

Rapport 2024 sur les soins de longue durée



Contenu

1	L'essentiel en bref	3
2	Propositions de réforme de santésuisse	4
3	Introduction.....	5
4	Catégories de prestations dans les soins de longue durée.....	6
5	Bases de données et qualité des données	7
6	Coûts des soins, de l'assistance et des prestations hôtelières	8
7	Evolution du remboursement des coûts des soins.....	10
8	Financement des soins.....	12
8.1	Introduction du nouveau financement des soins	12
8.2	Contributions de l'AOS	13
8.3	Outils d'évaluation des besoins en soins dans les EMS	14
8.4	Evolution des contributions de l'AOS	16
8.5	Evolution de la charge des primes	18
9	Facteurs déterminants des prestations de soins remboursées.....	18
10	Besoins en soins	19
10.1	Structure de la clientèle	19
10.2	Evolution des besoins en soins.....	20
10.3	Répartition des contributions de l'AOS	22
11	Offre de soins	22
11.1	Fournisseurs de soins	23
11.2	Personnel soignant.....	24
12	Tendances dans les soins	27
12.1	Transfert du stationnaire vers l'ambulatoire	27
13	Sources.....	30
14	Annexe 1.....	31
15	Annexe 2.....	32

1 L'essentiel en bref

Les coûts des soins s'établissent à un niveau record

Les coûts des soins pèsent de plus en plus sur le système de santé. Jusqu'en 2022, les dépenses ont augmenté pour s'établir à 6,5 milliards de francs. L'offre de services d'aide et de soins à domicile s'accroît et se renchérit: dans ce domaine, le nombre de fournisseurs de prestations a augmenté de 92 pour cent entre 2011 et 2022. Pour santésuisse, il faut aussi agir au niveau de l'évaluation des soins requis. En Suisse romande notamment, les soins reviennent très cher pour les payeurs de primes. Les patients y font généralement l'objet d'une classification plus élevée que dans les autres cantons étant donné que trois systèmes de saisie différents sont utilisés.

Depuis l'introduction du nouveau régime de financement des soins en 2011, les prestations de soins ont massivement augmenté en Suisse. Jusqu'en 2022, les coûts des établissements médico-sociaux (EMS) ont grimpé de 42 pour cent pour s'établir à environ 4,5 milliards de francs. On constate même une hausse de 124 pour cent des soins à domicile, qui atteignent environ 2 milliards de francs. Ce sont les assureurs-maladie qui paient la majorité de ces coûts par le biais de l'assurance obligatoire des soins (AOS): près de 3,4 milliards de francs en 2022, soit 41 pour cent de plus qu'en 2011. Les coûts restants ont été pris en charge par les cantons (2,4 milliards de francs) et les patients (752 millions de francs). La mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers et le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS) font planer le spectre de la prochaine hausse. La Confédération, les milieux politiques et les autres acteurs de la santé doivent donc prendre des mesures d'économies efficaces.

Tendance significative: toujours plus de soins à domicile qu'en EMS

L'offre en soins à domicile a été considérablement élargie. En 2011, on recensait 1410 fournisseurs de prestations, contre 2708 en 2022 (+ 92 pour cent). À l'inverse, le nombre d'EMS a légèrement diminué sur la même période, passant de 1585 à 1485. On observe dans le même temps un vieillissement croissant des patients: plus de la moitié des prestations à charge de l'AOS fournies dans les EMS sont destinées à des personnes âgées de plus de 85 ans. Dans le domaine des soins à domicile, plus de la moitié des contributions aux soins sont consacrées à des personnes âgées de plus de 80 ans.

Niveau de soins requis inégal: les patients romands se situent à un niveau plus élevé

Les EMS utilisent trois systèmes de saisie pour évaluer le niveau de soins requis des patients: les EMS alémaniques, valaisans, fribourgeois et tessinois se fondent sur BESA ou RAI-RUG, alors que leurs homologues vaudois, neuchâtelois, genevois et jurassiens utilisent Plaisir. Les analyses de santésuisse montrent que les cantons travaillant avec Plaisir atteignent en moyenne un niveau de soins requis bien plus élevé, ce qui pèse d'autant plus sur l'AOS. Pour santésuisse, cette situation n'est pas tenable. Il n'y a aucune raison que des personnes ayant objectivement des besoins en soins identiques requièrent plus de temps (et donc de coûts) dans certains cantons que dans d'autres.

Personnel soignant: la Suisse est bien lotie en comparaison internationale

Peu de pays présentent une densité de personnel soignant aussi élevée que la Suisse: si l'on additionne les infirmiers diplômés et le personnel soignant intermédiaire, la Suisse se hisse en deuxième position en comparaison internationale, derrière la Norvège, avec 17,0 infirmiers pour 1000 habitants. On ne constate pas la pénurie de personnel soignant souvent évoquée, même si l'on tient compte du temps partiel. Là aussi, la Suisse se situe dans le haut du classement en comparaison internationale. Autre point important: mesuré en équivalents plein temps, le personnel soignant des EMS est resté pratiquement stable depuis l'introduction du nouveau régime de financement des soins. En revanche, les chiffres relatifs aux soins à domicile ont fortement augmenté, de 37 pour cent au total.

2 Propositions de réforme de santésuisse

Mesures urgentes dans le domaine des soins

- Tous les acteurs doivent veiller à ne pas laisser les coûts à charge de l'assurance de base augmenter encore davantage. La base de données doit être améliorée afin de permettre une tarification objective en vue de l'introduction du financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS).
- La planification des EMS doit se faire au niveau suprarégional et supracantonal. Avant d'augmenter le nombre de places disponibles dans les EMS, les cantons doivent remplir leur devoir de coordination et s'assurer qu'elles sont réellement nécessaires.
- Le niveau de soins requis doit être déterminé de manière uniforme dans les EMS. Il n'est pas acceptable qu'un système de saisie, qui évalue visiblement des niveaux de soins trop élevés, soit utilisé. De plus, les personnes ne devraient pas être attribuées à un échelon de soins en fonction de leur lieu de résidence. Les trois systèmes de saisie des soins requis doivent enfin être harmonisés.
- Il convient de discuter des possibilités, du financement et des garde-fous à prévoir dans les soins fournis par les proches aidants, afin de contenir la forte hausse des coûts. D'une manière générale, il faut se poser la question de savoir si les proches aidants doivent être financés via l'assurance de base, et le cas échéant, dans quel cadre.
- Les données disponibles sur les soins ambulatoires doivent être améliorées très rapidement. Comme pour les EMS, il faut tenir une comptabilité analytique qui indique la charge effective des soins et de l'accompagnement par domaine de prestations.

3 Introduction

Les soins de longue durée sont un sujet de préoccupation pour l'opinion publique, la politique et les médias. Car chacun d'entre nous a besoin, un jour ou l'autre, de recevoir les bons soins au bon endroit. Ces prestations sont particulièrement importantes pour la population. C'est l'une des raisons pour lesquelles l'initiative sur les soins a été acceptée par le peuple et les cantons. A la suite de cette initiative, le personnel infirmier exerçant à titre indépendant a désormais la possibilité de facturer ses prestations directement, c'est-à-dire sans prescription médicale, à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Il est évident que cela se répercute également sur les coûts. Les soins prodigués aux proches, qui sont proposés par un nombre croissant d'entreprises d'aide et de soins à domicile, sont un autre inducteur de coûts. Ces entreprises se spécialisent souvent dans ces services et possèdent en même temps un modèle d'activité professionnelle qui leur permet d'employer les proches-aidants. Une partie des indemnités destinées aux soins est donc versée à ces personnes. Enfin, le Parlement a décidé fin 2023 de financer les soins, à l'avenir, selon une grille de rémunération uniforme. Il s'agit là d'exemples de décisions et d'évolutions dans le domaine des soins de longue durée, qui ont des répercussions directes sur les coûts de l'assurance de base et, partant, sur les primes.

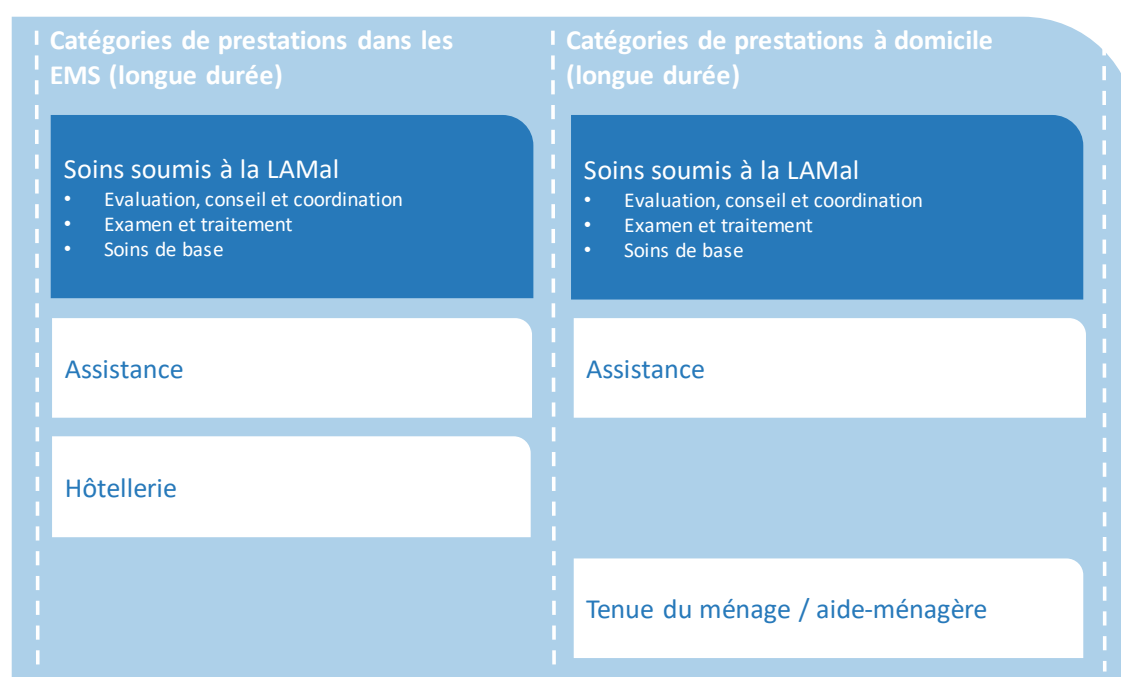
Le présent rapport sur les soins a pour objectif de permettre aux lectrices et aux lecteurs de se faire rapidement une idée de la situation des soins de longue durée. Ce rapport repose sur les études, les données et les faits mis à disposition par l'Office fédéral de la statistique, l'Office fédéral de la santé publique, l'Observatoire suisse de la santé, les assureurs-maladie et les cantons. Ces données présentent toutefois une qualité très disparate et ne sont pas entièrement disponibles dans de nombreux domaines.

4 Catégories de prestations dans les soins de longue durée

Dans le domaine des soins, on distingue les soins temporaires dispensés dans les hôpitaux et les soins de longue durée. Les soins de longue durée sont fournis de manière stationnaire dans les établissements médicaux sociaux (EMS) ou de manière ambulatoire, à domicile, par les services d'aide et de soins ou par des infirmiers/ères.

La figure 1 donne une vue d'ensemble des différentes prestations fournies dans les EMS et à domicile. Il convient de distinguer les soins proprement dits, définis dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal, soins soumis à l'assurance-maladie), de l'assistance, des prestations hôtelières ainsi que de la tenue du ménage et de l'aide-ménagère.

Figure 1: Aperçu des catégories de prestations en EMS et à domicile



Source: *Présentation de santésuisse*.

Les prestations de soins soumises à la LAMal sont définies par la loi: les mesures suivantes doivent être prises en charge par les répondants des coûts conformément à la LAMal (art. 7, al. 2, de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins [OPAS]):

- Mesures d'évaluation, de conseil et de coordination
- Mesures d'examen et de traitement (par ex. contrôle des signes vitaux, pose de sondes et de cathéters, administration de médicaments, etc.)
- Mesures de soins de base (mettre des bas de compression au patient/à la patiente, lui faire faire des exercices, l'aider pour les soins d'hygiène corporelle et de la bouche, l'aider à s'alimenter, etc.)

Les répondants des coûts ne financent que les prestations de soins pour lesquelles il existe une prescription médicale et un besoin en soins avéré. Les prestations de soins sont fournies soit dans l'EMS¹, soit à domicile par les services d'aide et de soins à domicile² ou

1 Selon la liste cantonale des EMS

2 Organisations d'aide et de soins à domicile reconnues par la LAMal

par des infirmiers/ères indépendant(e)s³. A la suite de l'acceptation de l'initiative sur les soins, la délivrance d'une ordonnance médicale n'est plus, à l'avenir, une condition à remplir pour la prise en charge des prestations par les répondants des coûts. Désormais, les services d'aide et de soins à domicile ou les infirmiers/ères indépendant(e)s peuvent facturer les soins directement, autrement dit sans ordonnance médicale.

Sont également importantes pour les EMS les prestations médicales annexes auxquelles les patient(e)s ont recours dans l'EMS ou à domicile, mais qui ne font pas partie des soins soumis à la LAMal. Ces prestations sont également prises en charge par les répondants des coûts si les conditions prévues par la LAMal sont remplies.

Parmi ces prestations annexes figurent tout d'abord les traitements médicaux ou thérapeutiques. Ces prestations sont généralement facturées par le biais de tarifs séparés et par les fournisseurs de prestations respectifs, tels que les médecins ou les physiothérapeutes. Selon la jurisprudence⁴, il est toutefois également possible que les EMS fournissent et facturent eux-mêmes ces prestations médicales annexes.

Font désormais également partie de ces prestations annexes certaines catégories de moyens et appareils. Les moyens et appareils utilisés pendant un séjour en EMS ou lors de soins à domicile peuvent être facturés par les EMS et les soins à domicile dans certaines conditions à un tarif⁵ séparé (art. 25a, al. 1, LAMal).

Les prestations d'assistance fournies dans les EMS et lors des soins à domicile ne font pas partie des prestations assurées selon la LAMal. Les prestations hôtelières dans les EMS ainsi que la tenue du ménage et l'aide-ménagère fournies dans le cadre des soins à domicile ne font pas non plus partie des prestations selon la LAMal.

5 Bases de données et qualité des données

Les données sur lesquelles se fondent les analyses du présent rapport proviennent de différentes institutions. Tant l'Office fédéral de la statistique (OFS), l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN), les assureurs-maladie que les cantons disposent de données sur les soins soumis à la LAMal, sur l'assistance ou sur les prestations hôtelières.

L'annexe 2 dresse la liste de ces institutions et des statistiques utilisées dans le présent rapport et décrit les lacunes des données.

En raison du nouveau régime de financement des soins, la pertinence des données est limitée, en particulier pour 2011, année d'introduction de ce régime. Ainsi, les taxes de soins versées par les assureurs-maladie, les cantons et les patient(e)s ont été saisies de manière encore trop imprécise, ce qui ne permet d'interpréter les parts de financement des répondants des coûts qu'avec une grande prudence.

On constate également que la situation des données statistiques relatives aux EMS est légèrement meilleure que celle des soins à domicile. Pour les soins à domicile, il manque par exemple des informations différenciées sur le coût de revient des soins.

De plus, les problèmes de délimitation entre les prestations d'assistance non soumises à la LAMal et les prestations de soins soumises à la LAMal entraînent des erreurs de saisie des

3 Infirmières et infirmiers reconnus par la LAMal

4 ATF 2015/52 du 2 juillet 2015

5 Montant maximal de remboursement Soins (MMR Soins)

données dans les institutions et, par conséquent, des incertitudes quant au volume des prestations de soins soumises à la LAMal.

Enfin, une comparaison des différentes sources de données montre que celles-ci ne se recoupent pas toujours. Ainsi, les prestations de soins des assureurs-maladie présentées par l'OFS dans la statistique Somed et dans la statistique de l'aide et des soins à domicile diffèrent fortement des données du pool de données de SASIS.

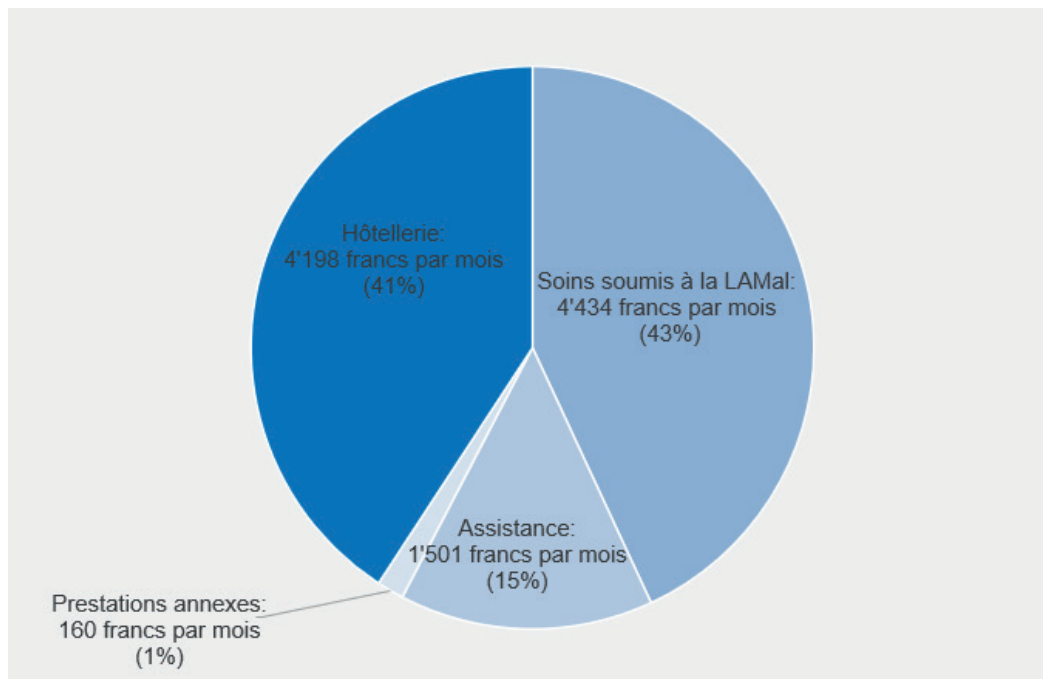
Ainsi, bien qu'il existe de nombreuses sources de données pour les informations relatives aux soins soumis à la LAMal, à l'assistance et aux prestations hôtelières, la disponibilité des données est lacunaire et la qualité des données insuffisante dans de nombreux domaines.

6 Coûts des soins, de l'assistance et des prestations hôtelières

Les prestations fournies dans les EMS et dans le cadre des soins à domicile génèrent des coûts de revient⁶ pour les fournisseurs de prestations.

La figure 2 représente les coûts de revient mensuels par catégorie de prestations dans les EMS. Les soins soumis à la LAMal (43%) et les prestations hôtelières (41%) génèrent les coûts mensuels les plus élevés. Les coûts d'assistance s'élèvent à environ 15%. La part des coûts des prestations annexes⁷ est négligeable (1%).

Figure 2: Coûts de revient mensuels par patient(e) dans les EMS selon les catégories de prestations en 2022 (30 jours de séjour)



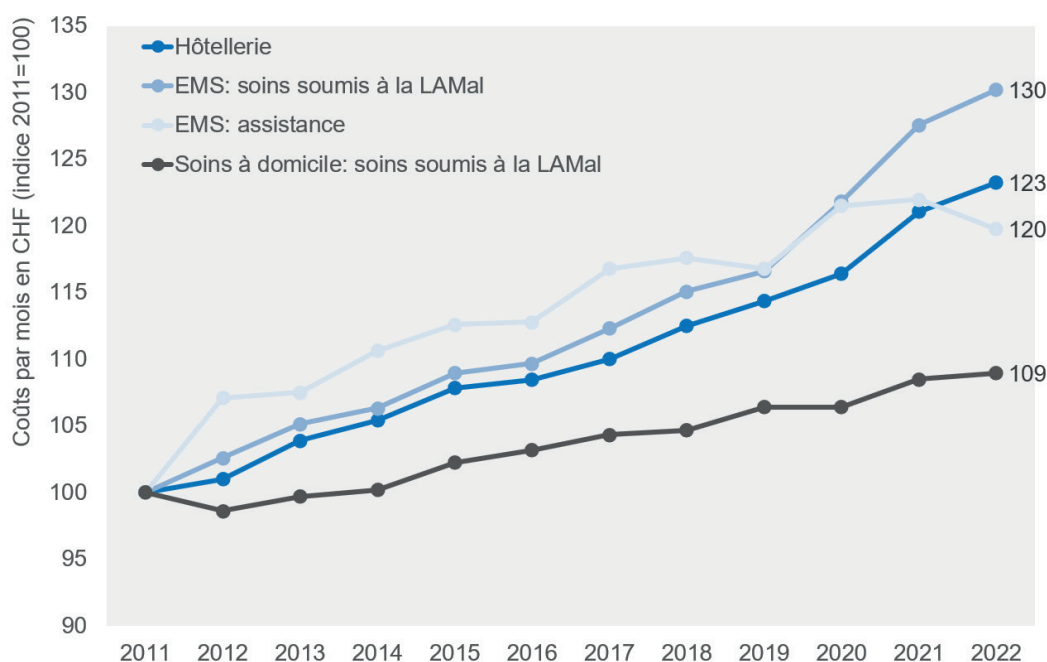
Source: OFS – Somed.

6 Par coûts de revient, on entend les «coûts d'exploitation» (par ex. frais de personnel) des EMS et des soins à domicile qui résultent des soins, de l'assistance, des prestations hôtelières ainsi que de la tenue du ménage et l'aide-ménagère.

7 Les prestations annexes sont les coûts des prestations médicales accessoires occasionnées par les thérapies, les médecins, les médicaments et les moyens et appareils. Selon l'ATF 2015/52 du 2 juillet 2015, les prestations médicales annexes peuvent être fournies et facturées par les EMS eux-mêmes.

La figure 3 montre l'évolution des coûts de revient mensuels ventilés par catégorie de prestations⁸. Ce sont les coûts des soins soumis à la LAMal dans les EMS qui ont connu la plus forte croissance depuis 2011 (+30%). En revanche, on observe une hausse plus modérée des coûts des soins soumis à la LAMal dans le domaine des soins à domicile (+9%). Les prestations hôtelières et les frais d'assistance dans les EMS, quant à eux, ont connu une évolution similaire, avec respectivement +23% et +20%.

Figure 3: Evolution des coûts mensuels en EMS par catégorie de prestations et des revenus mensuels des soins à domicile



Source: OFS – Somed. Remarques: 1) Pour les EMS, il s'agit de l'évolution des coûts mensuels d'un(e) patient(e) pour 30 jours de séjour. 2) Pour les soins à domicile, il s'agit d'une approximation des coûts car les revenus par catégories de prestations ne sont pas recensés dans la statistique de l'aide et des soins à domicile. Est représentée l'évolution des revenus mensuels des soins de longue durée dans le cadre des soins à domicile pour un(e) patient(e) recevant une heure de soins par semaine (Infras, 2018).

Dans les EMS, les coûts occasionnés par les différentes catégories de prestations sont connus et enregistrés. Contrairement aux soins dispensés dans les EMS, les soins à domicile ne font pas l'objet d'une comptabilité analytique publique qui présente les dépenses effectives par catégorie de prestations. Il n'est donc pas possible de présenter les coûts des soins à domicile en les ventilant selon les catégories de prestations.

Le présent rapport traite en premier lieu des soins soumis à la LAMal (ci-après « soins») dans les EMS et les soins à domicile. Lorsque les données disponibles le permettent et que cela constitue un complément utile, les thèmes de l'assistance et des prestations hôtelières sont également abordés.

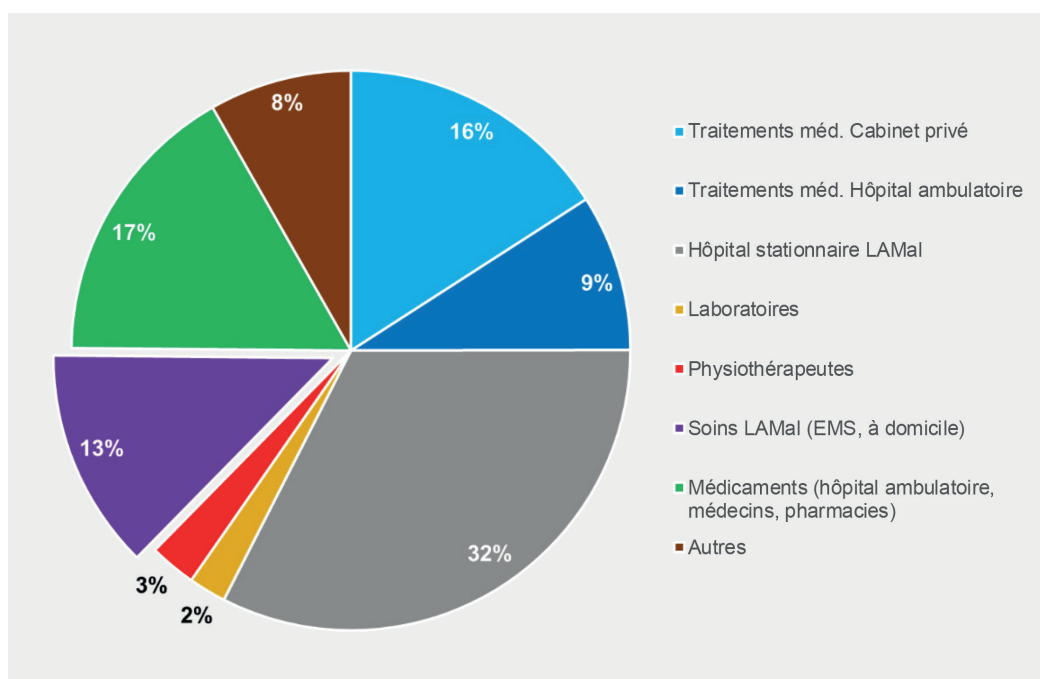
8 L'évolution des coûts mensuels n'est pas corrigée de la légère augmentation de l'intensité des soins.

7 Evolution du remboursement des coûts des soins

Les coûts des soins sont supportés par l'assurance-maladie, les cantons et les communes ainsi que par les patient(e)s⁹. Le chapitre 8 contient une description plus détaillée du financement des coûts des soins. Afin d'avoir une vue d'ensemble de l'importance des coûts pris en charge par les trois répondants des coûts ainsi que de leur évolution, l'ensemble des soins financés par les trois acteurs est abordé ci-après.

La figure 4 montre la part des différents groupes de prestations dans le total des prestations indemnisées selon la LAMal. La part la plus importante des prestations LAMal est celle des prestations hospitalières (assureurs-maladie et cantons), avec 31%. Viennent ensuite les médicaments (17%) ainsi que les traitements médicaux en cabinet privé (16%). Juste après, on trouve les soins qui, avec 13%, font également partie des plus grands groupes de prestations.

Figure 4: Part des soins et des autres groupes de prestations à la charge de la LAMal en 2022

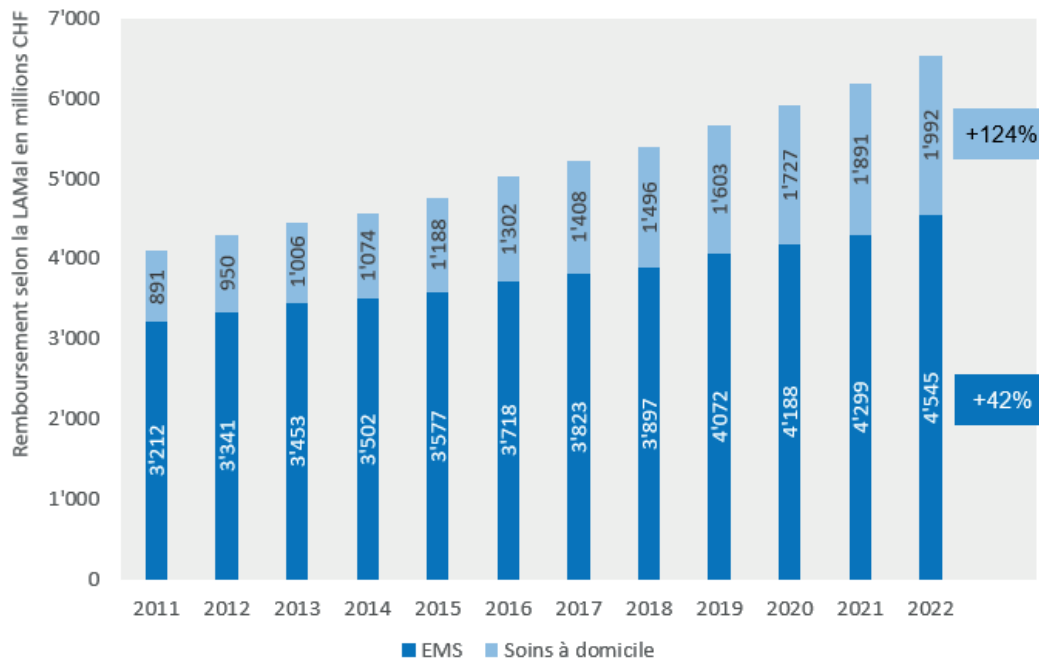


Source: OFS – Somed. OFS – Statistique de l'aide et des soins à domicile. SASIS - pool de données. Données mensuelles par canton de domicile et date d'activité. Propre calcul et présentation de santésuisse.

⁹ Les coûts des soins sont pris en charge par l'assurance-maladie, les pouvoirs publics et les patient(e)s. Il peut y avoir des lacunes de couverture si le financement résiduel par les cantons et les communes ne couvre pas entièrement les coûts des soins.

La figure 5 montre l'évolution des soins depuis l'introduction du nouveau régime de financement des soins en 2011. Depuis 2011, les prestations de soins remboursées dans les EMS ont augmenté de 42% et s'élèvent en 2022 à environ 4,5 milliards de francs. Par rapport aux EMS, la croissance des soins à domicile est plus forte. Depuis 2011, les prestations de soins remboursées ont augmenté d'environ 124% et s'élèvent en 2022 à environ 2 milliards de francs.

Figure 5: Evolution du remboursement des coûts des soins



Source: OFS – Somed. OFS – Statistique de l'aide et des soins à domicile.

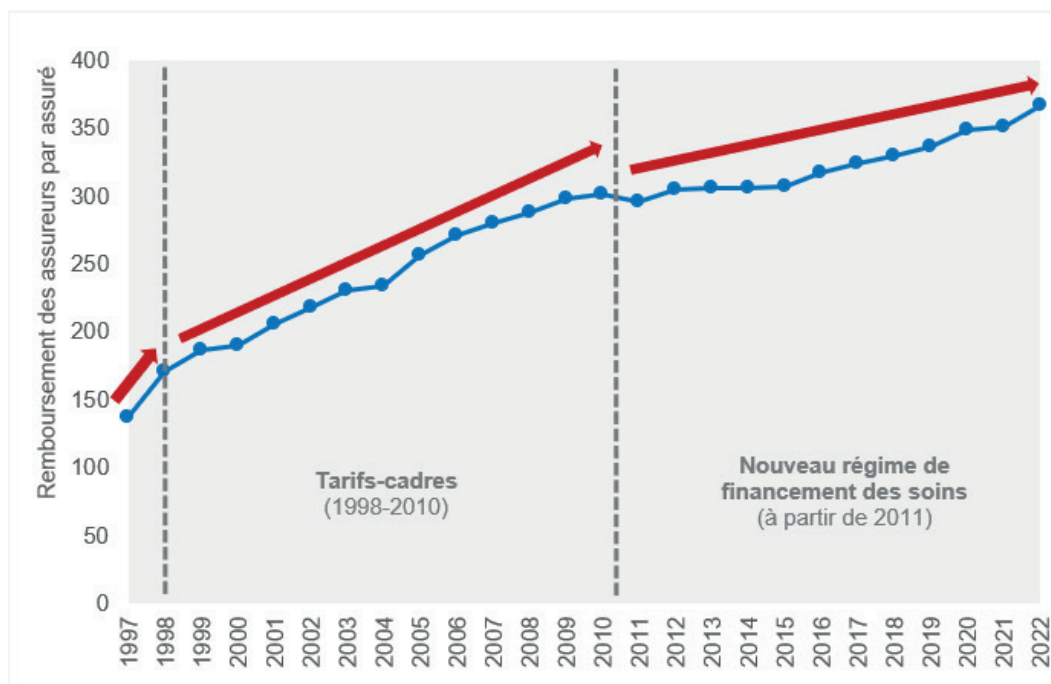
8 Financement des soins

8.1 Introduction du nouveau financement des soins

L'obligation de prise en charge des prestations de soins par les assureurs-maladie a été instaurée lors de l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996. Lors de l'introduction de cette obligation, les assureurs-maladie finançaient les prestations de soins selon le principe de la couverture intégrale des coûts. Il en résultait une charge croissante pour l'assurance obligatoire des soins. Aucun allègement de la charge des assureurs-maladie dans le domaine des prestations de soins n'était en vue du fait de l'évolution démographique.

L'introduction du nouveau régime de financement des soins en 2011 visait donc, entre autres, à limiter la charge financière de l'assurance obligatoire des soins et des patient(e)s (art. 25a LAMal). Avec l'introduction du nouveau financement des soins, les assureurs-maladie ne paient plus qu'une contribution aux coûts des soins (ci-après «contribution de l'AOS») et ne couvrent plus la totalité des coûts. Les patient(e)s prennent en charge au maximum 23,04 francs (20%) de la contribution aux soins la plus élevée¹⁰. Les cantons prennent en charge le financement des coûts restants.

Figure 6: Coûts à la charge des assureurs depuis l'introduction de la LAMal



Source: OFSP – MOKKE. Remarques: 1) Est représentée la somme des prestations brutes des services d'aide et de soins à domicile et des EMS. Les prestations brutes des infirmiers/ères indépendant(e)s ne figurent pas dans le Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie. 2) Sont représentées les prestations brutes au niveau du fournisseur de prestations. Par conséquent, les soins soumis à la LAMal du fournisseur de prestations ne sont pas seulement représentés; les prestations annexes qui sont remboursées par les assureurs le sont également.

10 Plusieurs cantons ont réduit la contribution des patient(e)s, en particulier pour les soins à domicile, à leur propre charge et dans le cadre de leurs compétences LAMal.

8.2 Contributions de l'AOS

Le montant de la contribution de l'AOS aux soins est réglé de manière uniforme dans toute la Suisse par le Département fédéral de l'intérieur (DFI). Dans les EMS, il existe 12 niveaux de soins requis, pour lesquels 9,60 à 115,20 francs sont remboursés par jour de soins¹¹ (art 7a, al. 3, OPAS).

Figure 7: Contributions de l'AOS pour les EMS

Niveau	Soins requis	Contribution de l'AOS par jour de soins à partir du 01.01.2020
1	jusqu'à 20 minutes	09.60 Francs
2	de 21 à 40 minutes	19.20 Francs
3	de 41 à 60 minutes	28.80 Francs
4	de 61 à 80 minutes	38.40 Francs
5	de 81 à 100 minutes	48.00 Francs
6	de 101 à 120 minutes	57.60 Francs
7	de 121 à 140 minutes	67.20 Francs
8	de 141 à 160 minutes	76.80 Francs
9	de 161 à 180 minutes	86.40 Francs
10	de 181 à 200 minutes	96.00 Francs
11	de 201 à 220 minutes	105.60 Francs
12	plus de 220 minutes	115.20 Francs

Source: Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS.

Dans le cadre des soins à domicile, le remboursement des contributions de l'AOS se fait par unité de temps de 5 minutes. Le remboursement doit porter sur au moins 10 minutes. Il existe trois tarifs horaires différents, qui varient en fonction de la mesure¹² (art 7a, al. 1 et 2, OPAS).

Figure 8: Contributions de l'AOS aux soins à domicile

	Mesure	Contribution de l'AOS par heure à partir du 01.01.2020
1	Evaluation et conseil	76.90 francs
2	Examen et traitement	63.00 francs
3	Soins de base	52.60 francs

Source: Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS.

Du fait des différents taux de rémunération, les contributions de l'AOS sont en général plus élevées en cas de soins à domicile pour le même niveau de soins requis. Les soins à domicile entraînent donc – à besoins égaux – une charge financière plus importante pour l'assurance-maladie que le séjour en EMS.

11 Depuis le 1^{er} janvier 2020, de nouvelles contributions de l'AOS par niveau de soins requis et par jour de soins s'appliquent.

12 Depuis le 1^{er} janvier 2020, de nouvelles contributions de l'AOS s'appliquent en fonction des mesures.

La figure 9 illustre les conséquences financières des différents taux de rémunération sur la contribution de l'AOS.

Figure 9: Conséquences des différents taux de rémunération

Mesure	Soins requis en heures	Contribution de l'AOS aux soins en EMS	Contribution de l'AOS aux soins à domicile
Combinaison de mesures:	1 h	28.80 francs/jour	58.15 francs/jour
• Evaluation, conseil et coordination: 10%	2 h	57.60 francs/jour	116.30 francs/jour
• Examen et traitement: 30%	3 h	86.40 francs/jour	174.45 francs/jour
• Soins de base: 60%			

Source: Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS. Calculs de santésuisse.

Remarque: les calculs sont effectués sur la base des taux de rémunération en vigueur au 1er janvier 2020.

Par rapport aux soins à domicile, les EMS peuvent utiliser leurs ressources de manière plus efficiente. Il n'y a pas de trajets improductifs et le personnel peut être mieux employé en fonction de ses compétences – personnel hautement qualifié pour les soins, moins qualifié pour l'assistance (Avenir Suisse, 2016). C'est pourquoi les taux pour les soins à domicile sont plus élevés. En ce qui concerne les patient(e)s, mais aussi les coûts, il convient de noter que les soins à domicile sont très appropriés en cas de faibles besoins en soins (cf. chap.10.1).

8.3 Outils d'évaluation des besoins en soins dans les EMS

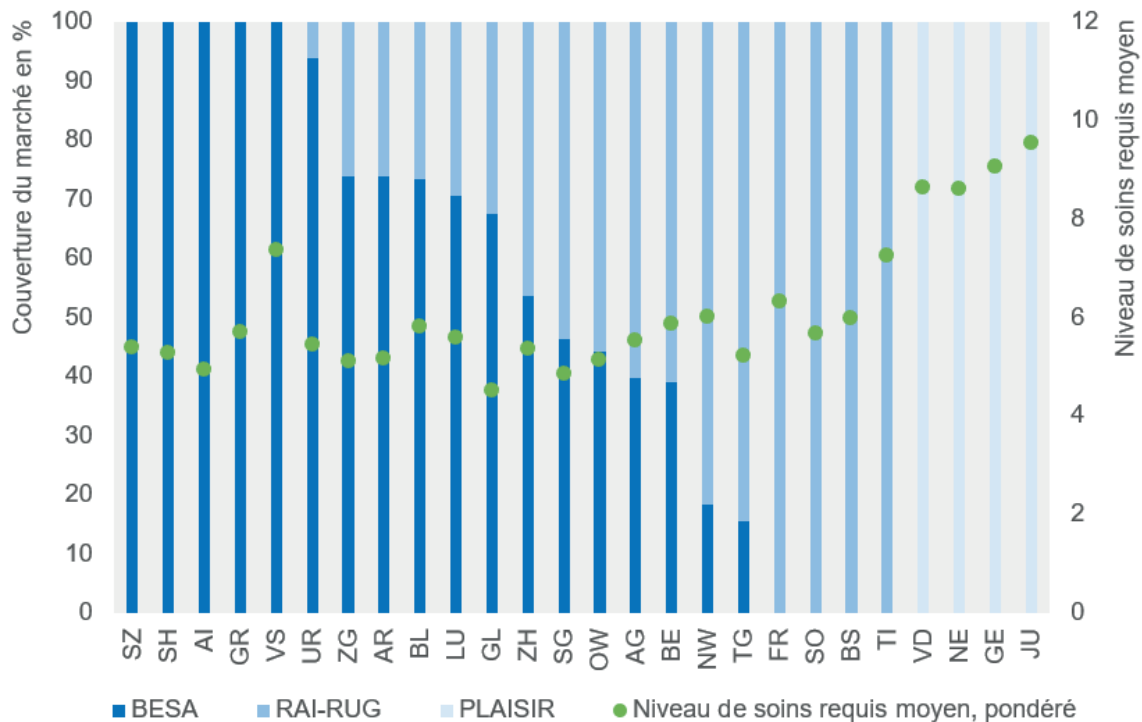
Pour déterminer le niveau de soins requis, trois différents systèmes d'évaluation des besoins en soins sont utilisés simultanément dans les EMS suisses. Il s'agit des systèmes suivants:

- Le Resident Assessment Instrument (instrument d'évaluation des besoins des résidents des EMS) RAI combiné aux Ressource Utilisation Groups (groupes d'utilisation des ressources) RUG, appelé RAI-RUG
- Le système de saisie et de décompte des résidents, appelé BESA
- La Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis, appelée PLAISIR.
- Ces instruments permettent d'évaluer individuellement les besoins en soins quotidiens et de classer les patient(e)s dans l'un des douze niveaux de soins requis selon l'OPAS.

La figure 10 montre la couverture du marché des différents instruments dans les cantons ainsi que le niveau moyen de soins requis.

Les EMS des cantons de Suisse alémanique et les cantons du Valais, de Fribourg et du Tessin utilisent BESA et/ou RAI-RUG. Les niveaux moyens de soins requis atteints dans ces cantons se situent à un niveau similaire, entre 4,5 et 7,4. Les cantons romands de Vaud, Neuchâtel, Genève et du Jura utilisent exclusivement l'instrument PLAISIR. Ces cantons obtiennent en moyenne un niveau de soins requis nettement plus élevé que les cantons qui utilisent les instruments BESA et/ou RAI-RUG.

Figure 10: Couverture du marché des instruments d'évaluation des besoins en soins et besoins en soins par canton en 2021, pondérés selon les journées de soins



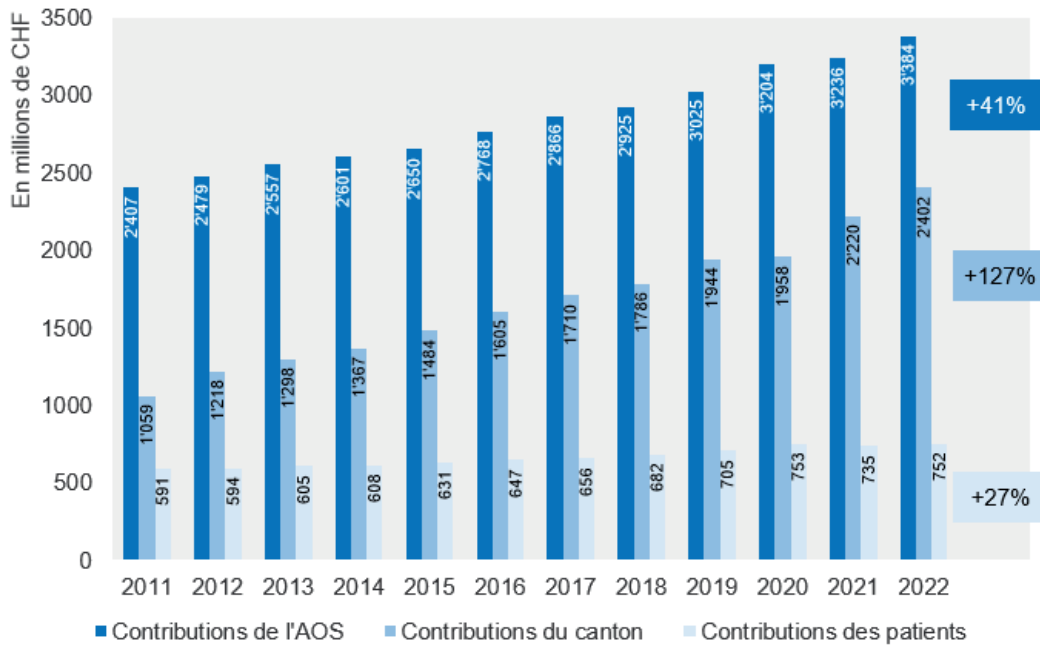
Source: OFSP – Chiffres clés des EMS suisses.

Les trois instruments recourent à des méthodes différentes pour déterminer les besoins en soins d'une personne. Ainsi, deux personnes ayant les mêmes besoins en soins peuvent être attribuées à un niveau de soins requis différent selon l'instrument d'évaluation des besoins en soins utilisé.

8.4 Evolution des contributions de l'AOS

La figure 11 présente l'évolution des prestations de soins prises en charge par les trois répondeurs des coûts. Les contributions des cantons ont connu une forte croissance (+1,3 milliard de francs, +127%). Les contributions de l'AOS ont également augmenté (+1 milliard de francs, +41%). Une croissance relativement faible a été enregistrée pour les contributions des patient(e)s (+0,2 milliard de francs, +27%).

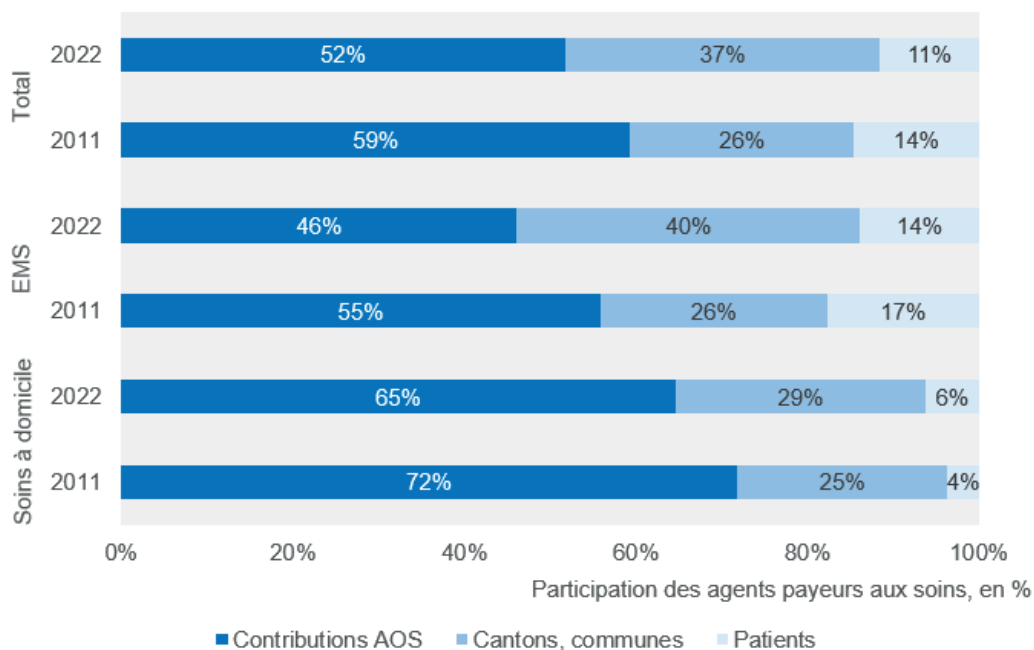
Figure 11: Evolution des contributions de l'AOS



Source: OFS – Somed. OFS – Statistique de l'aide et des soins à domicile.

Toutefois, tant dans les soins à domicile que dans les EMS, ce sont les assureurs-maladie qui apportent la plus importante contribution aux soins (figure 12). Dans les EMS, la contribution de l'AOS était de 46% en 2022. Dans les soins à domicile, la part des contributions de l'AOS est de 65%. La stabilisation de la croissance de la contribution de l'AOS est voulue par le législateur. L'un des objectifs du nouveau régime de financement des soins était d'alléger la charge financière de l'assurance obligatoire des soins et des patient(e)s.

Figure 12: Part des contributions de l'AOS pour les soins en EMS et à domicile



Source: OFS – Somed. OFS – Statistique de l'aide et des soins à domicile.

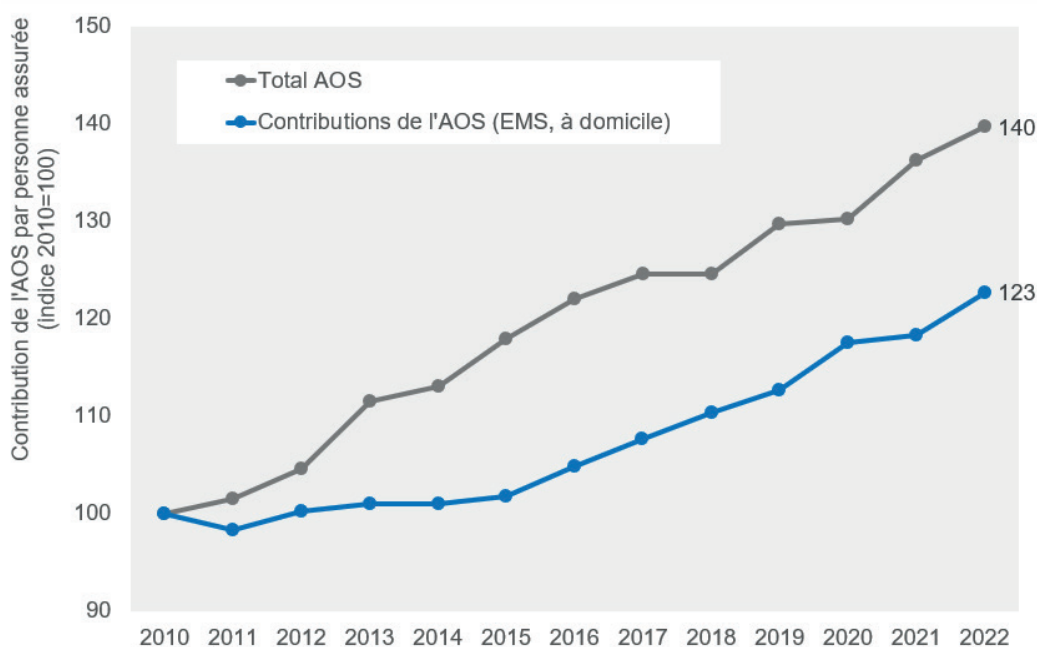
8.5 Evolution de la charge des primes

Les primes couvrent entre autres les dépenses des assureurs-maladie pour les prestations selon la LAMal et les frais administratifs des assureurs-maladie. Les contributions de l'AOS aux soins sont également financées par les primes. La croissance des contributions de l'AOS et son impact sur la charge des primes revêtent donc une grande importance.

La figure 13 montre l'évolution des contributions de l'AOS aux soins, c'est-à-dire les prestations brutes par personne assurée pour les EMS et les soins à domicile, en comparaison avec l'évolution de l'ensemble des prestations remboursées par les assureurs-maladie.

Les contributions pour les soins de l'AOS par personne assurée ont augmenté moins rapidement que l'ensemble des prestations prises en charge par les assureurs-maladie. On observe néanmoins une accélération de la croissance depuis 2015, qui est notamment imputable à l'adaptation des taux de rémunération.

Figure 13: Contributions de l'AOS aux soins



Source: SASIS – pool de données. Données mensuelles par canton de résidence et par exercice.
OFSP – Statistique de l'assurance obligatoire des soins.

9 Facteurs déterminants des prestations de soins remboursées

La fourniture de soins génère des coûts. Ces coûts de revient sont couverts par les différents répondants des coûts (assureurs-maladie, patient(e)s et cantons).

L'évolution de l'indemnisation des soins par ces trois répondants des coûts dépend indirectement de l'évolution des coûts de revient et de ses facteurs d'influence tels que les salaires, les capacités de soins et la démographie. Toutefois, certains facteurs, tels que les instruments d'évaluation des besoins en soins ou les taux de rémunération des contributions de l'AOS, ont une influence directe sur le montant de l'indemnisation.

Les sections suivantes présentent certains facteurs liés à la demande et à l'offre et décrivent leur évolution.

10 Besoins en soins

L'un des principaux facteurs déterminants des besoins en soins est l'évolution démographique. La population suisse vieillit, comme le prouvent diverses statistiques.

La part des plus de 64 ans est passée de 15,3% en 1999 à 19,2% en 2022 (OFS, 2023). Mais la population âgée ne fait pas que croître; elle vit aussi plus longtemps. Au cours des trente dernières années, l'espérance de vie à 65 ans des hommes est passée de 15,3 ans (1990) à 19,8 ans (2022) et celle des femmes, de 19,4 ans (1990) à 22,5 ans (2022) (OFS, 2023).

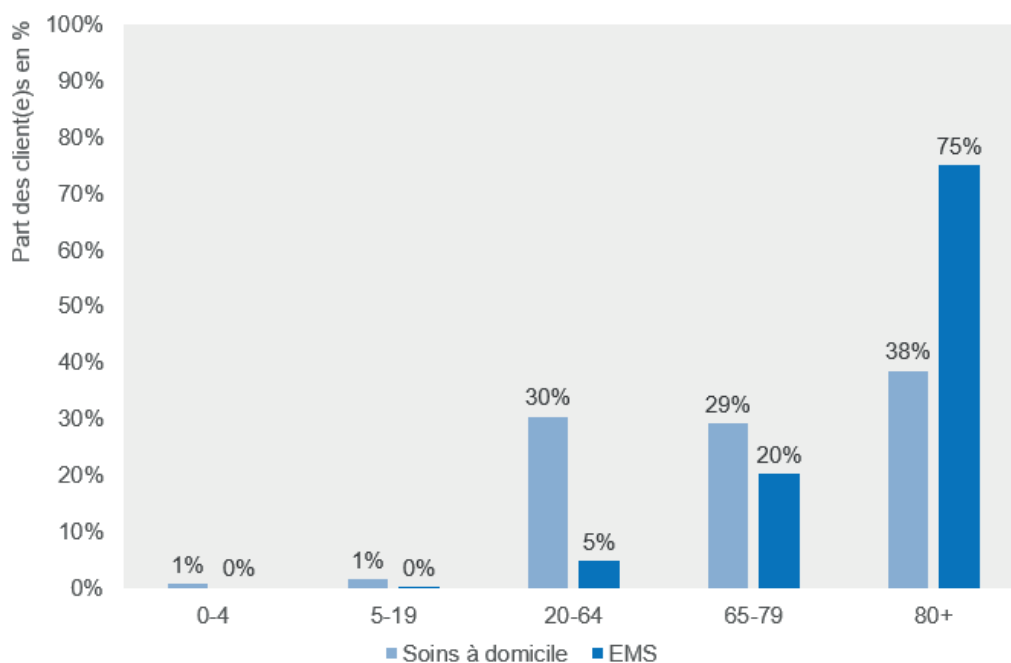
Dans le même temps, les personnes âgées ont besoin d'aide et de soins plus tard. Entre 1992 et 2022, la part des personnes de plus de 64 ans qui évaluent elles-mêmes leur état de santé comme mauvais à très mauvais a diminué de 14% à 10,8% (OFS, 2023).

On peut donc s'attendre à ce que les besoins en soins augmentent, mais plus lentement que ce à quoi on peut s'attendre sur la base de l'évolution démographique.

10.1 Structure de la clientèle

Les prestations de soins sont principalement sollicitées par la population âgée. Pour les soins à domicile, 70% des patients ont plus de 64 ans. Dans les EMS, 96% des patients ont plus de 64 ans. En cas de besoin de soins entre 20 et 64 ans, ce sont les soins à domicile qui sont sollicités en premier (figure 14).

Figure 14: Répartition de la clientèle par âge en 2022



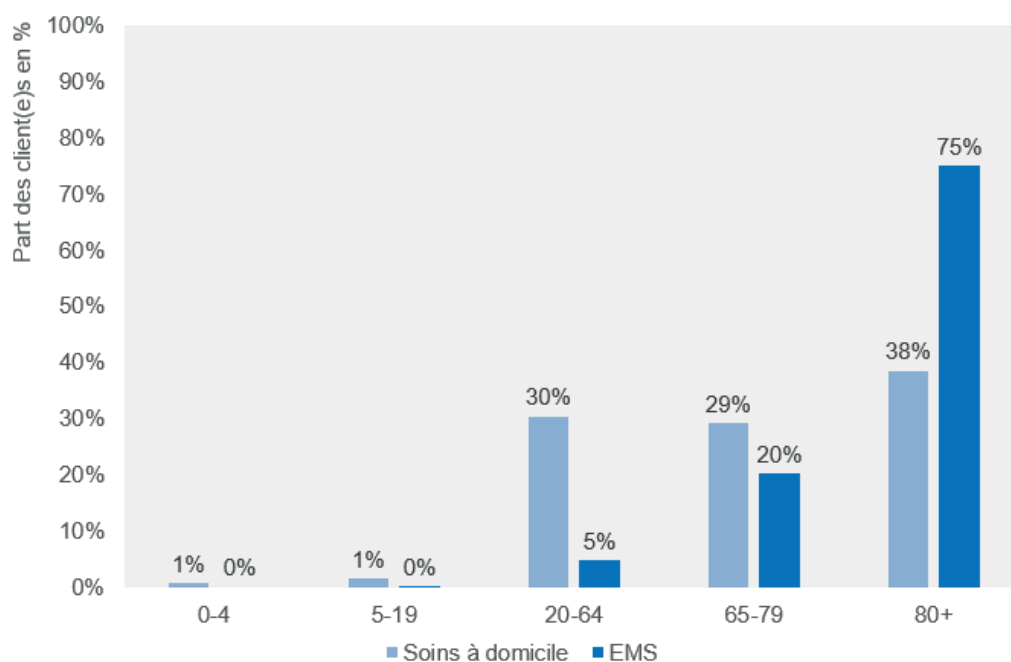
Source: OFS – Somed. OFS – Statistique de l'aide et des soins à domicile

10.2 Evolution des besoins en soins

La figure 15 montre l'évolution des besoins en soins dans les EMS. Pour chaque niveau de soins requis (voir section 8.2), le pourcentage des journées de soins par rapport au total des journées de soins¹³ est représenté pour les années 2012 et 2022.

La part des journées de soins pour les niveaux de soins 1 à 3 a nettement baissé. Parallèlement, la part des journées de soins pour les niveaux de soins moyens (4 à 6 et 7 à 9) a légèrement augmenté et celle des niveaux de soins supérieurs (10 à 12) a nettement augmenté. Les données indiquent un glissement des niveaux de soins inférieurs vers les niveaux de soins supérieurs.¹⁴

Figure 15: Besoins en soins dans les EMS en 2012 et 2022



Source: OFS – Somed.

13 En 2022, le nombre total de journées de soins s'élevait à environ 32 millions.

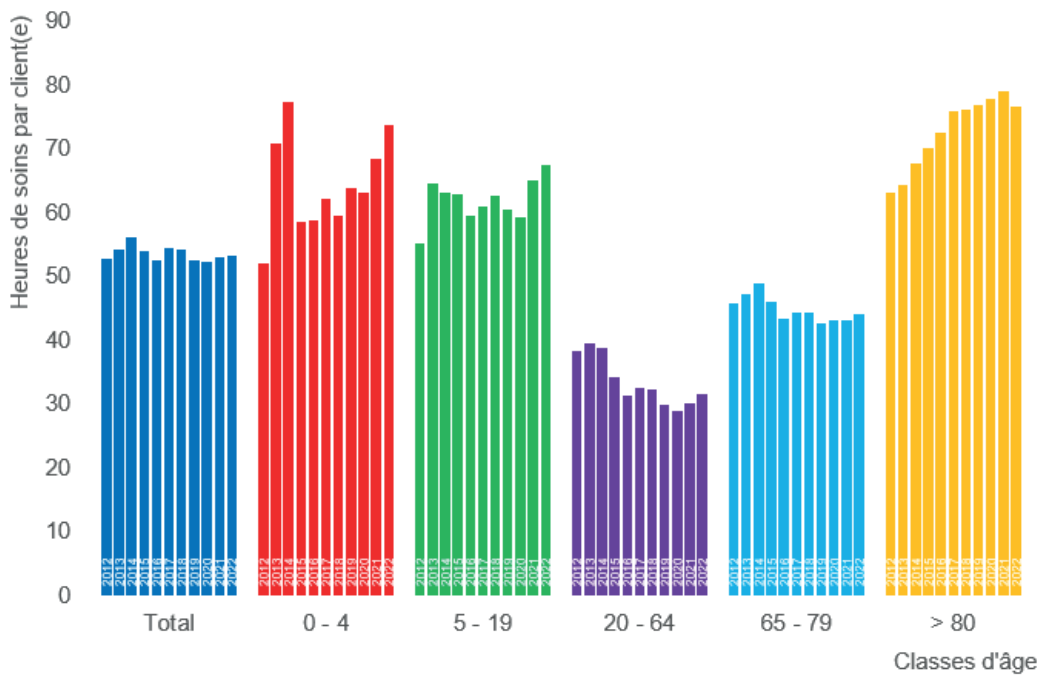
14 Ce glissement peut aussi s'expliquer par la modification des instruments d'évaluation des besoins en soins. Ainsi, dans les cantons de Bâle-Ville, Fribourg et Soleure, une version modifiée de l'instrument d'évaluation des besoins en soins RAI-RUG (RAI indice 2016) a été introduite pendant la période observée. Dans le canton d'Argovie, le RAI indice 2016 n'est utilisé que depuis le 1^{er} janvier 2019. Si l'on exclut les cantons de Bâle-Ville, Fribourg et Soleure de l'analyse, on observe toutefois un glissement des niveaux de soins inférieurs vers les niveaux intermédiaires.

La figure 16 montre la manière dont les besoins en soins à domicile ont évolué. Elle représente l'évolution du nombre d'heures de soins par patient(e) au total et par classe d'âge.

Dans l'ensemble, les heures de soins se maintiennent depuis 2012 à 53 heures en moyenne. On n'observe donc pas d'augmentation des besoins en soins à domicile. En revanche, on constate un transfert des besoins en soins entre les classes d'âge vers la patientèle plus âgée. Ainsi, le nombre moyen d'heures de soins pour les plus de 80 ans n'a cessé d'augmenter depuis 2012, tandis qu'il a baissé pour les classes d'âge de 20 à 64 ans et de 65 à 79 ans.

Les besoins en soins n'ont donc globalement pas augmenté dans les soins à domicile, mais on constate un transfert des besoins en soins vers les patient(e)s plus jeunes de la classe d'âge de 20 à 64 ans.

Figure 16: Soins à domicile, évolution des besoins en soins

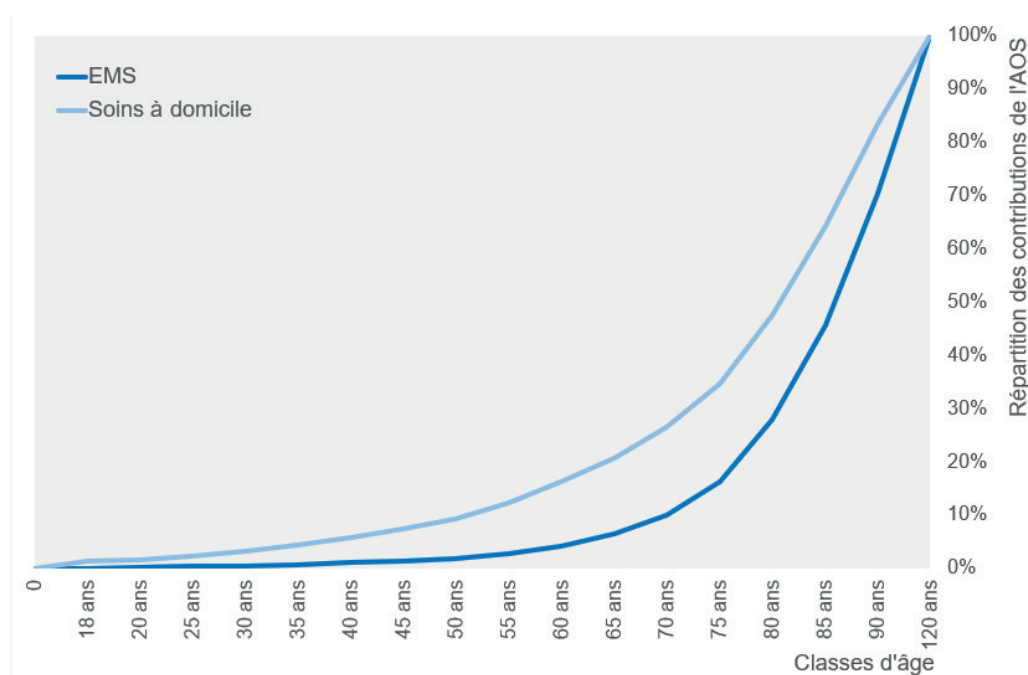


Source: OFS – Statistique de l'aide et des soins à domicile.

10.3 Répartition des contributions de l'AOS

La figure 17 montre la répartition des contributions de l'AOS entre les classes d'âge dans les EMS et dans les soins à domicile. Dans les EMS, plus de la moitié des contributions de l'AOS sont perçues par des personnes âgées de plus de 85 ans. Dans les soins à domicile, en revanche, plus de la moitié des contributions de l'AOS est perçue par des personnes âgées de plus de 80 ans. Les soins à domicile ont donc une patientèle un peu plus jeune que les EMS.

Figure 17: Répartition des prestations brutes par âge en 2022



Source: SASIS – pool de données. Données mensuelles par canton de résidence et par exercice.

11 Offre de soins

Pour que des prestations de soins puissent être proposées et financées par les répondants des coûts, différentes conditions doivent être remplies.

Le fournisseur de prestations doit être agréé. Pour les EMS, c'est le canton qui est responsable de l'autorisation. La LAMal oblige les cantons à établir une planification des EMS avec une liste des institutions agréées. Les EMS admis qui figurent sur la liste peuvent facturer leurs prestations de soins à l'assurance-maladie (art. 39 LAMal).

Les soins à domicile peuvent être dispensés par les services d'aide et de soins à domicile ou par des infirmiers/ères indépendant(e)s. Pour les organisations d'aide et de soins à domicile, l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) définit à l'article 51 les exigences minimales qui doivent être remplies pour l'admission. Les cantons peuvent concrétiser et élargir ces exigences dans les lois cantonales.

Pour les infirmiers/ères, l'admission a lieu si les exigences prévues à l'art. 49 OAMal sont remplies.

Le registre des codes-créanciers de SASIS SA, filiale de santésuisse, attribue un numéro de code-créancier aux fournisseurs de prestations agréés et indique ainsi quels fournisseurs de prestations peuvent facturer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

En outre, pour les prestations de soins fournies par un EMS ou à domicile, une évaluation des soins requis doit être effectuée (art. 8a OPAS). De plus, les prestations de soins nécessaires doivent être prescrites par un médecin (art. 8 OPAS).

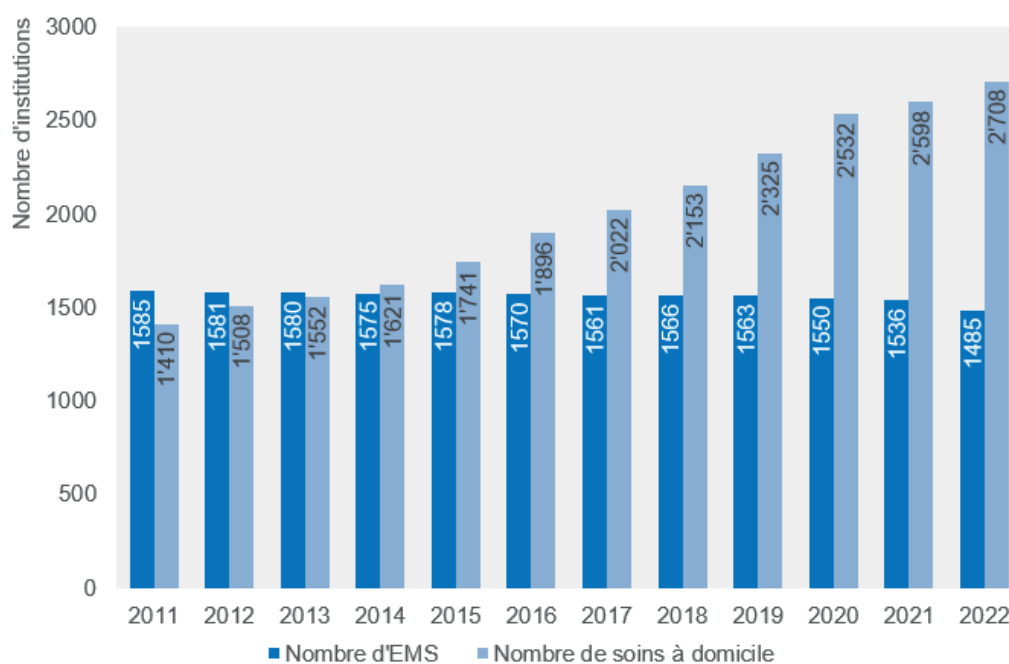
11.1 Fournisseurs de soins

Les prestations de soins sont fournies par les EMS, par les services d'aide et de soins à domicile et par les infirmiers/ères. La figure 18 montre l'évolution du nombre de fournisseurs de prestations.

Le nombre d'organisations de soins à domicile augmente et atteignait environ 2700 institutions en 2022. Le nombre d'EMS a légèrement diminué et s'établit à environ 1500 établissements en 2022.

L'offre de soins à domicile s'est donc étoffée ces dernières années, tandis que l'on observe une légère diminution du nombre d'EMS, qui est passé de 1585 en 2011 à 1485 en 2022.

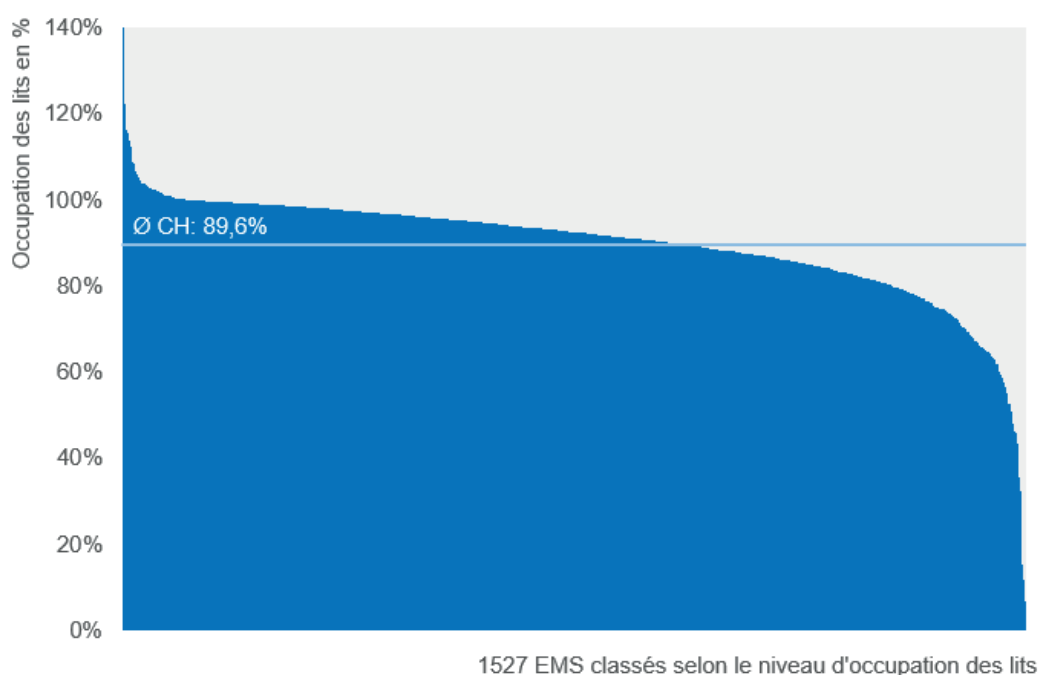
Figure 18: Evolution du nombre de fournisseurs de prestations



Source: OFS – Somed. OFS – Statistique de l'aide et des soins à domicile.

La figure 19 présente le taux d'occupation des lits dans les 1527 EMS qui disposaient de places de soins de longue durée en 2021. En Suisse, le taux d'occupation des lits est de 89,6% en moyenne. Pour environ un tiers des EMS, le taux d'occupation des lits est inférieur à la moyenne suisse. Dans 102 EMS, ce taux est inférieur à 70%.

Figure 19: Occupation des lits dans les EMS en 2021



Source: OFAS – Chiffres-clés des EMS suisses.

11.2 Personnel soignant

La figure 20 montre la densité du personnel soignant en comparaison internationale¹⁵. En considérant à la fois les infirmiers/ères diplômé(e)s¹⁶ et les assistant(e)s en soins et santé, la Suisse se situe en deuxième position derrière la Norvège, avec 17 infirmiers/ères diplômé(e)s pour 1000 habitants. En ne considérant que le personnel ayant une formation du degré tertiaire, autrement dit les infirmiers/ères diplômé(e)s, la Suisse arrive en quatrième position, avec 11,4 infirmiers/ères diplômé(e)s.

Les comparaisons internationales basées sur les données de l'OCDE ne reposent pas sur des équivalents temps plein. Le travail partiel est très répandu en Suisse dans le secteur des soins, raison pour laquelle les comparaisons avec le personnel soignant doivent être interprétées avec la prudence requise. Pour une meilleure évaluation de la pertinence des comparaisons, l'OFS a calculé pour l'année de recensement des données 2016, à l'aide d'une série de données Eurostat sur le personnel de santé, le rapport entre les variables «équivalents temps plein» et «personnes employées» pour les différents pays. Ce rapport n'est calculé que pour le secteur hospitalier et uniquement pour les infirmiers/ères diplômé(e)s. Néanmoins, cette valeur permet de mieux situer la Suisse par rapport à d'autres pays en termes d'équivalents temps plein.

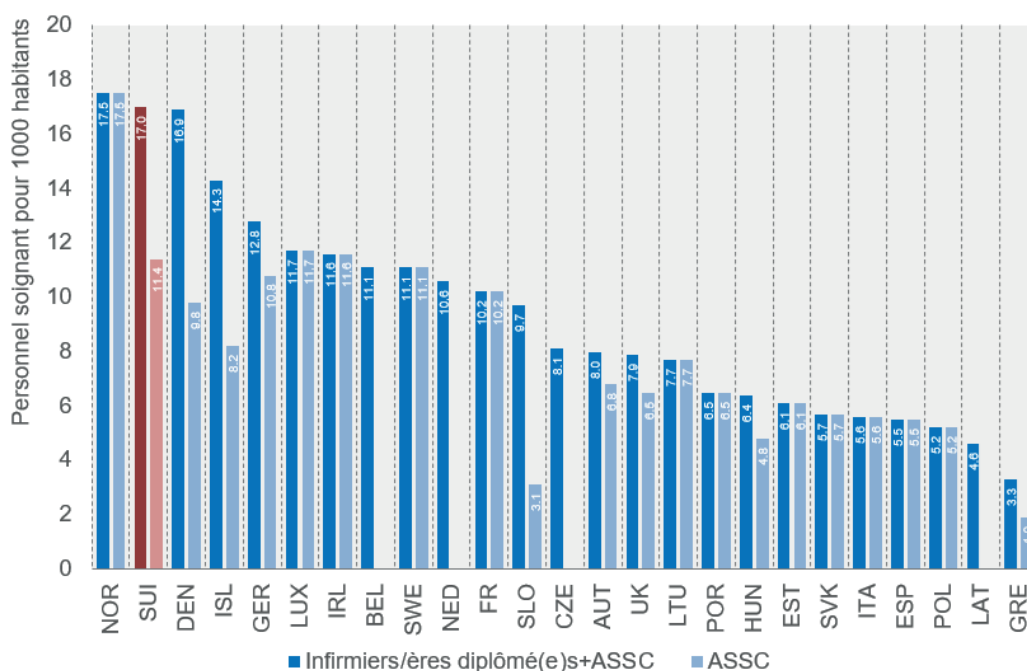
¹⁵ Est prise en compte la totalité du personnel soignant, autrement dit également le personnel soignant des hôpitaux. Les données disponibles ne permettent pas d'effectuer une différenciation en fonction des hôpitaux, des EMS et des soins à domicile au niveau international.

¹⁶ Un tableau contenant les définitions relatives au personnel soignant dans les statistiques de l'OFS figure à l'annexe 1.

Pour la Suisse et l'Allemagne, on obtient un ratio de 0,76 équivalent temps plein par infirmier/ère diplômé(e). Dans de nombreux autres pays, cette valeur est supérieure à celle obtenue pour la Suisse et pour l'Allemagne. En Irlande, le ratio est de 0,86, en Norvège de 0,89 et dans les pays d'Europe de l'Est, de 0,95 pour chaque pays (OFS, 2019).

Si l'on calcule les données relatives au personnel soignant à l'aide de ces valeurs, la Suisse se situe toujours en haut de l'échelle internationale.

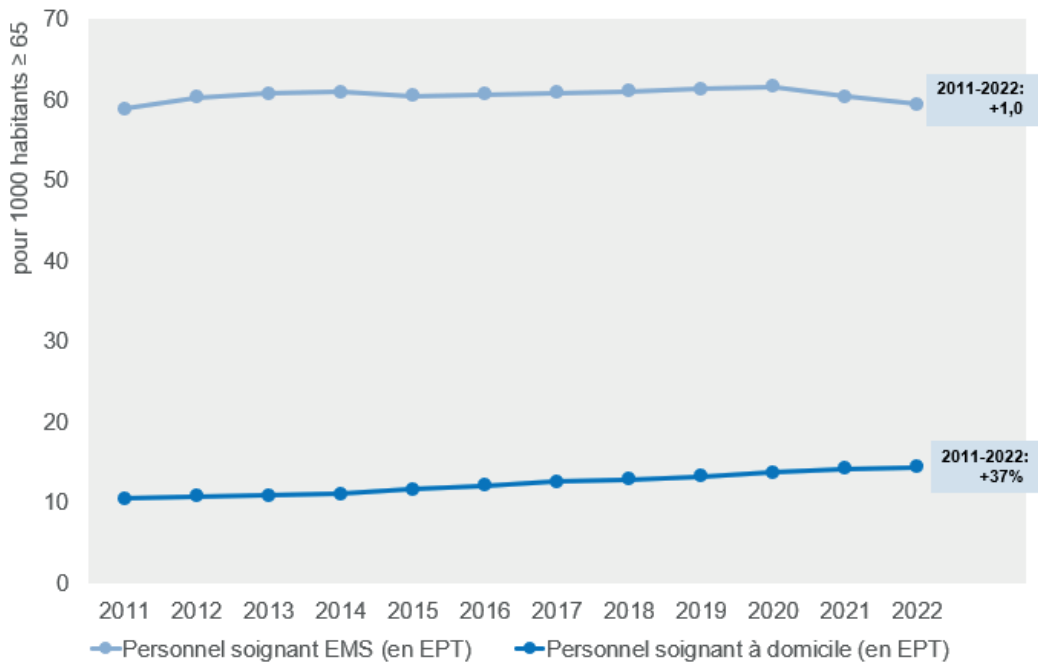
Figure 20: Personnel soignant en comparaison internationale



Source: OFS – Personnel soignant: la Suisse en comparaison internationale, année de recensement 2016 ou l'année de recensement disponible la plus récente.

La figure 21 présente l'évolution du personnel soignant en Suisse dans les EMS et dans les soins à domicile, mesurée en équivalents temps plein. Le personnel soignant pour 1000 habitants de plus de 64 ans est resté quasiment stable dans les EMS. En revanche, il a connu une forte croissance dans les soins à domicile. Depuis 2011, celui-ci a augmenté d'environ 37%.

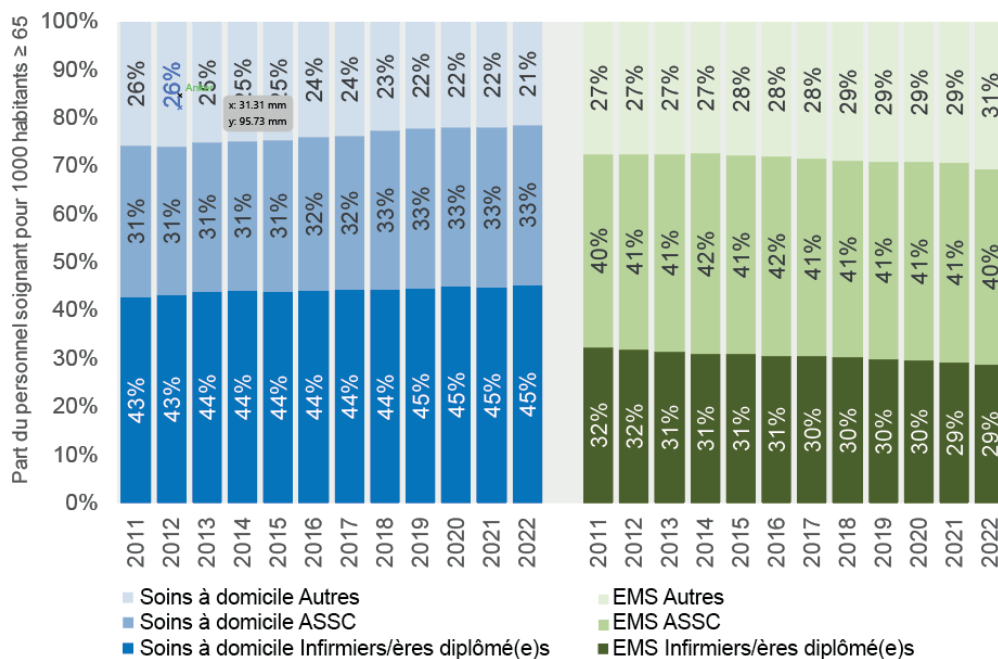
Figure 21: Evolution du personnel soignant en Suisse



Source: Obsan. Remarque: le personnel soignant à domicile comprend le personnel fournissant des soins avec un statut de but non lucratif de droit public, des soins à but lucratif de droit privé et les infirmiers/ères indépendant(e)s.

La figure 22 présente l'évolution du niveau de formation dans les soins à domicile et dans les EMS. En 2022, la proportion d'infirmiers/ères diplômé(e)s est de 45% dans les soins à domicile. Cette proportion a légèrement augmenté depuis 2011. En 2022, la part des infirmiers/ères diplômé(e)s est plus faible dans les EMS (29%) que dans les soins à domicile. Cette proportion a légèrement diminué depuis 2011. Dans les soins à domicile, le personnel soignant a donc en général un niveau de qualification plus élevé.

Figure 22: Evolution du niveau de formation du personnel soignant



Source: Obsan.

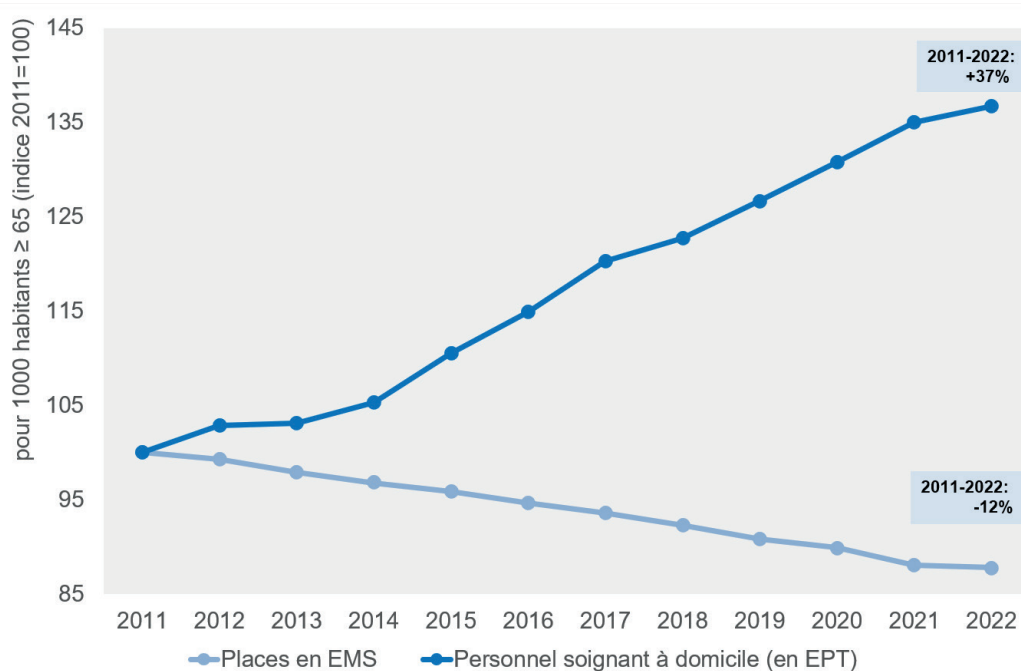
12 Tendances dans les soins

Dans le domaine des soins, plusieurs tendances influencent actuellement les contributions de l'AOS. Deux tendances ayant un impact notable sont abordées dans cette section.

12.1 Transfert du stationnaire vers l'ambulatoire

Les données disponibles indiquent que le principe de «l'ambulatoire avant le stationnaire» a été mis en œuvre ces dernières années et qu'un transfert des soins en EMS vers les soins à domicile a eu lieu. Cette tendance est visible dans la figure 23. Alors que le personnel soignant disponible dans les soins à domicile a augmenté de 37% depuis 2011, le nombre de places dans les EMS a diminué de 12% au cours de la même période.

Figure 23: Transfert des EMS vers les soins à domicile



Source: OFS – Somed. OFS – Statistique de l'aide et des soins à domicile. Propres calculs.

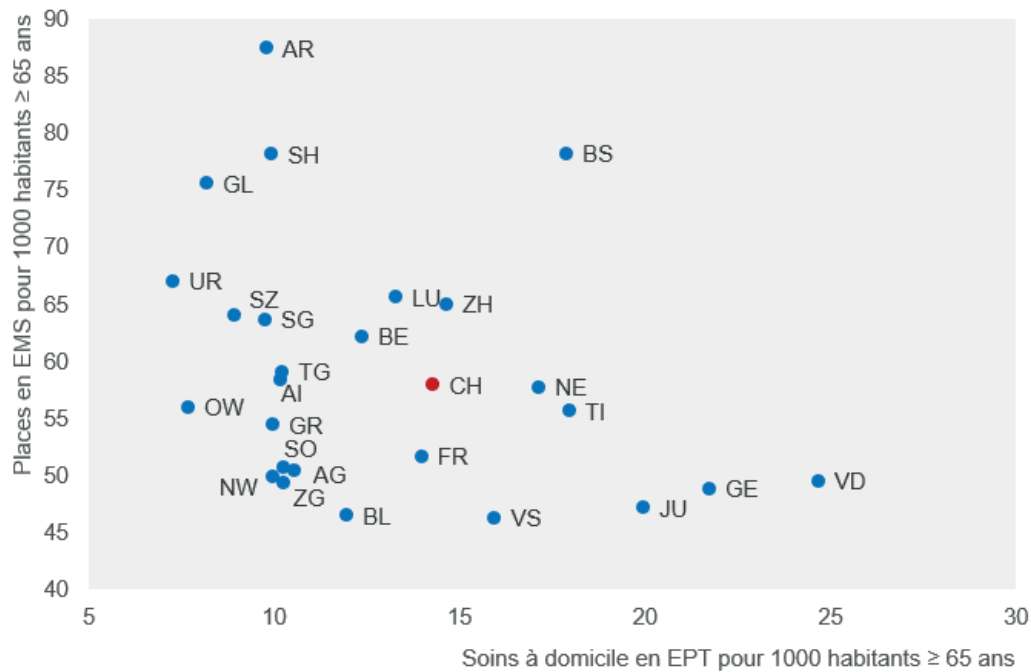
En outre, les données montrent qu'une offre importante de soins à domicile s'accompagne généralement d'une offre plus faible de lits dans les EMS. La figure 24 illustre cette relation.

Toutefois, le développement des soins à domicile n'entraîne pas nécessairement une réduction du nombre de places dans les EMS. Les cantons présentant un grand nombre de personnel soignant par habitant de plus de 64 ans ont parfois besoin d'autant, voire de plus de lits en EMS par habitant que d'autres qui ont nettement moins de personnel soignant pour les soins à domicile.

A titre d'exemple, le canton de Bâle-Ville est un canton qui se distingue, car il a à la fois une densité relativement forte de personnel soignant et une forte densité de lits.

La situation est très différente dans les cantons romands, où les soins à domicile jouent un rôle important et ont été encouragés. Dans les cantons de Vaud, du Jura et de Genève, la densité de personnel soignant est relativement élevée mais, en contrepartie, la densité de lits est faible.

Figure 24: Rapport entre les soins à domicile et les places dans les EMS des cantons en 2022



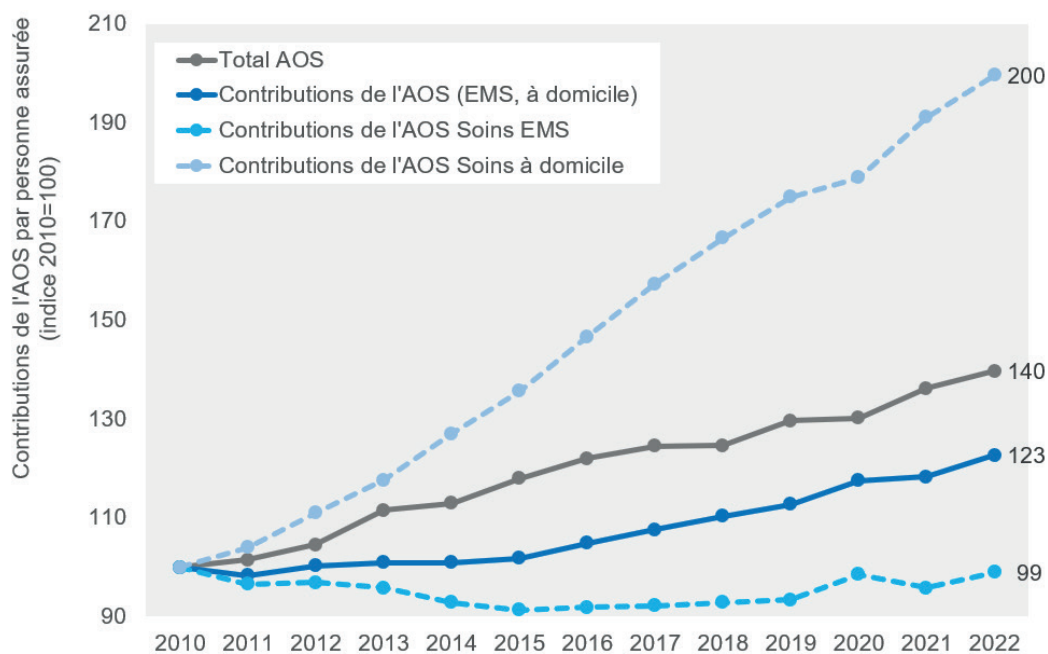
Source: OFS – Somed. OFS – Statistique de l'aide et les soins à domicile. Propres calculs.

Ce transfert des EMS vers les soins à domicile a également des répercussions sur les contributions de l'AOS des assureurs-maladie et donc sur les primes des assurés. Au total, les contributions de l'AOS dans le domaine des soins ont augmenté de 23% depuis 2010 (cf. figure 25). Par rapport à la croissance des prestations globales, les contributions de l'AOS par personne assurée ont toutefois augmenté plus lentement.

Bien que la croissance des contributions de l'AOS pour les soins soit plus modérée que la croissance de l'ensemble des prestations remboursées par les assureurs-maladie, l'évolution des contributions de l'AOS dans le domaine des soins doit néanmoins être observée avec attention. En effet, la croissance est particulièrement forte pour les soins à domicile: les contributions de l'AOS par personne assurée ont augmenté de 100% depuis 2010. Dans le même temps, les contributions de l'AOS pour les EMS ont diminué de 1%.

Cette différence s'explique par le transfert de cas de soins des EMS vers les soins à domicile. De plus, la croissance des contributions de l'AOS dans les soins à domicile est renforcée en raison des taux de rémunération plus élevés (voir section 8.2).

Figure 25: Contributions de l'AOS aux EMS et aux soins à domicile



Source: SASIS – pool de données. Données mensuelles par canton de résidence et par exercice.
OFSP – Statistique de l'assurance obligatoire des soins.

Parce que le transfert a également un impact sur les primes, il est particulièrement important de reconnaître que le principe de «l'ambulatoire avant le stationnaire» est trop réducteur du point de vue des coûts totaux¹⁷. En effet, selon la situation, les coûts des soins à domicile dépassent les coûts des soins dans un EMS. C'est ce qu'a montré à l'aide de simulations une étude réalisée par BASS (2011) sur mandat de l'association Aide et soins à domicile Suisse. Dans cette étude, les coûts totaux en EMS ont été comparés aux coûts totaux des soins à domicile pour les cantons de Zurich, Berne et Vaud.

Les auteurs ont pu montrer qu'en termes de coûts totaux, les soins à domicile présentent un avantage financier pour les personnes seules dans les cas de dépendance et de complexité légères à moyennes. Les EMS, en revanche, ont un avantage pour les cas de complexité moyenne à élevée. A titre indicatif, les coûts dépassent ceux d'un EMS dès 60 à 120 minutes de soins.

Cette valeur indicative dépend du canton et peut donc varier d'un canton à l'autre. Ainsi, le canton des Grisons présentera plutôt une valeur à l'extrémité inférieure de cette fourchette indicative, car les coûts totaux sont plus élevés en raison des trajets plus longs pour les soins à domicile. Dans le canton des Grisons, l'entrée en EMS est donc déjà rentable du point de vue des coûts totaux lorsque les besoins en soins sont relativement faibles.

17 Les coûts totaux comprennent non seulement le coût des soins, mais aussi le loyer et les dépenses liées aux besoins vitaux et aux dépenses personnelles.

13 Sources

Avenir Suisse (2016). De nouvelles mesures pour les soins aux personnes âgées. Organisation et financement d'une mesure toujours plus importante.

BASS (2011). Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive. Kurzstudie.

Infras (2017). Mindestanforderungen für Pflegebedarfserfassungssysteme. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).

Initiative populaire pour des soins infirmiers forts (2018). Consulté en ligne le 21 août 2019 sous <https://sbk-asi.ch/fr/>.

Obsan (2023). Densité du personnel soignant dans les services d'aide et de soins à domicile. Tableau de données. Consulté en ligne le 27 novembre 2023 sous <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/personnel-soignant-des-services-daide-et-de-soins-a-domicile>.

Obsan (2023). Densité du personnel soignant dans les EMS. Tableau de données. Consulté en ligne le 27 novembre 2023 sous <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/personnel-soignant-des-ems>.

OFS (2019). Personnel soignant: la Suisse en comparaison internationale. Résultats et méthodologie.

OFS (2022). Structure de la population résidente permanente selon le canton. Tableau T 01.02.03.04.

OFS (2022). Statistique de l'état annuel de la population, Statistique de la population et des ménages, Statistique du mouvement naturel de la population. Espérance de vie. T 13.07.01.04.

OFS (2019). Enquête suisse sur la santé 2017. Santé auto-évaluée. 1je-f-14.03.01.01.

OFS (2023). Structure de la population résidente permanente selon le canton. Tableau T 01.02.03.04.

OFS (2023). Espérance de vie selon l'âge (hommes), de 1981 à 2022. Tableau su-f-01.04.02.03.02.

OFS (2023). Espérance de vie selon l'âge (femmes), de 1981 à 2022. Tableau su-f-01.04.02.03.03.

OFS (2023). Enquête suisse sur la santé. Santé auto-évaluée.

santésuisse (2019). Evolution des coûts des soins. Estimation chiffrée de la mise en œuvre des revendications des auteurs de l'initiative. Consulté en ligne le 21 août 2019 sous https://www.santesuisse.ch/fileadmin/user_upload/santesuisse/Documents/2019-04-04_Berechnung_Pflege_Mehrkosten_santesuisse_HP_fr.pdf.

14 Annexe 1

	Etablissements médico-sociaux	Aide et soins à domicile
	Statistique des institutions médico-sociales	Statistique de l'aide et des soins à domicile
Infirmiers/ères diplômé(e)s	Tertiaire <ul style="list-style-type: none"> • Infirmier/ère diplômé(e) avec formation complémentaire • Infirmier/ère diplômé(e) HES, ES, niv. II • Infirmier/ère diplômé(e) niv. I 	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmier/ère Hautes écoles spécialisées (HES) • Infirmier/ère formation professionnelle supérieure (ES) • Infirmier/ère formation postsecondaire degré II
Assistant(e)s en soins et santé	Secondaire II <ul style="list-style-type: none"> • Infirmier/ère-assistant(e) CC CRS • Assistant(e) en soins et santé communautaire avec CFC • Assistant(e) médical(e) avec CFC • Aide-soignant(e) avec certificat • Assistant(e) socio-éducatif CFC • Aide en soins et accompagnement AFP 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation professionnelle initiale dans le domaine des soins et de la santé
Auxiliaires de santé	Scolarité obligatoire <ul style="list-style-type: none"> • Auxiliaire de santé CRS • Stagiaire infirmier/ère • Accompagnateur/trice avec CFC • Autre formation du domaine de l'assistance et des soins • Autres formations • Personne sans titre de formation 	<ul style="list-style-type: none"> • Total du personnel de soins moins infirmiers/ères diplômé(e)s et assistant(e)s en soins et santé

15 Annexe 2

Statistique

Partie enquête de la statistique

Points faibles

Période

Office fédéral de la statistique

Statistique SOMED
Tableau standard 13-A, coûts d'exploitation par principaux centres de charges

2011–2022

- Il existe des incertitudes concernant le montant des coûts des «soins soumis à la LAMal» dans les EMS, car il est difficile de faire la distinction entre l'assistance et les soins. Par conséquent, dès la saisie des données, des difficultés surviennent pour délimiter les coûts concernant l'assistance et ceux concernant les soins.

Taxes applicables aux soins LAMal (analyse spéciale de l'OFS)

2011–2022

- La différenciation des taxes de soins a été introduite après 2011. En 2011, cette différenciation n'a pas été saisie correctement par tous les EMS. Il n'est pas possible de délimiter strictement les contributions servant au financement résiduel des autres contributions et subventions.

Statistique de l'aide et des soins à domicile
15.2, Finances par canton

2011–2022

- La somme totale des contributions de l'AOS aux soins dans les EMS telle qu'elle figure dans la statistique SOMED ne correspond pas à la somme totale des contributions de l'AOS du pool de données.
- La comptabilité analytique par catégories de prestations (par ex. assistance, soins soumis à la LAMal) n'est pas disponible. Les coûts de revient des soins à domicile ne peuvent donc pas être analysés en fonction des catégories de prestations.
- Depuis 2014, les communes/cantons fournissent certes un financement lié aux prestations, mais cela n'est pas encore le cas pour tous. Dans certains cantons, il n'est donc pas possible de faire la distinction entre les contributions destinées aux taxes de soins conformément au financement résiduel et les autres contributions et subventions.
- La somme totale des contributions de l'AOS aux soins à domicile ne correspond pas à la somme totale des contributions de l'AOS du pool de données.
- Il existe des incertitudes au sujet du montant des coûts des «soins soumis à la LAMal» pour les organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmiers/ères diplômé(e)s indépendant(e)s, car il est difficile de faire la distinction entre l'assistance et les soins. Par conséquent, dès la saisie des données, des difficultés surviennent pour faire la distinction entre les coûts concernant l'assistance et ceux concernant les soins.

Personnel soignant
La Suisse en comparaison internationale

2016

- Les données de l'OCDE concernant les infirmiers/ères ne sont pas disponibles sur la base d'équivalents plein temps. En Suisse, le travail à temps partiel est largement répandu dans le secteur des soins. En outre, la durée du travail le week-end pour un emploi à plein temps diffère d'un pays à l'autre. Par conséquent, les comparaisons entre pays reposant sur les données de l'OCDE sont peu significatives.

Office fédéral de la santé publique

Chiffres-clés des EMS suisses

2021

- En ce qui concerne l'indice des besoins en soins par EMS, seule la moyenne arithmétique est publiée; la moyenne pondérée (en fonction des jours de soins selon les niveaux de soins requis) ne l'est pas. Le calcul de l'indice des besoins en soins pondéré pour tous les EMS est donc erroné.

Observatoire suisse de la santé

Indicateurs concernant le personnel soignant

2011–2022

- Le personnel soignant qui travaille dans deux secteurs (par ex. dans un service d'aide et de soins à domicile de droit privé à but lucratif et en tant qu'infirmier/ère indépendant(e)) est saisi deux fois.

SASIS

Prestations brutes AOS (y c. la participation aux coûts des personnes assurées)

2010–2022

- La somme totale des contributions de l'AOS ne correspond pas à la somme totale des contributions de l'AOS de la statistique SOMED.

Données mensuelles pour les EMS, les associations d'aide et de soins à domicile et les infirmiers/ères