par la commission étant donné, comme indiqué au début du rapport, qu'une majorité des organisations ayant participé aux tables rondes refuse sur le principe l'inscription d'un nouveau fournisseur de prestations dans la loi.

Cette nouvelle formulation est destinée, comme demandé par la commission, à élargir au maximum la flexibilité en termes de composition des fournisseurs de prestations au sein du réseau et de la direction du réseau.

Par conséquent, la nouvelle version de l'art. 37a P-LAMal est désormais exempte d'exigences concernant la composition de la direction des réseaux de soins coordonnés (ancienne let. a). Toutefois, les exigences relatives au personnel nécessaire sont conservées (art. 37a, al. 1, let. a et b). Elles sont basées sur les prescriptions figurant à l'art. 39, al. 1, let. a et b, LAMal concernant le personnel des hôpitaux et d'autres institutions. Cependant, la responsabilité médicale doit toujours incomber au médecin, comme c'est le cas aujourd'hui dans les hôpitaux. En outre, la référence à l'art. 37, al. 1, LAMal figurant à la let. a est pertinente dans la mesure où les conditions d'admission particulières qui s'appliquent aux médecins doivent également valoir pour ceux exerçant au sein des réseaux de soins coordonnés.

Par ailleurs, la compétence du Conseil fédéral définie jusque-là à l'art. 37a, al. 2, consistant à fixer les exigences minimales concernant les conventions conclues entre les réseaux de soins coordonnés et d'autres fournisseurs de prestations, est supprimée.

Comme déjà mentionné au ch. 4.4, il faut également renoncer à ce qu'un mandat de prestations cantonal représente une condition d'admission (suppression des al. 1, let. h, et 3). Cela entraîne aussi une adaptation de l'art. 48a P-LAMal (suppression de l'al. 2).

Pour plus de clarté, les art. 37a et 48a sont présentés ci-après en mode modification.

Art. 37a Réseaux de soins coordonnés : conditions particulières

¹ Les réseaux de soins coordonnés doivent remplir les conditions suivantes :

- a. ~~ils sont dirigés par un médecin qui remplit les conditions de l'art. 37, al. 1; ils disposent d'un nombre suffisant de médecins qui remplissent les conditions de l'art. 37, al. 1;~~
- b. ils disposent du personnel spécialisé nécessaire;
- ~~b.c.~~ ils fournissent sous forme ambulatoire et de façon coordonnée des prestations visées aux art. 25 à 31;
- ~~e.d.~~ ils ont délimité leur champ d'activité quant au lieu et à l'horaire de leurs interventions, quant aux prestations qu'ils fournissent et quant aux patients auxquels ils fournissent leurs prestations;
- ~~d.~~ ~~ils disposent d'un nombre suffisant de médecins qui remplissent les conditions de l'art. 37, al. 1;~~
- ~~e.~~ ~~ils disposent du personnel spécialisé nécessaire ;~~
- ~~f.e.~~ ils assurent la coordination avec d'autres fournisseurs de prestations sur l'ensemble de la chaîne de soins;
- ~~g.f.~~ ils sont affiliés à une communauté certifiée ou à une communauté de référence certifiée au sens de la loi fédérale du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient;
- ~~h.~~ ~~ils disposent d'un mandat de prestations cantonal.~~

² Ils concluent des conventions avec d'autres fournisseurs de prestations sur la collaboration, l'échange de données, la garantie de la qualité et la coordination. ~~Le Conseil fédéral peut définir les exigences minimales auxquelles ces conventions doivent satisfaire.~~

³ ~~Le canton fixe notamment dans le mandat de prestations visé à l'al. 1, let. h, les prestations que le réseau doit fournir ainsi que son champ d'activité quant au lieu et à l'horaire. Si le champ d'activité du réseau s'étend sur plus d'un canton, les cantons concernés se coordonnent et définissent un mandat de prestations commun.~~

Art. 48a Conventions réglant le financement des coûts supplémentaires dans les réseaux de soins coordonnés

¹ Les réseaux de soins coordonnés concluent avec les assureurs ou leurs fédérations des conventions qui règlent le financement des coûts supplémentaires découlant de la coordination des cas complexes.

² ~~Les conventions doivent tenir compte de l'étendue des mandats de prestations cantonaux.~~

³² L'art. 46, al. 4, ne s'applique pas à ces conventions.

⁴³ Le Conseil fédéral peut définir les exigences minimales auxquelles ces conventions doivent satisfaire.

6 Rémunération des mesures d'accroissement de l'efficacité et de la qualité dans le cadre de la LAMal

La commission a en outre chargé l'administration de *proposer une possibilité de rémunérer durablement des activités interprofessionnelles de fournisseurs de prestations qui ont pour effet démontré d'améliorer l'efficacité ou la qualité des soins en général et qui, de ce fait, ne peuvent être tarifées ni facturées à un assuré ou à un collectif d'assurés déterminés.*

En ce qui concerne la question de l'interprofessionnalité, c'est-à-dire la facturation des prestations de coordination, la situation de départ a déjà pu être présentée en détail au ch. 4, en particulier au point 4.3. En ce qui concerne ce travail de coordination, les partenaires tarifaires peuvent décider, dans le cadre juridique existant, de la manière dont ils souhaitent représenter les charges de coordination dans les tarifs, que ce soit en tant qu'élément de la prestation ou en tant que position tarifaire explicite.

C'est pourquoi c'est l'aspect de la représentation de la qualité qui sera développé ci-après: Selon la version actuelle de la LAMal, les fournisseurs de prestations sont tenus de respecter plusieurs règles :

- Le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Les fournisseurs de prestations et les assureurs prévoient dans les conventions tarifaires des mesures destinées à garantir le caractère économique des prestations (art. 56 LAMal).
- Les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible (art. 40, al. 6, LAMal).
- Ces dispositions visent non seulement l'économicité et la rentabilité des prestations, mais aussi leur qualité. Les fournisseurs de prestations sont donc tenus de fournir des prestations de grande qualité et qui répondent au principe d'économicité. Cette prémisse de la LAMal stipule également l'obligation de démontrer et de contrôler la qualité. Tout fournisseur de prestations a donc l'obligation de fournir une prestation économique et de qualité, ce qu'il est tenu de faire contrôler.

Il s'agit d'une partie intégrante de leur travail qui, en tant que telle, peut être prise en compte dans le calcul des tarifs. Il n'est donc pas prévu de facturation séparée. Cependant, il existe aujourd'hui déjà des possibilités de financer des mesures d'amélioration de la qualité ou de l'efficacité dans le cadre du financement existant. Il est donc possible d'envisager les options suivantes :

- La Commission fédérale pour la qualité (CFQ) dispose d'un budget qui lui permet de soutenir des projets régionaux ou nationaux de développement de la qualité dans le cadre d'aides financières (cf. art. 58e LAMal et art. 77e OAMal). Les fédérations sont libres de soumettre une demande correspondante à la CFQ. Cependant, la CFQ ne peut accorder de subventions que pour développer de nouveaux projets, pas pour financer (durablement) des mesures régulières de développement de la qualité.
- Selon l'art. 56, al. 3^{bis}, LAMal, il est possible d'utiliser les avantages perçus pour financer des mesures de développement de la qualité, dans la mesure où celles-ci ont pour

but d'améliorer la qualité du traitement. Des fonds sont ainsi disponibles dans le système pour financer des mesures de développement de la qualité.

- Une autre possibilité serait de réglementer le financement par le biais des tarifs et des prix existants, par exemple en séparant une partie des coûts pour les réserver aux dépenses liées à la mise en œuvre de mesures de développement de la qualité. Cependant, les partenaires tarifaires doivent aussi veiller à ce que cette mesure n'induisse pas de coûts supplémentaires à la charge de l'AOS. Cette approche est déjà appliquée, par exemple, dans les conventions tarifaires existantes régissant la rémunération des prestations des pharmaciens (RBP), qui prévoient le versement d'un pourcentage du prix public dans un fonds séparé permettant de financer des projets de recherche et de développement de la qualité.

Le développement des réseaux de soins coordonnés prévu par le projet répond à la demande d'encouragement de la collaboration interprofessionnelle en permettant des conventions, conclues entre ces réseaux et les assureurs, prévoyant la rémunération de la coordination entre les différentes professions de la santé lorsque celle-ci implique des charges supplémentaires liées aux cas complexes.